

2022, № 27

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Арьев А.Л., д.м.н., профессор кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

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

Мазуренко С.О., профессор, главный терапевт СПб ГБ Святого Великомученика Георгия

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»

Сафонова Ю. А., к.м.н, доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

Петрова В.Б., к.м.н., ассистент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ ВО «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»

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 МРСЦ amspiter.ru

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
2022, № 27

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

ОТ РЕДАКЦИИ	3
ОБЗОР	
<i>Лаптева Е.С., Цуцунава М.Р.</i> ВНУТРИВЕННАЯ ТЕРАПИЯ. ПЕРЕЗАГРУЗКА.....	5
ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	
<i>Петрова В.Б., Тимоханова К.А., Петрова А.И.</i> ПРИВИВКА ОТ РАКА. ДЕФИЦИТ ЗНАНИЙ ПО ВОПРОСАМ ИНФИЦИРОВАНИЯ И ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ ВУЗА.....	15
ПРАВОВАЯ КУЛЬТУРА	
<i>Каларашук А.В.</i> НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ – ФУНДАМЕНТ ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ИНДУКТИВНЫЙ ПОДХОД К ОБУЧЕНИЮ. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.....	20
ОБУЧЕНИЕ	
<i>Лаптева Е.С., Бадаев А.Х.</i> ИНДУКТИВНЫЙ ПОДХОД К ОБУЧЕНИЮ. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ	27
СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР	
<i>Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н.</i> ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА В ОПЕРАЦИОННОМ ДЕЛЕ	33

Уважаемые коллеги!

В этом году мимо мирового сестринского сообщества едва ли пройдет незамеченным тот факт, что 115 лет, в 1907 году, была учреждена медаль Флоренс Найтингейл. По данному ей определению, **медаль имени Флоренс Найтингейл** - высший международный знак отличия для награждения медицинских сестёр *за исключительное мужество и самоотверженность в заботе о жертвах вооружённых конфликтов и природных катастроф, либо за образцовую службу, находчивость и дух новаторства в сфере общественного здравоохранения или сестринского образования.*

При этом впервые медаль была вручена спустя 13 лет, в 1920 году. Международный Комитет Красного Креста производит награждения медалью один раз в два года, 12 мая, по представлению национальных обществ Красного Креста.

По состоянию на 2015 год (к сожалению, за последние 7 лет данные не доступны!) награда была вручена в общей сложности 1449 медсестрам из 97 стран. Обладателями медалей были в основном женщины (98,07%), из которых 36% были медсестрами-специалистами. Награды в основном присуждались за работу по оказанию помощи (30,4%) в контексте войны или вооруженного конфликта, за достижения в области сестринского образования (17,2%) и за участие в оказании помощи во время стихийных бедствий (14,9%).

Советский Красный Крест впервые представления на награждение медалью сделал в 1961 году. И уже в том же году Международный Комитет Красного Креста награждал двух советских медсестёр. Ими стали Ирина Николаевна Левченко и Лидия Филипповна Савченко. Всего за годы существования Советского Союза медалью имени Флоренс Найтингейл было награждено 46 советских женщин — медицинских сестёр, военных фельдшеров, санитарных инструкторов и других медицинских работников. Все они награждены медалью имени Флоренс Найтингейл за свой самоотверженный труд в годы Великой Отечественной войны.

По данным исследования, проведенного Wang Q и соавт. в 2021 году,¹ сегодня в России в общей сложности награду получила 51 медицинская сестра, однако за последние 30 лет - всего 5 специалистов!!!

В 2010 году ПРОО МРСП обратилась в Красный Крест с представлением о награждении медалью Флоренс Найтингейл Клоковой Л.Х., операционной медицинской сестры, 2 года проработавшей в военном госпитале в период военных действий в Афганистане. Торжественное награждение состоялось весной 2011 г.

От редакции,

Цыгунова М.Р.

¹ Wang Q, Zhu R, Duan Z. An Analysis of Past Florence Nightingale Medal Recipients: Insights Into Exceptional Nurses and the Evolution of Nursing. SAGE Open Nurs. 2021 Jan 20;7:2377960820988392.

КЛЮЧЕВЫЕ ВОПРОСЫ

Краткое содержание опубликованных статей

ВНУТРИВЕННАЯ ТЕРАПИЯ. ПЕРЕЗАГРУЗКА

Лаптева Е.С., Цуцунава М.Р. **Парентеральное питание. Перегрузка»** // Специалист здравоохранения, 2022, 27, 5-13

Неотъемлемой частью лечения заболевания или критического состояния является инфузионная терапия. Назначение инфузионной терапии сопряжено с определенными рисками. Недостаточная обученность персонала считается одним из основных факторов развития осложнений. В данной статье проводится обзор научных данных, касающихся ряда аспектов инфузионной терапии

ПРИВИВКА ОТ РАКА. ДЕФИЦИТ ЗНАНИЙ ПО ВОПРОСАМ ИНФИЦИРОВАНИЯ И ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ ВУЗА

Петрова В.Б., Тимоханова К.А., Петрова А.И. **Прививка от рака. Дефицит знаний по вопросам инфицирования и вакцинопрофилактики вируса папилломы человека среди студентов младших курсов вуза** // Специалист здравоохранения, 2022, 27, 15-19

Отчет по научному исследованию

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ – ФУНДАМЕНТ ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Каларашук А.В. **Нормативно-правовые акты – фундамент практической деятельности медицинского работника** // Специалист здравоохранения, 2022, 27, 20-26

В статье предложен анализ нормативно-правовых документов, составляющих основу деятельности среднего медицинского персонала

ИНДУКТИВНЫЙ ПОДХОД К ОБУЧЕНИЮ.

РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Лаптева Е.С., Бадаев А.Х. **Индуктивный подход к обучению. Разбор клинического случая** // Специалист здравоохранения, 2022, 27, 27-32

Представлен разбор клинического случая реабилитации женщины пожилого возраста после операции на тазобедренном суставе. Рассмотрены причины падения в пожилом возрасте, нормативные акты, регламентирующие организацию медицинской реабилитации, особенности реабилитации в домашних условиях, роль медицинской сестры при проведении реабилитации в домашней обстановке пациентки

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА В ОПЕРАЦИОННОМ ДЕЛЕ

Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н. **Доказательная медицина (систематический обзор)** // Специалист здравоохранения, 2022, 27, 33-35

Вниманию читателя предлагается систематический обзор, посвященный изучению определенных аспектов деятельности операционной медицинской сестры на протяжении последних 25 лет и, таким образом, формированию ее роли на основе научных данных.

ВНУТРИВЕННАЯ ТЕРАПИЯ. ПЕРЕЗАГРУЗКА

Лантева Е.С., Цицунова М.Р.
ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

Аннотация

Неотъемлемой частью лечения заболевания или критического состояния является инфузионная терапия. Назначение инфузионной терапии сопряжено с определенными рисками. Недостаточная обученность персонала считается одним из основных факторов развития осложнений. Учитывая тот факт, что медицинская сестра является участником лечебного процесса, возникает вопрос: что должна знать и учитывать медицинская сестра, участвующая в инфузионной терапии для того, чтобы ее деятельность соответствовала таким критериям качества медицинской помощи как безопасность и эффективность? В данной статье проводится обзор научных данных, касающихся ряда аспектов инфузионной терапии.

Ключевые слова: инфузия, внутривенная терапия, сестринская практика, совместимость препаратов, флебиты

Abstract

Infusion therapy is considered an integral part of the treatment or critical condition. Prescription of infusion therapy is associated with certain risks. Lack of staff properly trained is considered as one of the main factors contributing to the complications development. Given the fact that the nurse is involved into treatment process, the question arises: what should a nurse involved in to infusion therapy know and take into account in order for her activities to meet such criteria for the quality of medical care as safety and effectiveness? This article reviews scientific data concerning a number of aspects of infusion therapy.

Keywords: infusion intravenous therapy, nursing practice, drugs compatibility

Одним из направлений сестринской деятельности является участие в лечебно-диагностическом процессе. Неотъемлемой частью лечения заболевания или критического состояния является инфузионная терапия, целью которой является восстановление нормального объема и состава внеклеточного и внутриклеточного водного пространства организма с помощью парентерального введения жидкости.

Назначение инфузионной терапии сопряжено с определенными рисками, если не сказать больше: неправильное восстановление баланса жидкости было основной причиной смертности в отделениях интенсивной терапии и послеоперационной интенсивной терапии в 80-х годах XX века. Несмотря на то, что сегодня периферический внутривенный доступ является распространенным вмешательством, его наличие далеко не безобидно: число проблемных ситуаций отмечается в 35-50% случаев, даже в тех учреждениях, где есть специально обученная бригада [21]. Сегодня со страниц научных публикаций не уходит обсуждение таких проблем как инфильтрация, флебиты, последствия несовместимости назначаемых препаратов и другие.

Не секрет, что по большому счету, медицинские сестры лучше любого другого специалиста владеют техникой постановки внутривенной системы. Однако на вопрос о причинах

выбора того или иного раствора для внутривенных вливаний едва ли ответит каждая. Специалисты называют это «недостаточной обученностью» сестринского персонала, которая, кроме всего прочего, считается одним из основных факторов развития флебита [22].

Ниже приведенный литературный обзор показывает, какие вопросы, связанные с инфузионной терапией, изучаются специалистами и сохраняют свою актуальность и, соответственно, должны найти свое отражение в обучающих программах не только для среднего медицинского персонала, но и в программах, по которым сестринское дело изучают будущие врачи.

Совместимость препаратов

Совместимость и стабильность препаратов являются важными составляющими назначения и введения лекарств пациентам. Как показало одно из исследований, пациентам интенсивной терапии вводят до 20 различных препаратов с помощью нескольких инфузионных устройств или через ограниченное количество парентеральных инфузионных линий. Среди препаратов, которые чаще всего вызывают несовместимость при внутривенном введении, — фуросемид, фенитоин, мидазолам и диазепам [12]. Наиболее часто несовместимость возникает, когда один препарат вводился непрерывно, а другой – через интервалы [19]. Для решения данной проблемы, по мнению Machotka O. и др., следует придерживаться нескольких простых правил введения лекарств и рекомендаций по использованию многопросветного катетера [17].

Несмотря на то, что в последние годы было разработано множество стратегий нацеленных на устранение рисков несовместимости лекарственных средств, - фильтрация, использование многопросветных устройств, очистка инфузионных систем, таблицы несовместимости и базы данных, - клинических данных по-прежнему остается недостаточно [20], поэтому полезно помнить о рекомендациях, которые «стары как мирозданье»:

во избежание несовместимости никогда не следует добавлять более одного препарата, питательные растворы никогда не следует использовать в качестве растворов-носителей для введения лекарств,

смеси не следует хранить, а следует вводить сразу после приготовления

при «нестандартных» ситуациях во время введения смесей следует тщательно следить за видимыми изменениями растворов [12].

«Мертвый объем препаратов»

Хорошо известно, что некоторый объем препарата остается по окончании инфузии и не вводится пациенту. Это - так называемый «мертвый объем», который определяется как общий объем внутрисосудистого катетера и внутривенной системы.

При проведении инфузии, содержащей ряд препаратов, требуется учитывать два основных момента: общий мертвый объем препаратов, вводимых одновременно, потенциальные последствия из-за несоблюдения точности объема поставляемого препарата, а также предотвращение несовместимости лекарств и их клинического эффекта.

По результатам работы Herbert Plagge и соавт., мертвый объем при кратковременной инфузии чаще всего недооценивается со стороны медицинских сестер. Исследование показало, что лиофилизированная форма препарата для парентерального введения имеет строго определенный объем, и надеяться на то, что потеря разведенного лекарственного средства из-за «мертвого объема» будет компенсирована, не приходится [10].

Инфузионные устройства

С ростом числа пациентов, нуждающихся в сосудистом доступе для парентеральной терапии, медицинский персонал должен демонстрировать знание диапазона устройств для сосудистого доступа и умение обращаться с ними, а также понимание клинических показаний

для отдельных устройств [6]. Perez M. и соавт. [23] указывают на необходимость знания характеристик инфузионных устройств, которые влияют на физическую несовместимость лекарственных средств. Одно из исследований показало, что при определенных условиях 9-просветное устройство для инфузионного доступа предотвращает физическую несовместимость фуросемида и мидазолами [4].

Уже в 1992 году специалисты сообщали об ассортименте инфузионных устройств, который включал в себя как контроллеры, так и помпы; помпы классифицировали по механизму действия (перистальтические, шприцевые, касетные, эластомерные резервуары), частоте или типу доставки лекарственного средства (непрерывная или прерывистая инфузия, болюсное дозирование, однократная или многократная доставка раствора) или терапевтическому применению (например, обезболивание, контролируемое пациентом, или АКП, помпа). Достижения в инфузионной технологии и компьютерных технологиях привели к разработке устройств с чрезвычайно сложными возможностями доставки лекарств (программирование нескольких скоростей или нескольких растворов, работа в качестве помпы или контроллера или того и другого, а также взаимозаменяемые приложения и настройки). Текущие исследования в области технологии инфузионных устройств сосредоточены на имплантируемых насосах, насосах для хронобиологических приложений, устройствах осмотического давления, а также системах с открытым и закрытым контуром [15].

Скорость потока

Изучение распространенности ошибок при введении лекарств при непрерывных внутривенных вливаниях и определение переменных, которые их вызвали, показало, что наиболее распространенной ошибкой была неправильная скорость введения [9]. Как отметили Rooker JC, Gorard DA, заметные нарушения скоростного режима внутривенной инфузии являются обычным делом и, по-видимому, не воспринимаются персоналом серьезно [28].

Скорость потока рассчитывается медицинской сестрой, а определяется врачом (например, 1000 мл в течение 8ч; 3000 мл в течение 24ч). Затем медсестра рассчитывает приблизительное количество миллилитров в час и примерное время, необходимое для инфузии всего назначенного объема. У каждого производителя внутривенного оборудования есть стандартные капельницы, настроенные на подачу определенного количества капель в миллилитре. Таким образом, расчет количества капель в минуту, необходимого для инфузии заданного количества миллилитров в час, прост:

$$\frac{\text{мл/час}}{60} = (\text{мл/мин}) \times (\text{капель/мл}) = \text{капель/мин}$$

В отношении внутривенных систем разных компаний установлены разные стандарты, обычно от 10 до 25 капель в миллилитре. Следовательно, важно, чтобы медсестры знали калибровку используемого оборудования (системы для внутривенного вливания).

К регулированию инфузии может быть привлечено несколько медицинских сестер; поэтому на каждой бутылке с раствором должна быть информация, указывающая скорость инфузии и приблизительный уровень раствора, который должен оставаться в определенный момент времени. Таким образом, не придется каждый раз производить расчеты, чтобы убедиться, что инфузия идет по графику.

По ряду причин скорость все равно будет меняться. Скорость - это функция давления жидкости в бутылке и сопротивления, встречаемого со стороны давления в вене. По мере снижения уровня раствора во флаконе также снижается гидростатическое давление жидкости, и снижается скорость. Следовательно, скорость должна регулироваться по мере опорожнения флакона.

Движения пациента, приводящие к перекручиванию или сжатию системы, а также работа мышц, которая повышает давление на саму вену, будут также влиять на скорость инфузии. Следовательно, допустить тот факт, что инфузия будет продолжаться с такой же скоростью, которая была установлена изначально, нельзя. Необходимы постоянный контроль и регулировка скорости.

На каждом флаконе с раствором для внутривенных вливаний должна быть информация, указывающая на скорость инфузии, и приблизительный объем раствора, который должен оставаться в определенный момент времени.

«Успеть бы до конца смены...»

Слишком часто медсестер беспокоит своевременность проведения инфузии, поэтому скорость устанавливается в соответствии с графиком, а не с потребностями пациента. Слишком быстрое введение раствора может быть опасным.

Быстрое введение большого объема жидкости, особенно физиологического раствора, может вызвать перегрузку системы кровообращения и привести к отёку легких. Внутривенные вливания на большой скорости с высокой концентрацией калия представляют опасность для любого пациента, так как высокий уровень калия в сыворотке может вызвать остановку сердца. За исключением случаев экстремальной гипокалиемии, большинство специалистов рекомендуют инфузию на скорости 15-30 мэкв / ч. Как правило, в литре раствора должно содержаться не более 40 мэкв калия, чтобы предотвратить опасность остановки сердца, даже при бесконтрольном введении всего объема.

Перегрузка кровообращения особенно опасна в отношении пациентов с почечным заболеванием и сердечной недостаточностью. Дети также подвержены повышенному риску перегрузки системы кровообращения, поскольку их сосудистые отсеки недостаточно велики для того, чтобы справиться с внезапно появившимися большими объемами жидкости.

Всякий раз, когда состояние кровообращения пациента таково, что он или она не сможет приспособиться к внезапной и объемной инфузии, необходимо принимать меры предосторожности для предотвращения таких несчастных случаев. Наилучшей мерой предосторожности является использование емкостей, содержащих такой объем, который может выдержать пациент, если все содержимое поступит в течение нескольких минут. Для этого можно использовать небольшие емкости (от 100 до 250 мл) или детские капельницы, которые гарантируют поставку только небольших объемов жидкости.

Инфузионные реакции

В работе Price M. отмечено, что с реакциями на фоне инфузии при назначении противоопухолевых препаратов часто сталкиваются медсестры онкологического отделения. Как считает автор, медсестры должны знать возможные признаки и симптомы инфузионных реакций, патофизиологию этих реакций, факторы риска и стратегии лечения [25]. В более ранней работе Gallimore E. [7] также указывалось на важность знаний рисков, связанных с применением химиотерапии, в частности, незамедлительных побочных эффектов, связанных с инфузией, и осложнений, которые могут возникнуть в результате экстравазационного повреждения. Автор делает акцент на значимости выявления и раннего распознавания этих факторов риска для реализации превентивных мер и соответствующих стратегий управления.

Периферическая внутривенная катетеризация и флебиты

Катетеризация периферических вен, являясь распространенным вмешательством, предполагает значительным потенциалом для микробного загрязнения. Большинство факторов риска, связанных с ростом микроорганизмов в инъекционных портах периферических внутривенных канюль, можно предотвратить путем улучшения протоколов лечения [26].

Большинство профилактических вмешательств, таких как установка, мониторинг и оценка места установки периферического венозного катетера (ПВК), являются частью обычного ухода за больными. Медсестра должна иметь точные знания не только о подготовке и введении внутривенных инфузий и устройств для внутривенных вливаний, а также о профилактике, лечении и управлении местными и системными осложнениями, поддерживаемых практическими рекомендациями, основанными на фактических данных.

Флебит — острое воспаление стенки кровеносного сосуда, характеризующееся отеком, болью и эритемой. Флебит классифицируется по уровням I, II, III и IV. Флебит и инфекции, связанные с ПВХ, могут развиваться по четырем причинам: механическим, химическим, бактериальным и постинфузионным [1].

Имеются исследования, демонстрирующие повышенный риск развития флебита и тромбоза при увеличении времени пребывания катетера в вене. По одним данным, частота флебита постепенно увеличивалась через 2 дня, по другим — через 24 часа с момента установки ПВХ. На основании этих исследований было рекомендовано заменять катетер через 48 или 72 часа. Замена катетера каждые 72–96 часов у взрослых снижает риск флебита и инфекции. Очень важно ежедневно оценивать сосудистый доступ для раннего выявления флебита.

Воздушная эмболия

С внутривенной инфузией можно связать два типа эмболии — воздушную и тромбоэмболию. Воздушная эмболия — редкое, но потенциально опасное для жизни событие. При стандартной внутривенной инфузии всегда существует вероятность воздушной эмболии, однако требуемый для этого объем воздуха делает это явление крайне редким. Минимальный смертельный объем для людей экспериментально не установлен по понятным причинам. Он несколько варьирует среди животных, но, по

Научные обзоры

СЕДАЦИЯ И ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СОСУДИСТОГО ДОСТУПА У ДЕТЕЙ. СЕСТРИНСКИЙ АСПЕКТ

Обеспечение сосудистого доступа предполагает потенциально болезненную (с повреждением кожных покровов) и пугающую ребенка ситуацию. Трудности при налаживании периферического венозного доступа у детей раннего возраста во многом обусловлены их анатомо-физиологическими особенностями.

Попытки установки периферического венозного катетера без обезболивания и седации, особенно у обезвоженных детей раннего возраста, имеют чрезвычайно низкий процент успеха.

На сегодняшний день в общепедиатрической практике сформировано однозначное мнение о необходимости проведения надежной психоэмоциональной защиты и адекватной анальгезии во время обеспечения любого сосудистого доступа у детей.

Сегодня уровень фармакологии и медицинских технологий (седация, анксиолизис и анальгезия) позволяют обеспечить пациентам всех возрастных категорий комфортные условия для выполнения различных процедур и болезненных манипуляций.

НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ УСТРАНЕНИЯ БЕСПОКОЙСТВА

Создание благоприятной, не несущей угрозы для ребенка среды, включающей позитивные изображения на стенах и потолке, доступность книг, игрушек, видеороликов, звуковое сопровождение, ориентированных на соответствующий возраст, обеспечивают комфорт и терапевтическое отвлечение беспокойных пациентов и их родителей.

Окончание — на стр. 14

всему, составляет от 5,0 до 7,5 см³ / кг или более 350 куб.см для человека весом 150 фунтов (Friedberg, 1966) [5].

Большинство воздушных эмболов являются ятрогенными. Венозная воздушная эмболия может возникать во время внутривенной инфузии под давлением или манипуляций с катетером. Такая потенциальная ситуация существует, когда подключичные или яремные вены используются для постановки линий для мониторинга центрального венозного давления. Было несколько сообщений о смертельной или опасной воздушной эмболии, связанной со слабым соединением или разъединением частей системы, открытых для воздуха. Опасность воздушной эмболии на фоне внутривенной линии в венах на руках практически отсутствует.

Воздух часто проникает в систему, особенно когда раствор в контейнере заканчивается до того, как его заменят на другой. Жидкость в системе остановится на уровне, эквивалентном гидростатическому давлению в вене; поэтому, если у пациента нет явно отрицательного венозного давления, воздух не может попасть в вену. Если у пациента положительное венозное давление в вене, систему можно отсоединить, чтобы вытеснить воздух силой потока раствора.

Артериальная воздушная эмболия может возникнуть как осложнение биопсии легкого, катетеризации артерий или искусственного кровообращения. Неотложная помощь включает перевод пациента на высокопоточный кислород и в положение лежа на правом боку. Неотложная помощь включает перевод пациента на высокопоточный кислород и в положение лежа на левом боку и/или в положении Тренделенбурга [18].

Использование пластиковых контейнеров для крови практически исключило возникновение воздушной эмболии при переливании крови под давлением. (Пластиковый мешок спадается при переливании крови, при этом создается безвоздушное пространство, поэтому воздуха, который мог бы случайно попасть в кровоток после выхода крови из системы, нет).

Даже если объективная опасность попадания небольшого количества воздуха в вену, отличную от шейной вены, очень мала, пациента может серьезно напугать наличие воздуха в системе. По одной этой причине следует постараться удалить весь воздух из системы. Кроме того, следует изучить выраженные или очевидные опасения пациентов по поводу воздуха в трубке, и сообщить ему, что количества в системе недостаточно для причинения вреда кому-либо. Вся система может содержать только около 5 см³ воздуха.

Промывать катетер или не промывать? Тромбоэмболия

Как обсуждалось ранее, воспаление вены в месте входа иглы или катетера может вызвать образование сгустков, которые налипают на стенку вены. Непрочно прилипшие сгустки могут оторваться и стать эмболами. Тромбоэмболия более вероятна, когда для внутривенной терапии используются вены на ногах; по этой причине вливания через вены ног проводятся редко.

Довольно часто небольшой сгусток образуется на кончике иглы или катетера, когда инфузия непреднамеренно замедляется или останавливается на какой-то период времени. За рубежом во многих больницах действуют правила, запрещающие медсестрам для налаживания инфузии применять положительное давление для вымывания этого сгустка. Тем не менее, врачи обычно это делают, как и практикующие медсестры.

Сгусток, который можно удалить с иглы под небольшим давлением, настолько мал, что практически не представляет опасности для пациента. Он действительно окажется в крошечных легочных капиллярах, которые можно сравнить с ситом, удаляющим такие частицы из системы кровообращения. Природные механизмы в легочной ткани настроены таким образом, чтобы справиться с этими маленькими сгустками в течение периода, который может длиться от нескольких часов до нескольких дней. Один или несколько таких маленьких сгустков не угрожают дыханию человека.

Более веской причиной для того, чтобы не заниматься промыванием внутривенных катетеров и игл, является возможность развития сепсиса. Вслед за септицемиями, вызванными загрязненной жидкостью в начале 1970-х годов, были изучены литературные данные в отношении инфекции и внутривенной терапии. Ряд исследований продемонстрировали наличие значительного количества бактерий в сгустке, который неизбежно образуется на конце пластиковых внутривенных катетеров. Кроме того, найдены свидетельства увеличения числа положительных культур на конце катетера (что указывает на загрязнение бактериями) во внутривенных системах, которые часто промываются или подвергаются манипуляциям. Рекомендуется избегать ирригации и манипуляций с пластиковыми внутривенными катетерами, чтобы исключить дальнейшее загрязнение и предотвратить посев или эмболизацию небольших сгустков, которые могут служить очагом системной инфекции. Хотя защита хоста большинства людей, которые находятся на внутривенной терапии, предотвратила бы септицемию после ирригации зараженных катетеров, пациенты, чьи внутривенные линии мы чаще всего пытаемся сохранить путем орошения, как правило, тяжело больны, и их иммунная система ослаблена.

Таким образом, промывание внутривенной линии для удаления сгустков не рекомендуется. Альтернативный и более безопасный подход заключается в использовании шприца для аспирации сгустка с кончика иглы или катетера. Если в результате аспирации не удастся удалить сгусток, следует проконсультироваться с более опытными специалистами относительно удаления и возобновления инфузии. Кроме того, для профилактики бактериального роста все системы для внутривенной инфузии и растворы рекомендуется менять каждые 24 часа. Маркировка всех бутылок и систем с указанием времени и даты их установки упрощает выполнение этой рекомендации.

1. Уменьшается ли риск осложнений после переустановки периферического внутривенного катетера через 72 часа по сравнению с риском осложнений при продолжении терапии до 96 часов?

Риск осложнений при периферической внутривенной терапии выше на второй день терапии и может продолжать увеличиваться со временем, что делает обычной практикой возобновление рутинной терапии через 3 дня. Переустановка катетеров через 72 часа не снижает риск осложнений в последующие 24 часа по сравнению с продолжением терапии с использованием исходного катетера [11].

2. Как pH препарата или раствора влияет на используемое устройство для внутривенной инфузии?

Лекарство или раствор с pH менее 5 или более 9 не следует вводить через периферические канюли. Некоторыми примерами препаратов с очень высоким или низким pH являются ванкомицин (pH ~ 2,4) и фенитоин (pH ~ 12). Аналогично, растворы для парентерального питания, содержащие более 5% гидролизата белка или 10 % декстрозы, необходимо вводить через устройство для центрального венозного доступа [29].

3. Какова степень микробной колонизации внутривенных растворов после 24 часов использования в условиях неотложной помощи, чтобы определить необходимость замены пакетов для инфузии в зависимости от времени?

Частота колонизации растворов и риск связанной с ней инфицирования кровотока низки даже через несколько дней использования инфузата. Нынешняя практика позволяет успешно поддерживать стерильность внутривенных растворов [27].

4. *Насколько безопасно непрерывное введение 3% раствора через периферические внутривенные катетеры?*

Гиперосмолярная терапия гипертоническим раствором является краеугольным камнем лечения внутричерепной гипертензии и гипонатриемии в отделении неврологической интенсивной терапии. Теоретические опасения по поводу безопасности сохраняются в отношении инфильтрации, тромбофлебита, ишемии тканей и венозного тромбоза, связанных с непрерывным введением 3% раствора через периферические внутривенные катетеры. Во многих учреждениях общепринятой практикой является введение 3% раствора только через центральный венозный катетер.

Периферическое введение 3% раствора сопряжено с низким риском незначительных осложнений. Хотя центральная венозная инфузия может снизить риск этих осложнений, она может увеличить риск более серьезных осложнений, таких как тромбоз крупных сосудов, инфекция кровотока, пневмоторакс и повреждение артерий [24].

5. *Гепарин и родственные препараты для профилактики венозной тромбоэмболии: подкожно или внутривенно непрерывно?*

Подкожно низкие дозы нефракционного гепарина (10000-15000 МЕ) в два или три приема в день обычно вводят для профилактики венозной тромбоэмболии в различных терапевтических и хирургических популяциях. В таких популяциях как тучные хирургические пациенты и пациенты в критическом состоянии, из-за измененного фармакокинетического поведения нефракционного гепарина было предложено непрерывное внутривенное вливание низких доз нефракционного гепарина [13].

Имеются ограниченные данные о безопасности и эффективности непрерывной внутривенной инфузии нефракционного гепарина для профилактики тромбообразования [14].

6. *Какова эффективность непрерывной подкожной инфузии инсулина с использованием инсулиновой помпы по сравнению с традиционным методом непрерывной внутривенной инфузии для жесткого контроля гликемии?*

Несмотря на небольшое количество пациентов, участвовавших в этом исследовании в отделении интенсивной терапии, строгий контроль уровня глюкозы в крови с помощью подкожной инсулиновой помпы был достигнут более эффективно, по сравнению с традиционным методом внутривенной инфузии, без увеличения частоты гипогликемических событий [2].

7. *Насколько эффективна и безопасна непрерывная внутривенная инфузия фуросемида после операции на сердце?*

Исследования с участием пациентов, перенесших операцию на сердце, показали, что более постоянный и устойчивый диурез достигается при непрерывной инфузии фуросемида по сравнению с прерывистыми болюсными дозами фуросемида. Однако существенной разницы между общим диурезом или в изменении уровней электролитов в сыворотке крови при непрерывном введении фуросемида по сравнению с прерывистыми болюсными дозами не наблюдалось [8].

8. *Какова стабильность внутривенных растворов, содержащих витамин С?*

Растворы витамина С 1,5 г на 50 мл 0,9% физиологического раствора и 2,5 г на 50 мл D5W остаются стабильными до 96 часов и не нуждаются в защите от света [3].

9. *Какой раствор лучше всего применять для профилактики окклюзии ЦВК: гепарин или физиологический раствор?*

Убедительных доказательств существенных различий между гепарином и 0,9% физ. раствором, используемых для промывания центрального венозного катетера с точки зрения эффективности или безопасности, не найдено. Поскольку гепарин дороже, чем обычный физиологический раствор, результаты исследования ставят под сомнение его дальнейшее использование для промывания ЦВК вне контекста клинических испытаний [16].

Список использованной литературы

- Atay S, Sen S, Cukurlu D. Катетеризация периферических вен, связанная с флебитом, и связанные с ней факторы риска. *Нигер J Clin Pract* 2018; 21: 827-31
- Bodur HA, Saygili F, и др. Continuous infusion of subcutaneous compared to intravenous insulin for tight glycaemic control in medical intensive care unit patients. *Anaesth Intensive Care*. 2008 Jul;36(4):520-7. doi: 10.1177/0310057X0803600421. PMID: 18714620.
- Carr A, Wohlrab C, Young P, Bellomo R. Stability of intravenous vitamin C solutions: a technical report. *Crit Care Resusc*. 2018 Sep;20(3):180-181. PMID: 30153779.
- Foinard A, Décaudin B, и др. Prevention of drug delivery disturbances during continuous intravenous infusion: an in vitro study on a new multi-lumen infusion access device. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2013 Sep;32(9):e107-12. doi: 10.1016/j.annfar.2013.06.017. Epub 2013 Aug 16. PMID: 23958179.
- Friedberg Ch. *Diseases of the Heart*, 3d ed. Saunders, Philadelphia, 1966
- Gabriel J. Infusion therapy part one: minimising the risks. *Nurs Stand*. 2008 Apr 9-15;22(31):51-6; quiz 58. doi: 10.7748/ns.2008.04.22.31.51.c6445. PMID: 18426119
- Gallimore E. Infusion-related risks associated with chemotherapy. *Nurs Stand*. 2016 Feb 17;30(25):51-60. doi: 10.7748/ns.30.25.51.s48. PMID: 26884041.
- Gulbis BE, Spencer AP. Efficacy and safety of a furosemide continuous infusion following cardiac surgery. *Ann Pharmacother*. 2006 Oct;40(10):1797-803. doi: 10.1345/aph.1G693. Epub 2006 Sep 5. PMID: 16954328.
- Han PY, Coombes ID, Green B. Factors predictive of intravenous fluid administration errors in Australian surgical care wards. *Qual Saf Health Care*. 2005 Jun;14(3):179-84. doi: 10.1136/qshc.2004.010728. PMID: 15933314; PMCID: PMC1744016.
- Herbert Plagge; Juliane Golmick et al. Evaluation of the dead volume in intravenous short-term infusion // *EJHP Science*. Volume 16. 2010. Issue 2. P. 31-37
- Homer LD, Holmes KR. Risks associated with 72- and 96-hour peripheral intravenous catheter dwell times. *J Intraven Nurs*. 1998 Sep-Oct;21(5):301-5. PMID: 9814284.
- Hoppe-Tichy T, Simon K, Hentze BW. Inkompatibilitäten in der Praxis [Drug interactions in practice]. *Ther Umsch*. 2000 Sep;57(9):563-7. German. doi: 10.1024/0040-5930.57.9.563. PMID: 11036436.
- Izadpanah M, Khalili H, и др. Heparin and related drugs for venous thromboembolism prophylaxis: subcutaneous or intravenous continuous infusion? *J Comp Eff Res*. 2015 Mar;4(2):167-84. doi: 10.2217/cer.14.78. PMID: 25825845.
- Izadpanah M, Khalili H, Mohammadi M. Comparing safety of heparin as continuous intravenous infusion and multiple subcutaneous injections. *J Comp Eff Res*. 2016 Jan;5(1):31-8. doi: 10.2217/cer.15.45. Epub 2015 Dec 21. PMID: 26689885.
- Kwan JW. High-technology i.v. infusion devices. *Am J Hosp Pharm*. 1991 Oct;48(10 Suppl 1):S36-51. Erratum in: *Am J Hosp Pharm* 1992 May;49(5):1113. PMID: 1772112
- López-Briz E, Ruiz Garcia V, и соавт. Heparin versus 0.9% sodium chloride intermittent flushing for prevention of occlusion in central venous catheters in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Oct 8;(10):CD008462. doi: 10.1002/14651858.CD008462.pub2. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Jul 30;7:CD008462. PMID: 25300172.
- Machotka O, Manak J, et al. Incidence of intravenous drug incompatibilities in intensive care units. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*. 2015 Dec;159(4):652-6. doi: 10.5507/bp.2014.057. Epub 2014 Nov 6. PMID: 25482735.
- Malik N, Claus PL, et al. Air embolism: diagnosis and management. *Future Cardiol*. 2017 Jul;13(4):365-378. doi: 10.2217/fca-2017-0015. Epub 2017 Jun 23. PMID: 28644058.
- Marsilio NR, Silva Dd, Bueno D. Drug incompatibilities in the adult intensive care unit of a university hospital. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016 Jun;28(2):147-53. doi: 10.5935/0103-507X.20160029. PMID: 27410410; PMCID: PMC4943052.
- Négrier L, Martin Mena A, et al. Strategies to prevent drug incompatibility during simultaneous multi-drug infusion in intensive care units: a literature review. *Eur J Clin Pharmacol*. 2021 Sep;77(9):1309-1321. doi:

- 10.1007/s00228-021-03112-1. Epub 2021 Mar 25. PMID: 33768303.
21. Nickel B. Peripheral Intravenous Access: Applying Infusion Therapy Standards of Practice to Improve Patient Safety. *Crit Care Nurse*. 2019 Feb;39(1):61-71. doi: 10.4037/ccn2019790. PMID: 30710037.
 22. Osti C, Khadka M, et al. Knowledge and practice towards care and maintenance of peripheral intravenous cannula among nurses in Chitwan Medical College Teaching Hospital, Nepal. *Nurs Open*. 2019 Apr 15;6(3):1006-1012. doi: 10.1002/nop2.288. PMID: 31367425; PMCID: PMC6650670.
 23. Perez M, Décaudin B, et al. Compatibility of medications during multi-infusion therapy: A controlled in vitro study on a multilumen infusion device. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2015 Apr; 34(2):83-8. doi: 10.1016/j.accpm.2014.06.003. Epub 2015 Apr 7. PMID: 25858619.
 24. Perez CA, Figueroa SA. Complication Rates of 3% Hypertonic Saline Infusion Through Peripheral Intravenous Access. *J Neurosci Nurs*. 2017 Jun;49(3):191-195. doi: 10.1097/JNN.0000000000000286. PMID: 28471928.
 25. Price M. Acute Infusion-Related Reactions: How to Recognize and Intervene When These Reactions Occur in Practice. *Clin J Oncol Nurs*. 2021 Oct 1; 25(5):591-594. doi: 10.1188/21.CJON.591-594. PMID: 34533514.
 26. Rai A, Khera A, Jain M, и др. Bacterial colonization of peripheral intravenous cannulas in a tertiary care hospital: A cross sectional observational study. *Med J Armed Forces India*. 2019 Jan;75(1):65-69. doi: 10.1016/j.mjafi.2018.04.004. Epub 2018 Jul 6. PMID: 30705480; PMCID: PMC6349642.
 27. Rickard CM, Vannaprasedu B, et al. The relationship between intravenous infusate colonisation and fluid container hang time. *J Clin Nurs*. 2009 Nov;18(21):3022-8. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02870.x. PMID: 19821874
 28. Rooker JC, Gorard DA. Errors of intravenous fluid infusion rates in medical inpatients. *Clin Med (Lond)*. 2007 Oct;7(5):482-5. doi: 10.7861/clinmedicine.7-5-482. PMID: 17990717; PMCID: PMC4953047
 29. Rosenthal K. Reducing the risks of infiltration and extravasation. *Nursing*. 2007 Fall;37 Suppl Med:4-8. doi: 10.1097/01.NURSE.0000298011.91516.98. PMID: 18163033.

(Окончание, начало – на стр. 9)

Хотя дети дошкольного и младшего школьного возраста вряд ли будут реагировать на аргументацию или подробное объяснение, эмоциональная поддержка на соответствующем возрасту уровне уменьшает боль и беспокойство. Старшие дети могут быть успокоены убедительным объяснением ожидаемых процедур. Детские психологи могут и должны быть важной частью команды в выполнении болезненных манипуляций и процедур, обеспечивая терапевтические методы отвлечения внимания, ожидания, преодоления и обучения. Они могут использовать книги, рисунки, игрушки, музыку, видео, управляемые изображения и другие элементы отвлечения во время подготовки и исполнения болезненной процедуры, а также и после нее. При отсутствии психолога можно воспользоваться гаджетами. Смартфоны и планшетные компьютеры могут с помощью родителей и/или медицинских сотрудников отвлечь внимание ребенка на видео или музыку. Это можно рассматривать как сопутствующий компонент седации, анксиолитика и анальгезии. Возможность членов семьи (родителей) находиться с ребенком во время процедуры уменьшает страдания последнего, особенно если члены семьи могут быть вовлечены в процесс подготовки и сопровождения пациента при выполнении процедуры, что в целом создает благоприятную атмосферу сотрудничества, более комфортную также и для медперсонала.

НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

В устранении боли и/или снижении ее выраженности при выполнении сосудистого доступа у детей могут быть использованы те же нефармакологические методики, что и для устранения тревоги и беспокойства. В ряде случаев совместное присутствие родителей (матери или отца), различные методы отвлечения внимания ребенка: показ мультфильмов, разноцветных картинок, надувание воздушных шаров, прослушивание любимых мелодий и т. д. при выполнении процедуры могут позволить избежать применения медикаментозных средств. В протоколах обезболивания болезненных процедур у новорожденных и младенцев предлагается давать им в процессе выполнения манипуляции для сосания соску и питье раствора глюкозы из бутылки с соской, что уменьшает болевую реакцию.

Источник: *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*

ПРИВИВКА ОТ РАКА. ДЕФИЦИТ ЗНАНИЙ ПО ВОПРОСАМ ИНФИЦИРОВАНИЯ И ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ ВУЗА

Петрова В.Б., Тимоханова К.А., Петрова А.И.
ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И. Мечникова»

Аннотация

Актуальность: во всем мире рак шейки матки является четвертым по распространенности раком среди женщин. Вакцинация против ВПЧ надежно защищает от рака шейки матки. Оптимальное время для иммунизации против ВПЧ — до начала половой жизни человека. Вакцинацию от ВПЧ рекомендовано проводить девочкам и мальчикам, начиная с 9 летнего возраста (оптимально 11-12 лет), а также возможна догоняющая вакцинация женщин в возрасте от 13 до 26 лет, которые ранее не были вакцинированы или не завершили серию вакцинации. В Российской Федерации вакцина от вируса папилломы человека не входит в национальный календарь прививок, но для детей и подростков может быть доступна по региональным календарям, территориальным и региональным программам.

Цель исследования: оценка информированности студентов СЗГМУ им. И.И. Мечникова по вопросам инфицирования и вакцинопрофилактики вируса папилломы человека

Материалы и методы: В анонимном анкетном опросе приняло участие 78 студентов СЗГМУ им. И.И. Мечникова в возрасте от 18-36 лет. Анкетирование респондентов выполнено с помощью Google Формы, которая позволяет создавать веб-формы/анкеты и анализировать полученные данные.

Результаты: только 66,2% опрошенных студентов в течение жизни были осведомлены об опасности ВПЧ. Вместе с тем, только 13(16,9%) участников опроса вакцинированы от ВПЧ. Большая доля опрошенных (66,2%) не знали, что вакцинироваться от ВПЧ необходимо, как женщинам, так и мужчинам.

Выводы: среди студентов СЗГМУ им. Мечникова отмечается низкий уровень вакцинации от ВПЧ, а также существует дефицит знаний по вопросам инфицирования ВПЧ, его вакцинопрофилактики и доступности вакцины от ВПЧ в системе здравоохранения РФ.

Ключевые слова: студенты, вирус папилломы человека, вакцинопрофилактика, вакцинация

Abstract

Worldwide, cervical cancer is the fourth most common cancer among women. HPV vaccination reliably protects against cervical cancer. The optimal time for HPV immunization is that of before the beginning of a person's sexual life. HPV vaccination is recommended for girls and boys starting from the age of 9 (optimally 11-12 years), and catch-up vaccination is also possible for women aged 13 to 26 years who have not been vaccinated before or have not completed a series of vaccinations. In the Russian Federation, the human papillomavirus vaccine is not included in the national vaccination calendar, but it can be available for children and adolescents according to regional calendars, territorial and regional programs

The purpose of the study is to assess the students' awareness of infection and vaccination of human papillomavirus.

Materials and methods: 78 students of the State Medical University named after Mechnikov aged 18-36 years took part in an anonymous questionnaire survey. The survey was carried out through Google Form, which allows creating web forms/questionnaires and analyzing the received data.

Findings: 66.2% of the respondents were aware of the dangers of HPV during their lifetime. However, only 13 (16.9%) were vaccinated against HPV. A large proportion of respondents (66.2%) did not know that both women and men were in a need of being vaccinated against HPV.

Conclusions: respondents demonstrated a low level of HPV vaccination a lack of knowledge on HPV infection, its vaccination and the availability of HPV vaccine in the healthcare system of the Russian Federation.

Key words: students, human papillomavirus, vaccinoprophylaxis, vaccination

Вирус папилломы человека (ВПЧ) является возбудителем, передающимся половым путем или при тесном контакте с кожей и выделениями, и причиной возникновения онкологических заболеваний у мужчин и женщин. Персистирующая вирусная инфекция с генотипами ВПЧ высокого риска вызывает практически все виды рака шейки матки. Генотипы (или «типы») ВПЧ высокого риска 16 и 18 вызывают примерно 70% всех случаев рака шейки матки во всем мире, а типы 31, 33, 45, 52 и 58 вызывают еще 20%. ВПЧ типов 16 и 18 также вызывают почти 90 % случаев рака ануса и значительную долю рака ротоглотки, рака вульвы и влагалища, а также рака полового члена. ВПЧ типов 6 и 11 вызывают примерно 90% аногенитальных бородавок, хотя они и являются доброкачественными поражениями, но связаны с физическими и психологическими проблемами у пациентов, а также плохо поддаются лечению [1]. В настоящее время разработаны вакцины для защиты от заражения ВПЧ и развития последующего заболевания, связанного с ВПЧ.

Существуют три вакцины, которые различаются по количеству содержащихся в них инактивированных типов ВПЧ, хотя не все из них доступны в нашей стране:

1) Четырехвалентная вакцина против ВПЧ (Гардасил – доступна в РФ) нацелена на типы ВПЧ 6, 11, 16 и 18;

2) 9-валентная вакцина (Гардасил 9 – не доступна в РФ) нацелена на те же типы ВПЧ, что и четырехвалентная вакцина (6, 11, 16 и 18), а также на типы 31, 33, 45, 52 и 58;

3) Бивалентная вакцина (Церварикс) нацелена на ВПЧ 16 и 18 типов. Все это профилактические вакцины, предназначенные для предотвращения начальной инфекции ВПЧ. Терапевтические вакцины, предназначенные для индукции регрессии существующих поражений, связанных с ВПЧ, находятся в разработке и недоступны для пациентов [2]. Побочные эффекты вакцинации против ВПЧ обычно ограничиваются легкими местными реакциями.

Во всем мире рак шейки матки является четвертым по распространенности раком среди женщин, ежегодно диагностируется около 530 000 случаев инвазивной карциномы шейки матки и 260 000 случаев смерти от рака шейки матки [3]. Вакцинация против ВПЧ надежно защищает от рака шейки матки, который является одним из наиболее распространенных видов рака у женщин во всем мире. Также вакцинопрофилактика ВПЧ приносит прямую пользу и мужчинам, надежно защищая от ВПЧ типов 16 и 18, которые вызывают почти 90% случаев рака анального канала и значительную часть случаев рака ротоглотки и полового члена. Вакцинация мужчин способствует созданию коллективного иммунитета и снижает скорость распространения ВПЧ среди населения [4].

Оптимальное время для иммунизации против ВПЧ — до начала половой жизни человека. Данные клинических испытаний эффективности вакцины у мужчин и женщин свидетельствуют о том, что иммунизация вакциной против ВПЧ наиболее эффективна среди лиц, не инфицированных ВПЧ. Вакцинацию от ВПЧ рекомендовано проводить девочкам и мальчикам, начиная с 9 летнего возраста (оптимально 11-12 лет), а также возможна догоняющая вакцинация женщин в возрасте от 13 до 26 лет, которые ранее не были вакцинированы или не завершили серию вакцинации [5].

Основная причина, по которой рутинная вакцинация против ВПЧ активно не рекомендуется лицам старше 26 лет, заключается в повышении вероятности предшествующего контакта с типами вакцин против ВПЧ с возрастом, что снижает потенциальную индивидуальную пользу и, следовательно, экономическую эффективность вакцинации против ВПЧ. Тем не менее, для некоторых лиц в этой возрастной группе (26-45 лет), например, для тех, кто не имеет предшествующего сексуального опыта или имеет определенную сексуальную моногамию, риск контакта с ВПЧ может быть очень низким, но им также может быть предложена вакцинопрофилактика ВПЧ, поскольку у них остается потенциальный риск заражения ВПЧ в будущем при изменении жизненной ситуации [6].

Лицам, ведущим половую жизнь, должна быть предложена вакцинация от ВПЧ в соответствии с возрастными рекомендациями. Постоянное использование презервативов снижает риск заражения ВПЧ [6]. Однако презервативы не полностью предотвращают передачу ВПЧ, поскольку вирус распространяется через кожный контакт.

Наличие в анамнезе отклонений от нормы теста Папаниколау (скрининг рака шейки матки), остроконечных кондилом или ВПЧ-инфекции НЕ является противопоказанием для иммунизации против ВПЧ [7]. Однако иммунизация менее полезна для тех, кто уже был инфицирован хотя бы одним или несколькими типами вакцины против ВПЧ.

Во всех вакцинах используются вирусоподобные частицы (ВПЧ), которые имитируют капсид вируса. VLP не содержат генетического материала или живого вируса. Все вакцины против ВПЧ документально подтверждены безопасностью в крупных клинических испытаниях, и обширные постлицензионные данные (после утверждения и клинического применения) четырехвалентной вакцины подтверждают этот профиль безопасности [8].

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Заражение гинекологического оборудования вирусом папилломы человека (ВПЧ)

Гинекологическая среда может быть заражена папилломавирусом человека (ПВЧ) через руки и перчатки медицинских работников. В перекрестном исследовании было взято 179 образцов с фомитов («бардачковый» ящик, лампа гинекологического кресла, гелевые трубки для УЗИ, кольпоскоп и зеркало) в двух университетских больницах и в четырех частных гинекологических кабинетах.

Было получено 32 (18%) ПВЧ-положительных образца. При сравнении центров риск инфицирования ПВЧ в частных гинекологических кабинетах был выше, чем в больницах. При сравнении объектов кольпоскоп имел самый высокий риск контаминации.

Выводы. Гинекологическое оборудование и поверхности контаминированы ПВЧ, несмотря на регулярную уборку. Результаты исследования демонстрируют необходимость обучения медработников и разработки протоколов уборки, адаптированных к гинекологическим кабинетам и направленных на устранение материала ПВЧ.

Источник: Pubmed

В Российской Федерации вакцина от вируса папилломы человека не входит в национальный календарь прививок, но для детей и подростков может быть доступна по региональным календарям, территориальным и региональным программам.

Целью нашего исследования стала оценка информированности студентов СЗГМУ им И.И. Мечникова по вопросам инфицирования и вакцинопрофилактики вируса папилломы человека.

Материалы и методы исследования. В анонимном анкетном опросе приняло участие 78 студентов СЗГМУ им. И.И. Мечникова в возрасте от 18-36 лет, из которых 48 студентов (61,5%) - женщины, а 30 студентов (38,5%) - мужчины. Средний возраст студентов, участвовавших в опросе – 19,4±1,5 года, большинство из них (81,8%) обучаются на младших курсах. Опрос был предложен в сети «Интернет» в период февраля-марта 2022г. Анкетирование респондентов выполнено с помощью Google Формы, которая позволяет создавать веб-формы/анкеты и анализировать полученные данные.

Результаты. Большинство (83,3%) респондентов заявили, что ранее знали о существовании ВПЧ. Вместе с тем, только 66,2% опрошенных студентов в течение жизни были осведомлены об опасности ВПЧ. Данную информацию они получали в основном из интернет-ресурсов (29,8%), в школе на занятиях (22,8%) и от лечащего врача/педиатра или иного медицинского работника (22,8%), а также в 14 % случаев от знакомых и в 7% от родителей. Только 50% респондентов были информированы о том, что вирус передается не только при половом акте, но и что тесный телесный контакт является хорошо установленным путем передачи данной инфекции.

Доля участников опроса, которые знали, что заражение вирусом папилломы человека (ВПЧ) почти в 100% случаев является причиной возникновения рака шейки матки и плоскоклеточного рака ануса, составила 46,2% и 37,7% соответственно. Важно отметить, что только 24,7% респондентов знали, что эффективного лечения от ВПЧ не существует. Большая доля студентов (75,3%) имели заблуждения, что ВПЧ можно вылечить с помощью антибактериальных препаратов (8,7%), противовирусных препаратов (24,7%) или вакциной (42,5%).

Почти половина (49,4%) опрошенных студентов были осведомлены, что от самых распространённых высокоонкогенных типов ВПЧ существуют вакцины, которые предотвращают развитие онкологии в будущем. Также половина (51,9%) респондентов знали, что вакцинироваться от ВПЧ лучше до начала половой жизни. По данным анкетирования у 73,3% студентов уже состоялся первый половой контакт. Вместе с тем, только 13(16,9%) участников опроса вакцинированы от ВПЧ, а 83,1% (65 человек) нет. Важно отметить, большинству респондентов (77,9%) в течение их жизни никогда не предлагалась профилактическая вакцинация от ВПЧ и они были не осведомлены о возможности бесплатной вакцинации в 21 регионе РФ в рамках ОМС. Большая доля опрошенных (66,2%) не знали, что вакцинироваться от ВПЧ необходимо, как женщинам, так и мужчинам. Большая доля студентов (75%) убеждены в безопасности вакцины и только 25% не уверены или считают ее опасной для фертильности.

Выводы. По данным нашего исследования среди студентов СЗГМУ им. Мечникова отмечается низкий уровень вакцинации от ВПЧ, а также существует дефицит знаний по вопросам инфицирования ВПЧ, его вакцинопрофилактики и доступности вакцины от ВПЧ в системе здравоохранения РФ. Анализ ответов респондентов выявил необходимость санитарно-просветительской работы. Это поможет повысить процент вакцинированных и соответственно снизить заболеваемость раком шейки матки, а также предотвратить остальные ВПЧ-ассоциированные онкозаболевания.

Использованная литература

1. Alison A. McBride. Oncogenic human papillomaviruses. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2017 Oct 19; 372(1732): 20160273. Published online 2017 Sep 11. doi: 10.1098/rstb.2016.0273
2. Trimble CL, Morrow MP, Kraaynak KA, et al. Safety, efficacy, and immunogenicity of VGX-3100, a therapeutic synthetic DNA vaccine targeting human papillomavirus 16 and 18 E6 and E7 proteins for cervical intraepithelial neoplasia 2/3: a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 2b trial. *Lancet* 2015; 386:2078.
3. Всемирная организация здравоохранения: официальный сайт. Cervical Cancer: An NCD We Can Overcome. World Health Organization – URL: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/cervical-cancer-an-ncd-we-can-overcome> (дата обращения 27.02.2022). – Текст: электронный.
4. Westra TA, Rozenbaum MH, Rogoza RM, et al. Until which age should women be vaccinated against HPV infection? Recommendation based on cost-effectiveness analyses. *J Infect Dis* 2011; 204:377.
5. Huh WK, Joura EA, Giuliano AR, et al. Final efficacy, immunogenicity, and safety analyses of a nine-valent human papillomavirus vaccine in women aged 16-26 years: a randomised, double-blind trial. *Lancet* 2017; 390:2143.
6. Freedman M, Kroger A, Hunter P, et al. Recommended Adult Immunization Schedule, United States, 2020. *Ann Intern Med* 2020; 172:337.
7. Huh WK, Joura EA, Giuliano AR, et al. Final efficacy, immunogenicity, and safety analyses of a nine-valent human papillomavirus vaccine in women aged 16-26 years: a randomised, double-blind trial. *Lancet* 2017; 390:2143.
8. Garland SM, Kjaer SK, Muñoz N, et al. Impact and Effectiveness of the Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine: A Systematic Review of 10 Years of Real-world Experience. *Clin Infect Dis* 2016; 63:519.

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), отражающую 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 11.02.22.

Рукописи пересылаются в редакцию в электронном виде на адрес редакции: **sp-zdrav2013@gmail.com**

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ – ФУНДАМЕНТ ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Каларащук А.В.

СПб ГБУЗ «Городская больница № 28 «Максимилиановская»

Аннотация

В данной статье предложен анализ нормативно-правовых документов, составляющих основу деятельности среднего медицинского персонала, знание которых определяет их уровень правосознания и, в целом, демонстрирует правовую культуру медицинских работников.

Ключевые слова: право, нормативные документы, законодательство, медицинские работники

Abstract

This article offers an analysis of the regulatory and legal documents that form the basis of the nursing staff activities, the knowledge of which determines their level of legal awareness and, in general, demonstrates the legal culture of medical workers.

Key words: law, regulatory documents, legislation, health care workers

Отношения между медицинским работником (будь то врач или медицинская сестра) и пациентом, возникающие в процессе оказания медицинской помощи, регулируются действующими нормативными правовыми документами. Основные принципы российского здравоохранения предусматривают оказание гражданам качественной и доступной медицинской помощи при гарантированном соблюдении прав пациента.

Многочисленные критерии оценки качества медицинской помощи являются общими для всех без исключения медицинских организаций и основаны на своевременности оказания помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, а также степени достижения запланированного результата. Среди них ключевым критерием является удовлетворенность пациента качеством медицинской помощи, т.е. субъективное мнение пациента, его родственников и законных представителей о ее качестве. Очевидно, что медицинская сестра как основной субъект оказания медицинской помощи обязан владеть базовыми медико-правовыми знаниями и быть готовым использовать их в конкретных ситуациях своей профессиональной деятельности.

Важно подчеркнуть, что в правовом поле здравоохранения находятся не только медицинские работники всех специальностей, квалификаций, должностей, но и потребители медицинских услуг – пациенты. Активность пациентов по защите собственных прав, подогреваемая СМИ, возрастает с каждым годом, о чем свидетельствует официальная статистика Росздравнадзора. Эта тенденция подтверждается ростом числа обращений граждан в контролирующие органы по поводу ненадлежащего качества медицинской помощи, отказов от предоставления медицинской помощи, некорректного поведения врачей и медицинских сестер.

Формирование компетенций в области медико-правовой грамотности представляется весьма актуальным для всех медицинских работников.

В Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» законодательно закрепили необходимость постоянного повышения уровня квалификации медицинских работников, в том числе в медико-правовых вопросах. В Федеральном законе № 323-ФЗ ст. 73 п. 2 прямо регламентируется обязанность медицинских работников оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями.

Согласно приказу Минздрава России от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения», медсестра «должен знать: Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; теоретические основы сестринского дела; основы лечебно-диагностического процесса, профилактики заболеваний, пропаганды здорового образа жизни; правила эксплуатации медицинского инструментария и оборудования; правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений; основы функционирования бюджетно-страховой медицины и добровольного медицинского страхования основы валеологии и санологии; основы медицины катастроф; правила ведения учетно-отчетной документации структурного подразделения, основные виды медицинской документации; медицинскую этику и деонтологию; психологию профессионального общения; основы трудового законодательства; правила внутреннего трудового распорядка; правила по охране труда и пожарной безопасности. В должностных инструкциях также содержатся требования, предъявляемые к уровню освоения медицинскими работниками основ законодательства Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан».

ВОПРОСЫ ПРАВОВОЙ КУЛЬТУРЫ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА **Информированное добровольное согласие**

Изначально концепция «информированное добровольное согласие» (далее – ИДС) обозначена в ст. 20 Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 08.03.2022) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", порядок выдачи этого документа долгое время регламентировал Приказ МЗ РФ от 20 декабря 2012 года N 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства».

Утратил силу с 1 марта 2022 года на основании приказа Минздрава России от 12 ноября 2021 года N 1051н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства». Данный экскурс в недавнее прошлое говорит о том, что до 2011 года данный документ в нашей практике не применялся, а сегодня ни одно медицинское вмешательство невозможно без подписания ИДС.

Профессиональные стандарты

Впервые термин «**профессиональный стандарт**» был использован в 1997 г. в Программе социальных реформ в Российской Федерации на период 1996–2000 годов. Первые профессиональные стандарты появились в 2007-2008 гг. Вдохновленные успехом, руководители министерств надеялись, что стандарты будут применяться при разработке образовательных стандартов нового поколения (ФГОС). Самый ранний профессиональный стандарт в

Изменения в нормативно-правовом регулировании в сфере здравоохранения, вступившие в силу 1 марта 2022 года:

поправки в акты о медицинских противопоказаниях к владению оружием для гражданских лиц;

внесены изменения в Положение о лицензировании медицинской деятельности;

утверждено новое Положение о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ);

установлен порядок ведения Федерального реестра медицинских документов о рождении;

установлен порядок ведения Федерального реестра медицинских документов о смерти;

актуализированы правила обращения прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ;

обновлены требования к условиям хранения психотропных и наркопрепаратов;

изменены правила выписки рецептов на лекарственные препараты и формы бланков рецептов;

утверждено новое положение об аккредитации специалистов;

утвержден новый Порядок выдачи свидетельства об аккредитации специалиста на бумажном носителе;

обновлены формы отказа от медвмешательства и ИДС на медвмешательство, а также порядок дачи ИДС;

утвержден новый порядок ознакомления пациента, его законного представителя или родственника с меддокументацией, отражающей состояние здоровья пациента;

изменяются стандарты оснащения КДЛ и микробиологических лабораторий;

определен порядок диспансерного наблюдения детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями;

утверждены правила пользования природными лечебными ресурсами и курортами;

обновлены формы документов Росздравнадзора, используемых в процессе лицензирования меддеятельности.

здравоохранении — это Специалист в области медико-профилактического дела, утвержден Приказом Минтруда России от 25.06.2015 N 399н. На сегодняшний день утверждены и действуют 87 профессиональных стандартов.

Профессиональный стандарт содержит более широкие подходы к квалификации специалиста, а также учитывает современные требования. Очень важно отметить, что новые квалификационные требования будут проходить общественное обсуждение в профессиональном сообществе.

Конфиденциальность и сохранение врачебной тайны

Статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 08.03.2022) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" предусмотрено соблюдение врачебной тайны. Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

Следует отметить, что до 2011 года вопросы соблюдения врачебной тайны трактовались иначе. Примечательно и то, что статья 22 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 08.03.2022) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" рассматривает вопросы информирования о состоянии здоровья пациента. «Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья... Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом... Информация о состоянии здоровья не может быть

предоставлена пациенту против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация».

Коллеги, которые в системе здравоохранения работают больше 15 лет, наверное, хорошо помнят, что ранее эти вопросы решались и обсуждались по-другому. Было в норме вещей держать пациента в неведении о его диагнозе и прогнозе. В настоящее время такая тактика противоречит закону.

Далее несколько уточняющих определений, которые тоже не так давно вошли в повседневный лексикон.

Порядок оказания медицинской помощи – это официальный нормативно-правовой документ, в котором закреплена совокупность мероприятий организационного характера, направленных на своевременное обеспечение оказания гражданам медицинской помощи надлежащего качества и в полном объеме. Стандарт оказания медицинской помощи – формализованный документ, определяющий гарантированный объем диагностических и лечебных процедур, перечень лекарственных препаратов, сроки и требования к лечению по определённой нозологии.

Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации", медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций. Предлагаю рассмотреть изменения в нормативной базе (порядках), регламентирующей оказание паллиативной медицинской помощи.

В 2011 году на законодательном уровне было закреплено понятие «**паллиативная медицинская помощь**» статьей 36 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 08.03.2022) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". В 2015 году был утвержден Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2015 № 187н "Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению", но уже в 2019 году назрела необходимость совершенствовать нормативный документ, и был принят Приказ Министерства здравоохранения российской федерации и Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 мая 2019 года N 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья».

«Регуляторная гильотина» - инструмент масштабного пересмотра и отмены нормативных правовых актов, негативно влияющих на регуляторную среду в России. Данная государственная инициатива началась с отмены 30 002 нормативных актов 1 января 2021 года. Под отмену попали нормативные документы, начиная с первых декретов советской власти и до норм современного регулирования. В этот процесс вовлечён 21 орган власти, осуществляющий нормативно-правовое регулирование, 33 органа власти реализующих контрольно-надзорные функции.

Изменения в санитарном законодательстве

Один из самых главных вопросов – это изменения в санитарном законодательстве, произошедшие за последние два года. Мы стали свидетелями радикальных изменений в этой сфере. В 2021 году вступили в силу новые санитарные правила и нормы в сфере общепита, транспорта, торговли, труда, услуг, обучения, отдыха и оздоровления детей.

Для актуализации санитарного законодательства Роспотребнадзор в течение двух лет проводил системную работу: специалисты научного и практического звена проанализировали требования действующих санитарно-эпидемиологических правил и гигиенических нормативов, в том числе с учетом международного опыта, что позволило систематизировать и кодифицировать все обязательные санитарно-эпидемиологические требования. Далее вашему вниманию представлены сведения об отмененных и вновь принятых нормативных документах.

Было	Стало	За что отвечает
<p>СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»</p>	<p>СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг»</p>	<p>СанПиН по медицинской деятельности</p>
<p>СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами»</p>	<p>СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий»</p>	<p>Обращение с медицинскими отходами</p>
<p>Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда»</p>	<p>Приказ Минздрава России от 28.01.2021 № 29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры»</p>	<p>Организация медицинских осмотров</p>
<p>СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»</p>	<p>СП 2.2.3670-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям труда» Приказ Минтруда России от 18.12.2020 № 928н «Об утверждении Правил по охране труда в медицинских организациях»</p>	<p>Требования к условиям труда медицинского персонала</p>
<p>Приказ Минздрава России от 07.06.2019 № 381н</p>	<p>Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 785н</p>	<p>Организация внутреннего контроля</p>

«Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»	«Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»	качества и безопасности медицинской деятельности
--	--	--

Обновление нормативной базы по обороту наркотических и психотропных лекарственных препаратов

Общие вопросы регулируются Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.10.2021 № 1871 «Об утверждении Правил распределения, реализации и отпуска наркотических средств и психотропных веществ...» и Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.11.2021 №1102н «Об утверждении предельно допустимого количества наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, содержащихся в препаратах, в отношении которых могут исключаться некоторые меры контроля».

Хранение наркотических и психотропных ЛП регламентируют: Приказ Росгвардии №335/Приказ МВД №677 от 15.09.2021 г. «Об утверждении Требований к оснащению инженерно-техническими средствами охраны объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ...» и Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.11.2021 №1103н «Об утверждении специальных требований к условиям хранения наркотических и психотропных лекарственных средств, предназначенных для медицинского применения».

Учет наркотических и психотропных ЛП и прекурсоров: Постановление Правительства РФ от 30.11.2021 г. №2117 «О порядке представления сведений о деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, а также о культивировании растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, и регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ...» и Постановление Правительства РФ от 28.10.2021 №1846 «О представлении сведений о деятельности, связанной с оборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ, и регистрации операций, связанных с их оборотом, и признании утратившими силу некоторых решений Правительства РФ».

Назначение, отпуск, реализация наркотических и психотропных ЛП теперь регулирует Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.11.2021 №1094н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов».

Аккредитация vs. сертификации

С 1 января 2016 года проводится реформа – система сертификации должна быть заменена на систему аккредитации специалистов. В настоящее время действует переходный период (до 31 декабря 2025 года), в течение которого действуют обе системы. Сертификаты специалиста, выданные медицинским и фармацевтическим работникам до 1 января 2021 года, действуют до указанного в них срока.

Аккредитация специалиста – процедура определения соответствия лица, получившего медицинское, фармацевтическое или иное образование, требованиям к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности либо фармацевтической деятельности. Цель аккредитации специалиста — повышение качества медицинской помощи.

Отличия сертификации и аккредитации:

Сертификация	Аккредитация
проводилась образовательной организацией.	проводится Министерством здравоохранения РФ - Федеральным аккредитационным центром
Как проходило обучение: в очной и дистанционной форме, стандартный курс обучения проходил там, где близко или куда направили	Как проходит обучение: в очной и дистанционной форме, можно самостоятельно выбирать темы, которые необходимы именно вам в практической деятельности, а также слушать курс, как и когда вам удобно, даже из дома.
Кто выдавал сертификаты: учебный центр, где проходило обучение, выдавал Сертификат специалиста	Кто выдает аккредитацию: будут созданы специальные независимые аккредитационные комиссии из практикующих специалистов.
Способ оценки знаний: Сертификационный экзамен	Способ оценки знаний: Оценка портфолио
Периодичность обучения: 1 раз в 5 лет (144 часа).	Периодичность: 1 раз в 5 лет (обучение нужно проходить каждый год, получая 50 кредитов. За пять лет должно быть накоплено 250 кредитов). В переходный период достаточно 144 часа

Мы стали свидетелями того, как нормативный документ актуализируется и трансформируется в зависимости от внешних обстоятельств (изменение течения заболевания). Яркий пример тому - пятнадцать версий «Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19 (версия 15 от 22.02.2022)» регламентирующие нашу деятельность при новой коронавирусной инфекции.

Резюмируя, можно смело утверждать, что мы живем в эпоху перемен, мы стали свидетелями переходного периода. Все вышеперечисленные вопросы, а именно: основы трудового законодательства, основы медицинского права: информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, нормативная база, регламентирующая порядок оказания медицинской помощи, изменения в санитарном законодательстве, нормативно-правовые акты по обороту наркотических и психотропных лекарственных препаратов, реформа системы допуска к профессиональной деятельности, а одним словом знание норм действующего законодательства являются неотъемлемой частью нашей работы, ее важнейшим аспектом. Медико-правовая грамотность – неотъемлемая компетенция медсестер.

Нормативная правовая база отечественного здравоохранения неразрывно связана с другими областями законодательства. Она регулярно обновляется вместе с разработкой и внедрением современных методов лечения заболеваний, появлением инновационных технологических решений и модернизацией медицинского оборудования – это взаимосвязанный динамический процесс. Приобретение медсестрой необходимых медико-правовых знаний должно быть сопряжено (синхронизировано) по времени с изменениями нормативной правовой базы и постоянно проводиться в системе непрерывного медицинского образования.

Для современного специалиста сестринского дела владение медико-правовыми знаниями, готовность и умение их применять во благо пациентам наряду с клиническими навыками является неотъемлемой компетенцией для успешного осуществления трудовых функций по оказанию качественной медицинской помощи.

ИНДУКТИВНЫЙ ПОДХОД К ОБУЧЕНИЮ. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Лаптева Е.С., Бадаев А.Х.
ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

Аннотация

Представлен разбор клинического случая реабилитации женщины пожилого возраста после операции на тазобедренном суставе. Рассмотрены причины падения в пожилом возрасте, нормативные акты, регламентирующие организацию медицинской реабилитации, особенности реабилитации в домашних условиях, роль медицинской сестры при проведении реабилитации в домашней обстановке пациентки.

Ключевые слова: тазобедренный сустав, пожилой пациент, падения, реабилитация, роль медицинской сестры

AN INDUCTIVE APPROACH TO LEARNING. THE CLINICAL CASE ANALYSIS

Lapteva E.S., Badaev A.Ch.

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

Abstract

The analysis of a clinical case of rehabilitation of an elderly woman after hip surgery is presented. The reasons for the fall in old age, regulatory acts being a base of the medical rehabilitation organization, features of rehabilitation at home, the nurse's role during rehabilitation at a patient's home are considered.

Keywords: hip joint, elderly patient, falls, rehabilitation, the role of a nurse

Ирина Александровна, 84 года, проживает в Люберецком районе Московской области. Она овдовела 5 лет назад, дочь постоянно проживает в Америке, сын живет в Москве. По профессии - искусствовед, ведет активный образ жизни, посещает местный клуб ветеранов, занимается общественной деятельностью, имеет широкий круг друзей. Передвигается самостоятельно без использования технических средств.

Она шла с работы вечером домой и у подъезда собственного дома поскользнулась, упала и потеряла сознание. Ирина Александровна была обнаружена прохожими и на машине скорой помощи доставлена в больницу. В приемном покое больницы было установлено, что в результате падения Ирина Александровна сломала шейку бедра правой ноги. В течение 24 часов с момента поступления в больницу ей была проведена успешная операция по замене тазобедренного сустава. После операции Ирина Александровна была переведена в общую палату отделения ортопедии для прохождения первичной реабилитации, где она пришла в сознание и попросила сообщить сыну о том, что находится в больнице. Сыну было сообщено о

случившемся. По истечении 7 дней со дня перевода в общую палату сыну Ирины Александровны лечащий врач рекомендовал подыскать место для прохождения реабилитации от 21 до 90 дней для восстановления двигательных функций.

Сын Ирины Александровны обратился в поликлинику по месту жительства Ирины Александровны для получения консультации о прохождении рекомендованной ортопедом реабилитации.

Необходимо установить:

1. подлежит ли Ирина Александровна реабилитации
2. действия участкового терапевта на обращение сына Ирины Александровны
3. возможность прохождения реабилитации дома

Студенты должны знать:

1. Причины падения в пожилом возрасте
2. Нормативные акты, регламентирующие организацию медицинской реабилитации
3. Суть концепции «реабилитация», «первичная реабилитация»
4. Особенности реабилитации в домашних условиях
5. Роль медицинской сестры при проведении реабилитации в условиях дома пациентки

Студенты должны уметь:

1. Обосновывать актуальность вопросов падения в пожилом возрасте
2. Консультировать пациентов/родственников по вопросам организации медицинской реабилитации пациентов
3. Консультировать пациентов по вопросам профилактики повторных падений
4. Применять медицинские технологии для оценки жизни пациентов с искусственным суставом

Падения в пожилом возрасте

Переломы шейки бедренной кости являются одним из наиболее частых повреждений опорно-двигательного аппарата у пожилых людей. При этом перелом шейки бедренной кости возникает наиболее часто при падении пациента с высоты собственного роста. Выявление факторов риска переломов и поиск способов их предотвращения является важным направлением современной травматологии [11].

Главным этиологическим фактором повреждения, который угрожает здоровью и целостности сочленения, является остеопороз. К другим провоцирующим факторам относятся, в частности, нехватка кальция в крови, у женщин это нарушение часто проявляется во время менопаузы, недостаточная физическая активность [4].

Переломы бедренной кости наиболее часто встречаются у пациентов с сопутствующей кардиальной патологией, хроническими заболеваниями почек, диабетом, инсультами, опухолевыми заболеваниями и хроническими обструктивными болезнями лёгких [8].

Высокий риск падения у лиц пожилого и старческого возраста связан с повышением АД [1]. При повышенном АД у женщин 60-76 лет риск падений будет связан в первую очередь с факторами окружающей среды, что обосновывает необходимость широкого внедрения различных программ профилактики падений для лиц пожилого и старческого возраста, а также комплекса мер, направленных на создание безопасной среды проживания [2]. Из всех состояний, характеризующихся нарушением регуляции АД, сочетание у одного пациента АГ и ОГ представляет собой наиболее неприятную терапевтическую ситуацию, так как методы лечения этих состояний противоположны.

По данным статистики примерно 30% пациентов после 65 лет умирают через год после получения травмы. Смертельные случаи обусловлены обычно слишком долгим постельным режимом. Постоянное вынужденное отсутствие двигательной активности провоцирует образование пролежней, острый застой в венах, тромбоз в глубоких сосудах [4].

Фатальными осложнениями лечения переломов у пожилых можно считать гипостатические осложнения. К таковым исследователи относят тромбоэмболические и инфекционные, поскольку, наряду с развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности, именно они становятся наиболее частой причиной гибели пострадавших [2].

Учитывая наличие у большинства пациентов пожилого возраста психоэмоциональных нарушений, процессы выздоровления и реинтеграции значительно замедляются. Необходимость в постоянном уходе и осознание собственной обузы для окружающих приводит к эмоциональной депрессии [9].

Выбранная хирургическая тактика лечения и сроки оперативного лечения оказывают значительное влияние на последующую реабилитацию данных пациентов и возврат их к прежнему уровню активности [8]. Таким образом, учитывая тот факт, что данной пациентке была проведена «успешная операция по замене тазобедренного сустава», можно прогнозировать более быстрое выздоровление и гарантировать оптимальные функциональные результаты.

Суть концепции «Реабилитация»

Вопросы реабилитации больных с травмами и их последствиями остаются актуальными. Реабилитационные направления определяют новый подход к восстановительному лечению больных [10]. Основная цель реабилитации — восстановление нарушенной анатомической целостности сегментов и их функций [6].

В целом, при переломе шейки работа ведется по следующим направлениям:

- обезболивающие мероприятия;
- профилактика гиподинамии;
- физические упражнения (тренировки на тренажерах, занятия в бассейне);
- психотерапия;
- диетотерапия;
- массаж.

Восстановительный процесс после хирургического лечения включает двигательный режим, физические упражнения, массаж, дозированную ходьбу, тренировки по навыкам самообслуживания, соблюдение правильного режима нагрузки на конечность. Разработчики программ реабилитации подчеркивают, что каждый пациент нуждается в индивидуальной программе реабилитации с дифференцированным подходом, в которой участвуют физиотерапевт, инструктор ЛФК, психолог, психотерапевт [3].

При составлении различных вариантов программ реабилитации соблюдается, как правило, этапность [9]. Стандартная схема реабилитационных мероприятий после операции выглядит следующим образом:

I этап – постельный. Все упражнения на этом этапе направлены на преодоление болезненности при элементарных движениях оперированной конечности сначала в положении лежа (сгибание стопы вперед-назад-наружу, сжимание ягодич, движение прямыми ногами поочередно пяткой вперед, смещая таз, дыхательная гимнастика, упражнения на турникете, прикрепленном к кровати), постепенное поднятие тела в положение сидя и обучение ходьбе с помощью четырехопорных ходунков с постепенным переходом к обучению ходьбе на костылях;

II этап – переход от костылей к трости, во время которого выполняется комплексная реабилитация с применением индивидуальных программ (с 2 нед. до 12 нед.). Цель – восстановление тонуса мышц, амплитуды движений в суставе, постепенный переход к полной опоре на оперированную конечность, нормализация походки. Продолжаются изометрическая гимнастика, динамические упражнения, массаж, электростимуляция мышц, занятия на велотренажере;

III этап – этап закрепления двигательных навыков без применения трости с выполнением обязательных регулярных упражнений в течение всей жизни. Этап начинается с 4-го месяца после эндопротезирования. Он нацелен на поддержание тонуса мышц и движений на восстановленном суставе [5].

Эффективная реабилитация невозможна без нормализации психоэмоционального состояния больного, перенесшего операцию и на некоторое время оказавшегося обездвиженным. В ходе индивидуальных сеансов с психотерапевтом выясняется причина подавленности и проводится работа в направлении ее преодоления [14].

Организация реабилитации

Организация медицинской реабилитации регламентируется Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705н "О Порядке организации медицинской реабилитации".

Организация медицинской реабилитации осуществляется в соответствии с профилем заболевания пациента для определения индивидуальной программы реабилитации пациента, осуществления текущего медицинского наблюдения и проведения комплекса реабилитационных мероприятий.

В рамках оказания первичной медико-санитарной помощи медицинская реабилитация может осуществляться в выездной форме. Выездная бригада медицинской реабилитации оказывает плановую реабилитационную помощь пациентам на основании решения врачебной комиссии по реабилитации медицинской организации.

В медицинских организациях, осуществляющих оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях, медицинская реабилитация осуществляется на основе взаимодействия врачей-терапевтов участковых. В амбулаторных условиях врачи-терапевты участковые, в частности, определяют наличие медицинских показаний и противопоказаний для проведения пациентам медицинской реабилитации; определяют этап реабилитации (второй или третий), определяют медицинские организации для проведения медицинской реабилитации.

Вопросы, которые врач-терапевт участковый должен обсудить с пациентом/его родственниками

Условиями направления пациента на медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях являются следующие: полное обследование, отсутствие необходимости круглосуточного медицинского наблюдения и использования интенсивных методов лечения, наличие способности к самостоятельному передвижению (или с дополнительными средствами опоры) и самообслуживанию, отсутствие необходимости соблюдения постельного режима и индивидуального ухода со стороны среднего и младшего медицинского персонала. В противном случае пациент должен быть направлен в реабилитационный центр.

Учитывая тот факт, что сыну данного пациента было рекомендовано «подыскать место на период реабилитации», речь шла о реабилитационном центре. При направлении в реабилитационный центр пациент представляет направление на консультацию и госпитализацию, выписку из медицинской карты стационарного больного с указанием основного и сопутствующего

щих заболеваний, результатов клинико-диагностических, бактериологических и других исследований, проведенного лечения, перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала) и целей проведения реабилитационных мероприятий.

О возможности реабилитации в домашних условиях

Для пациентов, которые нуждаются в длительном проведении мероприятий по медицинской реабилитации, имеют подтвержденные объективными методами исследования перспективы восстановления или компенсации утраченной функции, но не могут самостоятельно передвигаться, медицинская реабилитация по показаниям может быть осуществлена на дому выездной бригадой медицинской реабилитации.

Если восстановительный процесс проходит дома, то родственники, а также сам пациент, должны знать, что необходимо исключить опору на травмированную конечность, ограничить движения в период нескольких недель. Домашняя активность начинается постепенно, с передвижения при помощи специальной опоры.

В процессе реабилитации важно обезопасить пожилого человека от нового падения. Считается, что человек, перенесший перелом, уже имеет риск повторных падений. Эксперты рекомендуют пользоваться палочкой и ни в коем случае этого не стыдиться, вспоминая о моде на этот аксессуар в XIX веке.

В доме, где живет перенесший травму и операцию пожилой человек, следует создать безопасные условия, устранить рискованные моменты. Это, например, ковры с загнутыми углами, плохое освещение в коридоре или кладовой, мебель на колесиках без фиксаторов, которая может поехать в любой момент, пороги между помещениями и так далее, и сделать вспомогательные приспособления – поручни в ванной и туалете».

Также рекомендуется родственникам несколько раз пройти вместе с пожилым человеком привычными маршрутами в магазин, в парк и так далее, чтобы он убедился, что может пройти прежний путь. При этом рядом с ним, на первых порах, пока человек не адаптировался после перелома и операции, — его помощник, который не даст ему упасть [13].

Роль медицинской сестры в реабилитации

Реабилитация в домашних условиях не исключает контроля со стороны специалистов. Несмотря на достигнутые положительные результаты эндопротезирования тазобедренного сустава, одной из главных проблем является болевой синдром после операции.

Наиболее распространенной системой оценки результатов эндопротезирования тазобедренного сустава является шкала Харриса. Шкала Харриса для тазобедренного сустава предполагает оценку четырех категорий: боль, функция, деформация, амплитуда движений. Для каждой категории набирается определенное количество баллов. Максимальное число баллов равно 100. Сумма баллов от 90 до 100 оценивается как отличная функция сустава, от 80 до 89 – хорошая, от 70 до 79 – удовлетворительная и менее 70 – неудовлетворительная [15].

При этом, по мнению специалистов НИИ травматологии и ортопедии им. Р.Р.Вредена, данная шкала не позволяет дифференцировать болевой синдром по локализации и его характеристикам [12]. Ими была разработана медицинская технология «Оценка болевого синдрома после эндопротезирования тазобедренного сустава по субъективным факторам», которую заполняют пациенты на консультативных визитах в различные сроки после операции, начиная с 2-х недель. Очевидно, что в условиях дома данную оценку может проводить медицинская сестра.

Список использованной литературы

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705н "О Порядке организации медицинской реабилитации"

2. Азизов М.Ж., Валиев О.Э. Современный взгляд на вопросы лечения переломов шейки бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста // Вестник экстренной медицины, 2019, XII (4). С.92-99
3. Жаденов И.И., Иванов В.М., Либерзон Р.Д. Комплексная реабилитация больных при переломах проксимального отдела бедренной кости. В кн.: Актуальные проблемы здравоохранения Сибири. Ленинск-Кузнецкий, 1998; 87–88.
4. Малиновский Ф.В., Магомедов К.А. Перелом бедра: факторы риска // Международный журнал прикладных наук и технологий «Integral». 2019. №3. С. 121-124
5. Мурзабеков И.А. Реабилитация больных с переломами проксимального отдела бедренной кости в пожилом и старческом возрасте. Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. 2007. № 1. С. 11–15.
6. Норкин И.А., Чернышов В.В., Барабаш А.П. Организация и пути совершенствования хирургической реабилитации больных с травмами и их последствиями // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 313–317
7. Седова Е.В., Палеев Ф.Н., Старцева О.Н. Основы гериатрии для врачей первичного звена// Учебное-методическое пособие. 2019
8. Титов Р.С. и соавт. Сравнительный анализ лечения больных с переломами шейки бедренной кости // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. 2019. № 4. С. 20-26
9. Трубин А.Р. Разработка программ реабилитации - второй этап восстановительного лечения при эндопротезировании травм и заболеваний тазобедренного сустава // Креативная хирургия и онкология. 2013. С. 34-36
10. Цыкунов М.Б. Программа реабилитации при повреждениях и залеваниях крупных суставов / М.Б. Цыкунов // Человек и его здоровье. Материалы: VIII Российский национальный конгресс. - СПб.2003. - С. 31.
11. Шитова А.Д. и соавт. Оценка риска перелома основания шейки бедренной кости на основании ее морфометрических параметров // Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150) 2020. Volume 10. Issue 3
12. Оценка болевого синдрома после эндопротезирования тазобедренного сустава по субъективным факторам (медицинская технология). Санкт-Петербург, 2011
13. Перелом шейки бедра: неприятность эту мы переживем. Режим доступа: <https://gkb81.ru/sovety/perelom-sheyki-bedra-nepriyatnost-etu-my-perezhivem/> Дата обращения: 02.02.2021
14. Реабилитация после перелома шейки бедра. Режим доступа: <https://rc-udprf.ru/napravleniya/ortopedicheskaya-reabilitatsiya/reabilitatsiya-posle-pereloma-sheyki-bedra/> Дата обращения: 15 февраля 2021г.
15. Harris W.H. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment of mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. *J Bone Joint Surg Am.* 1969; 51(4): 737-755



ПРОО МРСР - ПРОВАЙДЕР ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Для участия в образовательных мероприятиях необходимо подать заявку в офис ПРОО МРСР по установленной форме. Все вопросы по тел. +79214175100 или по электронной почте: 2lishangel@rambler.ru

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА В ОПЕРАЦИОННОМ ДЕЛЕ (Отчет о проведенном исследовании)

Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н.
ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им.И.И.Мечникова»

Вниманию читателя предлагается систематический обзор, посвященный изучению определенных аспектов деятельности операционной медицинской сестры на протяжении последних 25 лет и, тем самым, формированию ее роли на основе научных данных.

Цель – определить основные аспекты, связанные с деятельностью операционной медсестры, установленные за последние 25 лет.

Методы: Поиск информации осуществлялся в научной электронной библиотеке Pubmed. (Pubmed - бесплатная поисковая система по биомедицинским исследованиям, созданная Национальным центром биотехнологической информации в 1997 году.). Список изученных публикаций представлен в Таблице 1 (в сокращении).

Результаты: Наибольшее внимание исследователи продолжают уделять таким вопросам как предоперационное информирование пациента, предоперационное голодание, профилактика пролежней в операционной.

Таблица 1.

Название статьи на русском языке, год публикации, авторы, реквизиты журнала	Актуальность / Цель исследования	Результаты и выводы
Посещения перед операцией: роль операционной медсестры Carter L, Evans T. Preoperative visiting: a role for theatre nurses. Br J Nurs. 1996 Feb 22-Mar 13;5(4):204, 206-7. doi: 10.12968/bjon.1996.5.4.204. PMID: 8704447.	За последние 20 лет было признано, что информирование пациентов перед операцией приносит им большую пользу. Точно также широко приветствуются перед операцией визиты операционных медсестер, чтобы уменьшить тревогу пациентов	Предоперационное посещение может стать спасательным кругом для операционных сестер, так как их уникальный вклад становится объектом все более пристального внимания
Предоперационная подготовка пациента. Психологические и образовательные аспекты Fortner PA. Preoperative patient preparation: psychological and educational aspects. Semin Perioper Nurs. 1998 Jan;7(1):3-9. PMID: 9510835.	Эффективная предоперационная подготовка может стать важным вкладом в определение положительных результатов лечения пациентов. Психологическая подготовка и обучение пациентов являются важными аспектами хирургического опыта пациента.	Тенденция к амбулаторной хирургии требует от периоперационной медсестры оказания эффективной комплексной поддержки в ограниченное время.
Последствия предоставления пациентам информации перед операцией Hughes S. The effects of giving patients pre-operative information. Nurs Stand. 2002 Mar 27-Apr	Существует множество доказательств того, что предоставление предоперационной информации может снизить тревогу пациентов по поводу операции. Возможно, было бы лучше предоставить эту информацию	Чтобы обеспечить лучший уход за пациентами, члены периоперационной бригады должны работать вместе, чтобы подготовить пациентов к психологическим и физическим последствиям операции

<p>2;16(28):33-7. doi: 10.7748/ns2002.03.16.28.33.c3173. PMID: 11949188.</p>	<p>до того, как пациенты будут госпитализированы, так как они с большей вероятностью смогут воспринять информацию на фоне отсутствия беспокойства.</p>	
<p>Преимущества предоперационных информационных программ Garretson S. Benefits of pre-operative information programmes. Nurs Stand. 2004 Aug 4-10;18(47):33-7. doi: 10.7748/ns2004.08.18.47.33.c3662. PMID: 15357551.</p>	<p>Исследования показали преимущества предоставления предоперационной информации пациентам, которые включают сокращение продолжительности пребывания в стационаре, меньшую потребность в обезболивании после операции и повышение удовлетворенности пациентов.</p>	<p>Медсестры и администрация должны быть осведомлены о преимуществах и потенциальной экономии финансовых средств предоперационных информационных программ. После того, как образование начато, необходимо предпринять согласованные междисциплинарные усилия для реализации программы. Это поможет гарантировать, что пациенты больше не придут в операционную напуганными и не подозревающими о том, что с ними произойдет.</p>
<p>Медсестры используют доказательства в предоперационном голодании Dean A, Fawcett T. Nurses' use of evidence in pre-operative fasting. Nurs Stand. 2002 Dec 4-10;17(12):33-7. doi: 10.7748/ns2002.12.17.12.33.c3310. PMID: 12518581.</p>	<p>Обеспечить пациенту голодание перед операцией, возможно, является одной из самых основных предоперационных обязанностей, которую медсестры могут выполнять ежедневно. Тем не менее, несмотря на бесспорные доказательства, охватывающие более двух десятилетий и демонстрирующие правильное время голодания, по-прежнему пациенты голодают слишком долго.</p>	<p>Анализ литературы о предоперационном голодании и анализ доказательной базы сестринской практики, показывает, что медсестры действуют вопреки доказательствам, которые предполагают, что их практика устарела.</p>
<p>Предоперационное время голодания у плановых хирургических пациентов в специализированной больнице в Ботсване Abebe WA, Rukewe A, et al. Pre-operative fasting times in elective surgical patients at a referral Hospital in Botswana. Pan Afr Med J. 2016 Mar 16;23:102. doi: 10.11604/pamj.2016.23.102.8863. PMID: 27222691; PMCID: PMC4867185.</p>	<p>Взрослые и дети должны голодать перед анестезией, чтобы снизить риск регургитации и аспирации желудочного содержимого. Однако длительные периоды голодания не нужны и могут вызвать осложнения.</p>	<p>Средние периоды голодания были в 7,65 раз дольше для прозрачной жидкости и в 2,5 раза для твердых веществ, чем в рекомендациях ASA. Крайне важно, чтобы больница установила политику предоперационного голодания и обучила персонал, который должен обеспечивать соблюдение рекомендаций.</p>
<p>Предоперационное голодание перед плановой операцией в региональной больнице в Омане Abdullah Al Maqbali M. Preoperative fasting for elective surgery in a regional hospital in Oman. Br J Nurs. 2016 Jul 28;25(14):798-802. doi: 10.12968/bjon.2016.25.14.798. PMID: 27467645.</p>	<p>Период голодания перед анестезией необходим, чтобы избежать аспирации содержимого желудка, что может угрожать жизни пациента. Руководящие принципы профессиональных обществ США и Великобритании рекомендуют здоровым пациентам голодать в течение 6 часов от твердой пищи и 2 часа от жидкости. Несмотря на это, во многих учреждениях по-</p>	<p>Большинство пациентов воздерживались от пищи и жидкости дольше времени, рекомендованного Американским обществом анестезиологов, Королевским колледжем медсестер, Ассоциацией анестезиологов Великобритании и Ирландии и Королевским колледжем анестезиологов. Чрезмерное голодание может привести к дискомфорту и возможным осложне-</p>

	<p>прежнему практикуется отказ от приема пищи после полуночи. Это может повлиять на восстановление пациента после операции и увеличить продолжительность пребывания в больнице</p>	<p>ниям у хирургических пациентов. Хирургическая бригада должна сотрудничать, чтобы сократить время голодания</p>
<p>Интраоперационная профилактика пролежней Pearce CA. Intraoperative pressure sore prevention. Br J Theatre Nurs. 1996 Jul;6(4):31. PMID: 8850877.</p>	<p>Когда-то считалось, что пролежни — это проблема ухода за больными в палатах. Тем не менее, операционные столы относительно жесткие, и пациенты под наркозом подвергаются особому риску по ряду причин, при этом общая частота образования пролежней во время операции составляет 12%.</p>	<p>Основные проблемы, с которыми сталкиваются пациенты в операционной, возникают из-за давления, оказываемого операционным столом, в основном из-за собственного веса пациента, а также веса хирурга. Было проведено ограниченное количество исследований частоты возникновения пролежней, вызванных операцией. Некоторые авторы исследовали эффективность ряда устройств для сброса давления, специально разработанных для использования в операционной.</p>
<p>Целостность кожи у пациентов, перенесших длительные операции Grous CA, Reilly NJ, Gift AG. Skin integrity in patients undergoing prolonged operations. J Wound Ostomy Continence Nurs. 1997 Mar;24(2):86-91. doi: 10.1016/s1071-5754(97)90077-2. PMID: 9204857.</p>	<p>Выявление факторов риска, способствующих развитию пролежней у пациентов, перенесших плановые длительные оперативные вмешательства.</p>	<p>Показано исключение согревающего одеяла из рутинного интраоперационного использования у пациентов, перенесших длительные операции. Дальнейшее наблюдение за этой популяцией пациентов поможет определить, достаточно ли отказа от согревающих одеял для снижения частоты образования пролежней.</p>
<p>Профилактика пролежней в операционной: проект повышения качества Riemenschneider KJ. Prevention of Pressure Injuries in the Operating Room: A Quality Improvement Project. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2018 Mar/Apr;45(2):141-145. doi: 10.1097/WON.0000000000000410. PMID: 29521925.</p>	<p>Профилактика внутрибольничных пролежней остается важной клинической проблемой, особенно для пациентов, перенесших операцию. Цель этого проекта состояла в том, чтобы изучить, снижает ли 5-слойная повязка из силиконовой пены, наложенная на крестец пациентов, перенесших сосудистую хирургию, частоту пролежней в области крестца.</p>	<p>Полученные данные показывают, что после учета возраста, пола и других сопутствующих заболеваний применение 5-слойной повязки из силиконовой пены в области крестца значительно снижало вероятность развития пролежней.</p>

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
«СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

2022, № 27

Подписано в печать 18.07.2022. 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

Е-mail: sp-zdrav2013@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, www.galanika.com