

2021, № 24

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

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

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

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

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

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

ISSN 2413-6271

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

Журнал выходит с 2013 г.

Спонсор выпуска –
ПРОО МР СПб

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

Адрес редакции:

Санкт-Петербург, Пискаревский пр., 47
Кафедра гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности

Оригинал-макет –
Цуцунава М.Р.

Онлайн версия журнала
доступна на сайте ПРОО МРСР
amspiter.ru

ISSN 2413-6271
2021, № 24

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ®

ОТ РЕДАКЦИИ.....3

УПРАВЛЕНИЕ

Березкина Т.Д., Барцевич О.В., Гавришук Ю.Г., Иванова В.Ф.
ПЕРВИЧНЫЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ РОСЗДРАВНАДЗОРА ПО
ОРГАНИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ
МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО РАЗДЕЛУ «БЕЗОПАСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
СРЕДА» В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ.....5

ДИСКУССИЯ

Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н.
СЕСТРИНСКАЯ НАГРУЗКА: АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ13

ОБУЧЕНИЕ

Цуцунава М.Р., Дьячкова Герцева Д.С.
ИНДУКТИВНЫЙ ПОДХОД К ОБУЧЕНИЮ.
РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.....19

ЗАКОН И ПРАВО

НОВЫЕ САНИТАРНЫЕ ПРАВИЛА В МЕДИЦИНЕ
(КОММЕНТАРИЙ).....30
НОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ОБ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ.....31

ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ

Цуцунава М.Р.
В ФОКУСЕ ИССЛЕДОВАНИЙ – ОТВЕТСТВЕННОСТЬ
МЕДРАБОТНИКОВ ЗА СТЕРИЛИЗАЦИЮ.....33

«ОДОБРЯМС» В СЕСТРИНСКОМ СООБЩЕСТВЕ??...

- Я, местный житель, как и все местные жители...
- Мы, местные жители, как и жители других мест...
- Я, вагоновожатый, как и все вожатые вагонов...
- Мы, бурильщики...
- Мы, носильщики...
- Мы все, как и все остальные...
- Решительно и всемерно...
- Целиком и полностью...
- ОДОБРЯМ!!!

Одобрям. С большой буквы. Потому что это – не глагол. Это больше чем действие. Это – название эпохи. У людей был Ренессанс. У нас был Одобрям-с.

Те, кто вырос в Советском Союзе, прекрасно помнят этот монолог в исполнении Геннадия Хазанова (автор Михаил Мишин). Были там и другие слова:

Периодически Одобрям ударялся в свою диалектическую противоположность и тогда назывался Осуждамс. Тогда:

- Мы, намотчики...
- Мы, наладчики...
- Мы, профессора...
- Мы, шеф-повара...
- С гневом и негодованием...
- Решительно и сурово...

Узкие брюки – Осуждам. Длинные волосы – Осуждам. Того поэта не читали, но возмущены. Этого химика в глаза не видели, но как он мог?! Пока бросали камни в химика, проходило время, и уже узкие штаны – Одобрям, а Осуждам – широкие. И опять – не поодиночке! Ансамблями, хором, плечом к плечу!

- Как вы считаете?
- Также!
- Какое ваше мнение?
- Еще более такое же!

Не я сказал – мы сказали. Не я наступил на ногу – мы всем коллективом наступили. Не у меня мнение, не у тебя, даже не у нас... А вообще: «Есть мнение...» Оно есть как бы само, а уже мы, доярки и кочегарки, его Одобрям. Или Осуждам. В общем, Разделям...

К чему этот литературный экскурс в недавнюю историю? Ответ простой: все это похоже на то, что сейчас происходит в сестринском сообществе.

Этот год уже стал уникальным в своем роде: в сестринском сообществе появилась еще одна общественная организация. Теперь в нашем городе их три.

Хорошо это или плохо?

«Хорошо», если новые ассоциации объединяя «узких» специалистов, подпитывают дух единства сестринского общества Санкт-Петербурга, решающего общие задачи специалистов среднего медицинского звена.

Однако «плохо», когда изначально выбирается стратегия, нацеленная на монополизацию и разрушение с помощью авторитарных рычагов того, что кропотливо строилось годами, тем более с применением нелицеприятных методов и средств.

12 мая в городе в очередной раз был отмечен Международный День медицинской сестры, организатором которого выступила новая ассоциация. С высокой трибуны лились бесконечные хвалебные речи в адрес новоиспеченной организации, которой - «без году неделя», восхищаясь «уровнем организации» мероприятия, напрочь забыв о том, что праздники в нашем городе были и раньше, и проводила их, в частности, Профессиональная региональная общественная организация. Это принять тем более непросто, так как «одобрямс» исходил от людей, которые принимали участие во всех мероприятиях ПРОО МРСП, входили и в состав правления, и в состав организаторов праздников, получали награды, подарки, и от которых мы тоже слышали слова благодарности...

Пока город находится под гипнозом «зажигающей» цыганской пляски и все это забыл в одночасье, мы, в свою очередь, хотим заявить, что мы ЕСТЬ и продолжаем работать, а нашу работу по достоинству оценили в другом месте – в системе НМО: наша многолетняя и плодотворная деятельность заслужила статус **провайдера образовательных мероприятий**. Это значит, что наша деятельность переходит на новый уровень, дальнейшие мероприятия будут аккредитованы и помогут специалистам подготовить портфолио к очередной аттестации.

P.S. Вот так это всегда и было на протяжении последних, как минимум, 9 лет...



От редакции,

Цуцунава М.Р.

ПЕРВИЧНЫЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ РОСЗДРАВНАДЗОРА ПО ОРГАНИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО РАЗДЕЛУ «БЕЗОПАСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СРЕДА» В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Березкина Т.Д., Барцевич О.В., Гавришчук Ю.Г., Иванова В.Ф.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский Центр им В.А. Алмазова» МЗ РФ

Актуальность

На основании статьи 90 ФЗ от 21.11.2011г № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и статьи 41 Конституции РФ «Каждый имеет право на охрану здоровья и на медицинскую помощь» в области здравоохранения лечебные учреждения должны обеспечивать безопасную медицинскую среду для пациентов и персонала. Для этого многопрофильные стационары используют целый ряд мер по её обеспечению. Знание самых актуальных вопросов о безопасности медицинской деятельности необходимо, чтобы узнать области рисков и сформулировать пути их преодоления. Многопрофильные медицинские стационары представляют собой сложную среду, в которой взаимодействуют различные аспекты, включая пациентов, персонал, оборудование, услуги, информацию. Организация безопасной медицинской среды отражает уровень компетентного здравоохранения, который должен быть выполнен для обеспечения безопасности пациентов.

Методы: внедрение Системы менеджмента качества (СМК).

Результаты: разработана такая система, которая позволила правильно выстраивать рабочие процессы в многопрофильном стационаре, оценивать их завершенность, оценивать вероятность совершения ошибок на каждом этапе процессов, создавать систему мер для корректировки, улучшения этих процессов, тем самым минимизировать риски.

Ключевые слова: безопасная медицинская среда, система менеджмента качества, медицинская сестра, стандартные операционные процедуры, внутренний аудит, факторы риска.

IMPLEMENTING THE ROSZDRAVNADZOR'S RECOMMENDATIONS FOR THE ORGANIZATION OF THE INTERNAL QUALITY CONTROL AND MEDICAL SAFETY ACTIVITIES FOR THE "SAFE MEDICAL ENVIRONMENT" SECTION IN A MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL. INITIAL EXPERIENCE

Berezkina T. D., Bartsevich O. V., Gavrishchuk Yu. G., Ivanova V. F.
Federal State Budgetary Institution "Almazov National Medical Research Center"
of the Russian Federation Ministry of Health

Abstract

With accordance to Federal Law No. 323 Article 90 of 21.11.2011 and Article 41 of the Russian Federation Constitution, health care institutions are ought to provide a safe medical environment for the patients and staff. For doing this, multidisciplinary staff use a number of measures to ensure it. Knowledge of the most relevant issues about a safety of medical activities is necessary to learn the areas of risks and to identify the ways to

overcome them. Multidisciplinary medical hospitals are a complex environment in which various aspects interact, including patients, staff, equipment, services, and information. A safe medical environment organization reflects the level of competent health care that is ought to be achieved to ensure patients safety.

Methods: implementation of the Quality Management System (QMS).

Results: there has been developed a system that allows building work processes in a correct way in a multidisciplinary hospital, assessing their completeness and likelihood of making mistakes at each stage of the processes, creating a system of measures for these processes to correct and improve, thereby minimizing risks.

Keywords: safe medical environment, quality management system, nurse, standard operating procedures, internal audit, risk factors.

Введение

Менеджмент качества в здравоохранении – это методики, процессы и ресурсы, обеспечивающие управление в сфере качества оказания медицинской помощи, а также других аспектов деятельности учреждений здравоохранения [2]. В Российской Федерации на сегодняшний день нацеленность преобразований для обеспечения качества медицинской помощи подразумевает под собой безопасность, эффективность, своевременность, рациональность и доступность медицинской помощи для каждого пациента [3].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет понятие «безопасность пациентов» как основной принцип оказания медицинской помощи, связанный с исключением побочных реакций, вызванных с практической деятельностью медицинских работников, применением лекарств и оборудования, медицинских манипуляций и (или) различных системных сбоев. Безопасность медицинской деятельности включает в себя профилактику инфекций, связанных с безопасным медицинским обслуживанием, безопасную фармакотерапию, безопасность обращения медицинских изделий, безопасность пациентов, в том числе вопросы идентификации пациентов, безопасного ухода, безопасного лечебного питания, безопасность и профилактика рисков, связанных с трансфером пациентов, хирургическую безопасность и профилактику рисков, связанных с оперативными вмешательствами, безопасность при переливании крови и ее компонентов, создание безопасных условий труда медицинского персонала [4].

Задача организации безопасной медицинской среды является и остается одной из актуальных проблем здравоохранения [5]. Оказывая медицинскую помощь, всегда имеются определенные риски, которые представляют угрозу здоровью пациента и медицинского персонала, вне зависимости от предоставления медицинских услуг в условиях медицинской организации.

Одной из важнейших составляющих формирования безопасной медицинской среды является определение, выявление и устранение различных факторов риска для пациентов и медицинского персонала [6].

Безопасная среда - комплекс мероприятий и условий, при которых в наиболее полной мере обеспечиваются пациенту и работнику медицинской организацией обстоятельства для эффективного удовлетворения потребностей «избегать опасности» и «быть здоровым» [7].

В настоящее время безопасная медицинская среда является одной из актуальных и в тоже время сложных проблем в профессиональной деятельности медицинских работников многопрофильных стационаров.

Кочная мощность ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им В.А. Алмазова» г Санкт-Петербурга составляет 1528 коек различного профиля. Ежегодно в Центре получают стационарную помощь более 35 тысяч пациентов; проводится порядка 20 тысяч оперативных вмешательств; выполняется более 125 тысяч врачебных посещений в

Клинико-диагностическом Центре. По состоянию на 1 января 2021 года в учреждении работает около 6000 специалистов, в том числе более 1200 врачей и более 1400 средних медицинских работников. Высокий кадровый потенциал и принципы корпоративной социальной ответственности в профессиональной деятельности говорят о высоком уровне социальной ответственности перед пациентами.

В 2019 году в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им В.А. Алмазова» была разработана и внедрена Система менеджмента качества (СМК). В 2020 году СМК учреждения сертифицирована на соответствие требованиям ГОСТ Р ИСО 9001 - 2015 и ГОСТ Р ИСО 9004—2019.

В настоящее время система управления многопрофильным стационаром представлена организационной структурой, построенной на основе процессного подхода и соответствующей требованиям Системы менеджмента качества. Активно внедряется программа работы по группе «Безопасная медицинская среда. Организация ухода за пациентами. Профилактика пролежней и падений», в рамках которой выявляются, анализируются и устраняются факторы и риски, действующие на пациента и медицинский персонал. Систематический анализ ведется с акцентом на эффективность использования ресурсов многопрофильного стационара, как материальных, так и человеческих. Производится детальная разработка стандартных операционных процедур, регламентов, алгоритмов медицинских манипуляций, чек-листов, действий персонала в чрезвычайных ситуациях, с помощью которых значительно облегчается процесс внедрения Системы менеджмента качества.

Основная часть

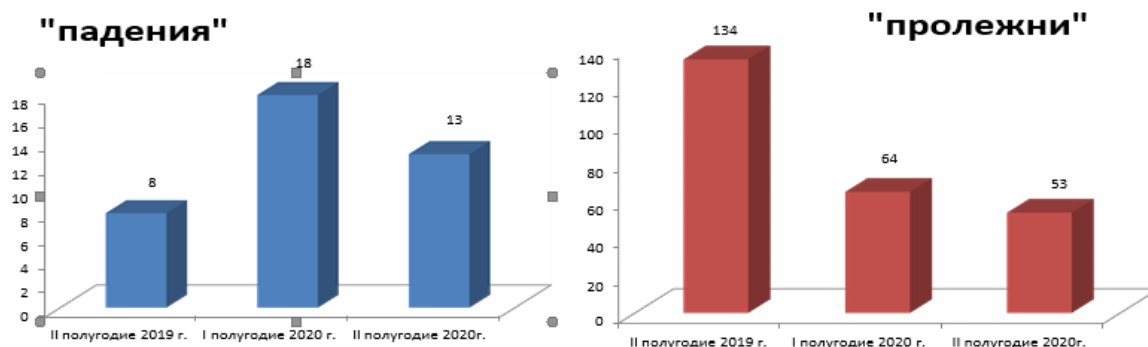
В рамках проекта внедрения в Центре системы добровольной сертификации в соответствии с «Практическими рекомендациями по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре)» по основным направлениям деятельности, утвержденным Росздравнадзором (РЗН), обеспечивающим безопасность и качество стационарной медицинской помощи, были сформированы 11 мультидисциплинарных групп. Приказом Генерального директора Центра определены куратор и руководитель проекта, назначены руководители групп. По рекомендациям Росздравнадзора существенные изменения в работу среднего медицинского персонала были внесены в каждую из 11 заявленных групп. Наиболее значимые изменения в деятельность медицинских сестер были преобразованы в следующих группах.

В группе «Хирургическая безопасность» была пересмотрена логистика подачи пациента в операционную, организована система передачи и идентификации пациента из отделения в операционную. Разработана стандартная операционная процедура (СОП), памятка и внедрена система «Оценка уровня боли» у пациента на всех этапах нахождения в стационаре (в приемном покое, в клиническом подразделении, в отделении анестезиологии- реанимации, в послеоперационном периоде). Так же разработана и внедрена стандартная операционная процедура «Бесконтактная перевязка».

В группе «Безопасная медицинская среда. Организация ухода за пациентами. Профилактика пролежней и падений» были разработаны стандартные операционные процедуры «Профилактика, оценка степени тяжести и обработка пролежней» и «Профилактика падений в медицинской организации», согласно которым медицинские сестры проводят оценку степени риска образования пролежней у всех поступивших в отделение пациентов (по шкале Ватерлоу), а также проводится оценка риска падений (у взрослых по шкале Morse, у детей - по шкале Хамти-Дамти). При выявлении высокой степени риска образования пролежней или высокого риска падения пациента проводятся профилактические и лечебные мероприятия согласно разработанной документации. Разработан рекомендуемый план ухода при риске развития пролежней, а также ежедневный лист регистрации противопролежневых

мероприятий. Для упрощения работы среднего медицинского персонала были разработаны наглядные регламенты и памятки по стандартным операционным процедурам данной группы. Ежемесячно сведения о регистрации пролежней и падений в клинических подразделениях передаются ответственным старшим медицинским сестрам по данным группам. Ежеквартально проводится заседание и составляется протокол с анализом рисков и пути решения. За 1,5 года активной работы, совместно с рекомендациями РЗН, мы начали проводить учет неблагоприятных событий в клинике.

Цифровые показатели зарегистрированных случаев в Клинике



Примечание:

- 8 случаев – пролечено 19782 пациента 0,4‰
- 18 случаев – пролечено 15301 пациент 0,11 ‰
- 13 случаев – пролечено 19837 пациентов 0,65 ‰

Примечание:

- 134 случая - пролечено 19782 пациента 6,8‰
- 64 случая – пролечено 15301 пациент 4,2 ‰
- 53 случая – пролечено 19837 пациентов 2,7 ‰

Тесно пересекается работа медицинских сестер в группах «Безопасная медицинская среда. Организация ухода за пациентами. Профилактика пролежней и падений» и «Идентификация пациента». Процесс идентификации пациента начинается с момента поступления пациентов в приемном отделении. Каждому пациенту при регистрации истории болезни одевают на запястье белый идентификационный браслет со штрих-кодом электронных данных в базе нашего Центра. При наличии у пациента аллергии - одевается второй красный браслет. При проведении первичного осмотра и проведении оценки риска падений по шкале Morse — одевается желтый браслет (при установке у пациента высокого риска падения). Этот пациент в клиническом подразделении размещается в палату, максимально близко находящуюся к посту медицинской сестры, дверь палаты и кровать пациента маркируется специальным знаком, без сопровождения медицинского персонала выход пациента за пределы отделения ограничен. Круглосуточно пациент с желтым браслетом находится под пристальным вниманием медицинского персонала.

Для оптимизации работы среднего медицинского персонала был разработан и внедрен функционал «Процедуры сестринского ухода» в электронной медицинской системе QMS, куда были внесены все «Шкалы оценки риска» (шкала Ватерлоу, шкала Morse, шкала Хамти-Дамти, шкалы оценки боли), а также протоколы ухода за сосудистыми и мочевыми катетерами, лист регистрации противопролежневых мероприятий, Боткинский лист, листоценки и

переоценки высокого риска падений. По работе в электронной истории болезни в функционале «Процедуры сестринского ухода» проведено каскадное обучение всего среднего медицинского персонала Центра.

Таким образом была разработана такая система, которая позволила правильно выстраивать рабочие процессы в многопрофильном стационаре, оценивать их завершенность, оценивать вероятность совершения ошибок на каждом этапе процессов, создавать систему мер для корректировки, улучшения этих процессов, тем самым минимизировать риски в каждом из 11 направлений.

«Важно не то, что обнаружили ..., важно то, что сделали с тем, что обнаружили» (Филипп Кросби).

Одним из основных инструментов результативности функционирования Системы менеджмента качества, в соответствии с требованиями ИСО 9001-2008, является внутренний аудит. В целях повышения эффективности системы управления, обеспечения оказываемых

«Национальным медицинским исследовательским Центром В.А. Алмазова» медицинских услуг, с учетом соответствия стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций, а также соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности Приказом Генерального директора в штатную структуру Центра с октября 2020 года был введен Отдел внутреннего медицинского аудита.

Для обеспечения должного уровня безопасной среды очень важна этапность внедрения практических рекомендаций. Поэтому на первом этапе проекта в формате самооценки были проведены целевые внутренние аудиты на основании оценочного листа, включающего перечень всех основных критериев, по которым можно оценить работу многопрофильного стационара в рамках каждой группы.

По итогам этой работы были выявлены реперные точки по всем направлениям, определены основные цели и задачи, утвержден план детальной разработки недостающих регламентов, алгоритмов и стандартных операционных процедур, которые позволяют сотрудникам быть уверенными в правильности своих действий, определены этапы их апробации и внедрения.

Функцию обратной связи, обеспечивающей руководство Центра и службу качества информации о состоянии результативности и эффективности проводимых мероприятий и внедрений, а также выявления возможностей для улучшения, выполняет отдел внутреннего медицинского аудита клиники.

Аудит – это систематический, независимый и документируемый процесс получения объективных свидетельств и их объективного оценивания для установления степени соответствия критериям аудита [8].

Методология внутреннего аудита представляет собой совокупность методов, определяющих проведение внутреннего аудита начиная от подготовительной работы и заканчивая принятием управленческих решений [9].

В соответствии с этим определением была разработана методология проведения внутренних аудитов в нашем Центре:

1. Постановка целей и задач, на основании которых необходимо проведение внутреннего аудита.
2. Разработка и утверждение программы и плана проведения аудита. Программа и план аудита разрабатывается руководителем отдела внутреннего аудита совместно с членами Центра компетенций СМК по направлениям, утверждается директором клиники.

ПРОЦЕССНАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ВНУТРЕННИХ АУДИТОВ ЦЕНТРА



3. Доведение информации о предстоящем аудите до руководителей структурных подразделений.
4. Процесс проведения аудитов, в зависимости от структурных подразделений и методов, может подразделяться на аудит адекватности – т.е. предварительный анализ документации (внутренние приказы, алгоритмы, инструкции, техническая и медицинская документация), и аудит соответствия – данный этап представляет собой процесс проверки подразделений «на месте». Именно при этом аудите устанавливается степень внедрения СМК, насколько она понятна и соблюдается персоналом.
5. По результатам проверки руководителем отдела внутреннего аудита совместно с членами Центра компетенций СМК по направлениям, участвующим в аудитах, составляется отчет о проведении внутреннего аудита, с указанием выявленных несоответствий.
6. Отчет предоставляется в аналитический отдел клиники. По результатам отчета составляется план корректирующих мероприятий, предоставляется руководству Центра, назначаются сроки их выполнения и ответственные лица.

Таким образом нельзя построить систему управления качеством, используя только административный ресурс, включая ограниченное число специалистов. Ключевым моментом является принцип вовлечения всего коллектива, независимо от должности, от направления работы внутри медицинской организации [10].

Вовлеченность персонала многопрофильного стационара заключается в том, что при подготовке и в ходе проведения аудита вовлекается практически весь персонал, причастный к области аудита, персонал получает возможность непосредственным образом оценить свою роль в успешном функционировании Системы менеджмента качества, повышается подготовленность персонала в области качества и безопасности оказания медицинской помощи.

Важно то, что все представленные направления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности не могут эффективно реализовываться без активного участия среднего медицинского персонала. Причем по некоторым направлениям, например,

по обеспечению безопасности среды в медицинской организации, организации ухода за пациентами, профилактике пролежней и падений, роль среднего медицинского персонала представляется ведущей [10].



Заключение

Несмотря на проделанную работу по разработке и внедрению системы менеджмента качества, мы не остановимся на достигнутых результатах. На сегодняшний день, обеспечение безопасной медицинской среды является основной и приоритетной задачей, которую нам предстоит решить. Деятельность медицинской сестры становится более многогранной и не ограничивается обеспечением адекватного и качественного ухода за пациентом и выполнением назначений врача, она значительно шире, и предполагает участие медицинских сестер абсолютно во всех процессах, которые протекают в медицинской организации, начиная от процесса идентификации личности пациента, преемственности при передаче пациента, обеспечения эпидемиологической и лекарственной безопасности, до участия в организации экстренной и неотложной медицинской помощи, обеспечении хирургической безопасности и профилактики рисков, связанных с хирургическим вмешательством.

Для обеспечения всех этих процессов нам предстоит разработать различного рода регламенты и внедрить их в практическую деятельность всего медицинского персонала. Учесть многопрофильность стационара, в котором получают медицинскую помощь не только взрослое население, а беременные женщины и дети от периода новорожденности до достижения ими возраста 18 лет с учетом их возрастных и психологических особенностей. Вовлеченность в эту деятельность большего числа сотрудников среди врачей и медицинских сестер позволит наиболее эффективно подойти к подготовке различного рода документов Системы менеджмента качества, определив зоны ответственности, компетентности и исполноты действий при оказании медицинской помощи населению.

Проведение регулярных внутренних аудитов – это инструмент управления процессами, который и в дальнейшем будет применяться с целью выявления возможных рисков при оказании медицинской помощи и причин возможных неблагоприятных событий, а также анализа эффективности принятых ранее управленческих решений. Поскольку потребности претерпевают изменения, следует постоянно совершенствовать процессы и услуги в рамках Системы менеджмента качества.

Правильно организованная и используемая Система менеджмента качества, станет основой для повышения уровня удовлетворенности пациентов за счет повышения эффективности и качества оказания медицинской помощи. Пациенты хотят получать медицинскую помощь, соответствующую их состоянию, их ожиданиям и потребностям.

Мы нацелены на непрерывность и последовательность мониторинга деятельности информации всех разделов и систем в многопрофильной клинике, для дальнейшего развития и усовершенствования качества оказания медицинской помощи нашим пациентам. Готовы к совместным исследованиям, сотрудничеству.

Использованная литература:

1. Стандарты JCI (Joint Commission International, США, 1998) безопасность пациентов на первом месте.
2. ISO 9001. ГОСТ Р ИСО 9001-2015 Системы менеджмента качества. Требования.
3. Восканян Ю.Э., Шикина И.Б. Управление безопасностью медицинской помощи в современном здравоохранении // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2019. №1(35) [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=37601602> (Дата обращения: 04.02.2021).
4. Иванов И.В., Швабский О.Р., Сайфутдинов Р.Г. Обеспечение безопасности медицинской деятельности в медицинской организации на основе предложений Росздравнадзора // Дневник Казанской Медицинской школы. 2016. № 3 (13). С. 49-53. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=27471064> (Дата обращения: 04.02.2021).
5. Панисар С.С., ЭКарсон-Стивенса, Савиллы С.А., Шейха А. (под ред.). Повышение качества медицинской помощи и безопасности пациентов в медицинских организациях // Наглядное руководство/Москва, 2016. С.20-23. (Дата обращения: 05.02.2021)
6. Бигунец В.Д., Резванцев М.В., Железняков Е.В., Гудзь А.А. Понятие «Безопасность» в медицине // Вестник СПбГУ. Серия 11. Медицина. 2013. №3. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=20308751> (Дата обращения: 05.02.2021)
7. Крохина Ю.В.(ред.) Гражданское право. Правоспособность граждан/ Медицинское право: студенческая научная работа. – Москва: Студенческая наука, 2012. – Ч. 2. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://biblioclub.ru/index.php?page=book_red&id=210534 (Дата обращения 05.02.2021)
8. Ковалёва О.В., Константинов Ю.П. Аудит: Учебное пособие. - М.: Изд-во ПРИОР, 2002.
9. Рябухин С.Н. Аудит эффективности: учебник. — М.: ИД «АТИСО»; ЗАО «Издательство «Экономика», 2009. — 602 с.
10. Стандарт ГОСТ ИСО 9000-2011.



**ПРОО МРСР - ПРОВАЙДЕР ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ.
ВСЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРОХОДЯТ АККРЕДИТАЦИЮ В СИСТЕМЕ
НМО**

СЕСТРИНСКАЯ НАГРУЗКА: АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ

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

Аннотация

В предлагаемой статье рассматривается вопрос о сестринской нагрузке, которая является одним из факторов, влияющих на качество медицинской помощи. Ряд исследований доказывают необходимость снижения сестринской нагрузки. Однако бесспорное согласие с данной позицией сегодня не представляется возможным, так как вопрос сопровождается противоречиями и парадоксальностью. Чтобы приблизиться к его решению, необходимо идентифицировать составляющие реальной нагрузки медицинской сестры и установить степень интенсивности. Результаты данной работы покажут, есть ли необходимость в ее снижении и за счет чего сегодня действительно можно и нужно снизить сестринскую нагрузку. Предлагаемые данные являются результатами научных исследований, проведенных в нашей стране.

Метод : анализ научной литературы

Результаты: имеющихся данных вполне достаточно для того, чтобы уже сегодня обратить внимание на отдельные виды деятельности, сокращение которых или передача которых другому специалисту (например, клерку) может высвободить время для выполнения прямых обязанностей медицинской сестры и в конечном итоге повысить качество сестринской помощи. Однако окончательное решение данного вопроса представляется невозможным без определения степени интенсивности работ, выполняемых медицинской сестрой.

Ключевые слова: рабочая нагрузка, нормирование труда, распределение рабочего времени

NURSES WORKLOAD. PROBLEM ANALYSE

Tsutsunava M.R., Aristidova S.N.
FGBOU VO SZ GMU named after I.I.Mechnikov

Abstract

The article deals with the issue of nursing workload, which is one of the factors affecting the quality of medical care. A number of studies demonstrate a need for nursing workload to be reduced. However, an unquestionable agreement with this position is not possible today, since the question is accompanied by contradictions and paradoxicality. To approach its solution, it is necessary to identify the components of the nurse's real workload and to establish a degree of intensity. The results of this work will show whether there is a need to reduce it and due to what it is really possible and necessary to reduce the nursing load today. The proposed data are the results of scientific research conducted in Russia.

Method: literature analyses

Findings: the available data is sufficient to draw attention today to certain types of activities, the reduction of which or the transfer of which to another specialist (for example, a clerk) can free up time for direct nurses duties and ultimately improve the quality of nursing care. However, this issue solution is considered to be impossible without determining the work intensity degree performed by nurses.

Key words: workload, labor rationing, distribution of working time

Крайне значимой составляющей качества медицинской помощи является качество сестринской помощи. Данному вопросу посвящен не один десяток научных работ, проведенных в нашей стране. Большинство этих работ объединяет задача определения факторов, изучение которых и требуемая корректировка поможет повысить качество медицинской помощи. Как показало одно из недавних исследований с участием медицинских сестер, в качестве возможных путей повышения качества медицинской помощи считаются снижение нагрузки, повышение заработной платы, сокращение объема заполняемой медицинской документации и др. [1]

Навряд ли читатель увидел здесь что-то новое: в частности, на нагрузку как фактор, влияющий на качество медицинской помощи, указывается на протяжении, как минимум, последних 20 лет (Масляков В.В., Смирнова Т.В. и др. (2016), Рябчикова Т.В. и соавт. (2014), Марилова К.В. и соавт. (2013), Солонинкина Л.Ф., Носкова И.Л. (2002). При этом есть и инновационные взгляды на решение проблемы: в частности, создание современной модели управления, которая, по мнению авторов, позволит повысить его эффективность, изменить уровень взаимодействия руководителя сестринской службы с руководителями врачебных кадров, усилить роль сестринского персонала в процессе оказания медицинской помощи пациентам и создать условия для дальнейшей перспективы развития сестринской службы. [4] Небезынтересно и другое видение решения проблемы качества медицинской помощи - осуществление ухода за тяжелообольными (маломобильными) пациентами под контролем системы видеонаблюдения. [6]

Практическому здравоохранению нужна такая система нормирования труда медсестер, в основу которой будет положена оценка тяжести состояния больного и его нуждаемость в сестринском уходе.

Нельзя решить вопрос нехватки персонала только путем добавления штатных должностей или их перераспределения. Нужно одновременно изучить структуру рабочего времени медицинских сестер, организацию их труда и внести изменения, которые позволят более эффективно использовать труд медицинской сестры.

О высокой загруженности судят, в частности, по объему личного времени медицинской сестры, которое, как показало одно из исследований, составляло за смену не более 30 мин, на что указало большинство респондентов (76,5 %). Однако, что более важно, выполнение «второстепенной» работы (анализ которой приведен ниже) оставляет недостаточно времени для общения с пациентами и их родственниками. [9]

Возвращаясь к анализу вопроса о сестринской нагрузке, следует отметить некоторое противоречие и парадоксальность, характерные для ситуации. Первое проявляется при изучении мнения врачей, большая часть которых (75,0%) полагают, что медицинские сестры имеют нормальную рабочую нагрузку и достаточно времени для отдыха. [3] О парадоксальности ситуации говорит тот факт, что, по мнению большинства опрошенных медицинских сестер (68%), руководители медицинских организаций не используют в полной мере потенциал среднего медицинского персонала с учётом его профессиональной компетенции. «Масло в огонь» подливают и такие нерешенные проблемы в области управления кадровыми ресурсами, как несо-

ответствие численности и структуры кадров объемам деятельности медицинской организации, наличие диспропорций в структуре медицинского персонала (соотношение между врачебными и сестринскими кадрами). [16]

Наличие противоречий и парадоксальности требует обратиться к анализу сестринской нагрузки и вопросу о распределении рабочего времени медицинскими сестрами.

О распределении времени

Рациональное распределение и использование рабочего времени считается одним из ключевых моментов в обеспечении результатов труда, доступности и надлежащего качества оказанной медицинской услуги. Учет трудозатрат среднего и младшего медицинского персонала можно организовать по затратам времени на выполнение различных манипуляций, процедур, исследований.

Как показала работа, в частности, Хетагуровой А.К. и соавт. (2018) [15], Маслякова В.В., Смирновой Т.В. и др. (2017) [9], Рябчиковой Е.П. и соавт. (2014) [11] рабочее время распределяется нерационально; значительная его часть тратится на служебные разговоры, транспортировку пациентов, снабжение рабочего места лекарственными средствами и расходными материалами, курьерские обязанности.

Если сравнить, как распределяется рабочее время у постовой медсестры отделения паллиативной помощи, медицинской сестры дневного стационара и медицинской сестры участковой, то получается следующая картина:

У постовой медицинской сестры паллиативного отделения на первом месте находится работа по выполнению врачебных назначений и проведению различных манипуляций. Вместе с тем, данный вид трудозатрат составляет только половину всего рабочего времени. [14] Работа Маслякова В.В., Смирновой Т.В. и др. показала, что основное время у медицинских сестер уходит на дезинфекцию и стерилизацию материала, инъекции и раздачу медикаментов. [9]

У медицинской сестры дневного стационара основное время занимает 58,3% рабочего времени, вспомогательное время - 18,3%, работа с документацией - 11,4%, служебные разговоры - 2,5%, личное время - 7,6%, незагруженное время - 0,62%. [15]

КАДРОВЫЕ РЕШЕНИЯ НА ОСНОВЕ МЕТОДА WISN (WORK FORCE INDICATORS OF STAFFING NEED)

Метод WISN основан на определении индикаторов рабочей нагрузки работника для установления временных нормативов работы для каждого компонента рабочей нагрузки. Несмотря на то, что данный метод уже давно используется в бизнесе, в секторе здравоохранения он начал использоваться только в конце 90-х годов.

В 1998 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала методику WISN для корректировки численности кадровых ресурсов с целью обеспечения справедливого и оптимального распределения персонала в медицинских учреждениях на всех уровнях.

Суть методики WISN заключается в определении времени, необходимого врачу/медицинской сестре для выполнения той или иной медицинской услуги. Например, если популяция детей 9-месячного возраста, нуждающихся в вакцинации кори, насчитывает 80 тыс. человек, а сама манипуляция занимает 7 минут, то необходимо $80 \text{ тыс.} \times 7 \text{ минут} = 5600 \text{ мин}$ или 93,3 часа. Это общее время, необходимое для вакцинации всех детей, которое затем можно разделить на рабочее время медицинской сестры и определить требуемое число медсестер в год, а затем сравнить с фактическим количеством для оценки дефицита или избытка сестринских кадров.

Таким образом, можно определить спрос и предложение на кадровые ресурсы. Т.е., метод показывает, есть ли разница между фактическим и расчетным числом работников здравоохранения (дефицит или профицит). Выявленный дисбаланс между кадровым обеспечением и объемом рабочей нагрузки указывает на то, что укомплектованность штатов определялась на основе пропускной способности, а не на основе индикаторов рабочей нагрузки.

Источник: Вестник КАЗМНУ

Наибольшую долю рабочего времени **медицинская сестра врача-терапевта участкового**, работающая в кабинете с врачом, тратит на работу с документацией (53,13%). Основная деятельность занимает у неё 28,51% рабочего времени; 11,52% на личные нужды; 4,32% - на вспомогательную деятельность; 2,50% - на служебные разговоры и 0,02% - это затраты времени на прочую деятельность. [2]

Наибольшую долю (30,83%) трудовых затрат медицинской сестры врача общей практики составляла вспомогательная деятельность, более половины (17,6%) этого времени расходовалось на переходы. На работу с документацией затрачивалось 28,3%, в том числе 9,41% на поиск и просмотр результатов анализов, исследований, амбулаторных карт на приеме с ВОП; на лечебно-диагностическую работу приходилось 23,4%. [5]

Таким образом, возникает вопрос (и ответ на него, на самом деле, очевиден): каким образом сегодня и за счет какой деятельности можно снизить нагрузку в пользу пациента? Однако будет полезным услышать мнение самих медицинских сестер, а, значит, нужны исследования, в рамках которых это мнение будет оценено.

Однако, достаточно ли этих цифр, приведенных выше, для решения вопроса о сестринской нагрузке?

Увы, нет, если применить научный подход к ситуации, а научный подход требует понимания основных концепций, среди которых рабочая нагрузка, нормирование труда.

Понятие «рабочая нагрузка» (син. трудовая нагрузка) имеет свое определение и рассматривается как комплекс факторов, обуславливающих функциональное напряжение организма в процессе труда, включающий средства труда, трудовые действия и условия окружающей среды; различают физическую и психическую нагрузку. Рабочая нагрузка оценивается по показателю «физиологически нормированные часы работы за неделю» (нормо-часы, НЧ). НЧ определяется как произведение фактической продолжительности рабочей недели (ПРН) и среднесменной интенсивности труда (Исм): $НЧ = ПРН (ч) \cdot Исм$.

Определены четыре степени интенсивности (напряженности) трудового процесса: 1-я — малая, $И1 = 0,85$; 2-я — умеренная, $И2 = 1,0$; 3-я — повышенная, $И3 = 1,15$; 4-я — большая, $И4 = 1,3$. При рабочей нагрузке свыше 58 физиологически нормируемых часов в неделю по сравнению с нагрузкой менее 42 часов в 2-3 раза повышается частота большинства симптомов профессионального выгорания.

Среди зарубежных исследователей, занимающихся вопросами нормирования труда медицинских сестер, существует единомыслие, что число штатных должностей в отделениях стационара должно регулироваться изменяющимися потребностями пациентов в сестринском уходе

Отсюда возникает вопрос: какова степень интенсивности сестринской работы? От чего она зависит? Учитывается ли она сегодня? На данный момент нет ни одного исследования данного вопроса; поэтому не удивительно, что остаются вопросы к нормированию рабочего дня среднего медицинского персонала, эксперты указывают на отсутствие определенных показателей, критериев и стандартов для его определения. [7]

При этом, как известно, без норм труда люди просто не могут работать в полную силу. Общеизвестен закон Паркинсона о том, что работа заполняет все время, отпущенное на нее, а это означает, что любую работу, которую можно выполнить за час, можно «растянуть» (при желании) на два часа и более.

Обычный уровень производительности труда не превышает 50% при отсутствии норм и неприятии серьезных мер для ее повышения. Он означает, что работники делают примерно половину той работы, которая предусмотрена нормативом, не сознавая, что при этом они «не

отрабатывают» свою зарплату. Отсюда вывод: высокая производительность труда невозможна без напряженных нормативов и стандартов. [7] Увы...

12 лет тому назад в Журнале ГрГМУ (№ 1) была опубликована статья польских коллег «Нормирование труда медицинских сестер на основе оценки нуждаемости пациентов в сестринском уходе в стационарах Беларуси». [10] В указанной статье автор констатирует тот факт, что система нормирования труда медсестер стационара базируется на количестве развернутых коек в отделении, без учета количества, тяжести больных и их нуждаемости в сестринском уходе. Данный подход приводит к значительным колебаниям показателей номинального и отработанного рабочего времени, затраченного медицинскими сестрами на одного больного в сутки. Автор указал на необходимость разработки новой системы нормирования труда медсестер, в основу которой должна быть положена идея оценки нуждаемости пациентов в сестринском уходе. Может, и нам пора прислушаться к этой рекомендации? ...

Заключение

Обсуждение вопроса качества медицинской помощи не может не затрагивать вопроса качества сестринской помощи. На протяжении последних, как минимум 20 лет, неоднократно предпринимались исследования, идентифицирующие факторы, оказывающие влияние на качество сестринской помощи, а также анализируется сестринская деятельность и изучаются вопросы распределения времени на выполнение той или иной работы. Этих данных вполне достаточно для того, чтобы уже сегодня обратить внимание на отдельные виды деятельности, сокращение которых или передача которых другому специалисту (например, клерку) может в конечном итоге повысить качество сестринской помощи. Однако решение данного вопроса представляется невозможным без определения степени интенсивности работ, выполняемых медицинской сестрой.

Использованная литература

1. Богущ Е. А., Двойников С. И. Экспертиза сестринской помощи — основа управления качеством медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019; 27(6). С.1080-1085
2. Вечорко В.И. Распределение рабочего времени медицинских сестер, работающих на амбулаторном приеме с врачом-терапевтом, в поликлинике города Москвы // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». 2017 DOI: 10.21045/2071-5021-2017-54-2-4
3. Витенко Н.В., Кучумова Н.Г. Оценка врачами трудовой деятельности медицинских сестер // Электронный сборник научных трудов "Здоровье и образование в XXI Веке" №9, 2010г. (Т.12)
4. Жаворонков Е.П., Ким Ю.О. и др. Инновационные изменения в управлении сестринским персоналом ЛПУ //
5. Калининская А.А., Гаджиева Л.М. Структура затрат рабочего времени и нормирование труда медицинской сестры врача общей практики в условиях городской поликлиники // Health care of the Russian Federation, Russian journal. 2016; 60 (5) DOI 10.18821/0044-197X-2016-60-5-245-250
6. Касимовская Н.А., Лебедев Г.С., Полещук И.А. Оценка готовности медицинских сестер к введению цифровых технологий и системы видеоконтроля при уходе за тяжелобольными (маломобильными) пациентами // Электронный научный журнал Социальные аспекты здоровья населения / Social aspects of Population Health. 2020;66(5)
7. Манакина Е.С. Нормирование труда средних медицинских работников: актуальность проблемы и методические подходы // Наука молодых - Euditio Juventium 2015.
8. Марилова К.В., Королева И.П., Туркина Н.В. Оптимизация работы процедурной медсестры /Медицинская сестра. 2013. № 4. С. 16-18
9. Масляков В.В., Смирнова Т.В., Левина В.А., Зепп И.В. Медико-социологический анализ мотивационно-профессиональных характеристик медицинских сестер отделения паллиативной помощи // Pacific Medical Journal, 2016, No. 4, p. 87–89
10. Пецевич-Шчэнсна Г.Е. Нормирование труда медицинских сестер на основе оценки нуждаемости пациентов в сестринском уходе в стационарах Беларуси // Журнал ГрГМУ 2009 № 1
11. Рябчикова Т.П. и соавт. Оптимизация работы медицинских сестер отделения детской хирургии // Вестник Ивановской медицинской академии. 2014. Т.19. № 4
12. Солонинкина Л.Ф., Носкова И.Л. Некоторые социально-гигиенические аспекты управления деятельностью сестринского персонала // Мать и дитя в Кузбассе. 2002. № 3 (11)
13. Сорокин Г.А., Суслов В.Л., Яковлев Е.В. Профессиональное выгорание и рабочая нагрузка врачей // Российский семейный врач. 2018. Т. 22. № 2. С. 19–24. doi 10.17816/RFD2018219-24.
14. Фомина А.В., Мезенова Н.И., Кича Д.И., Белявский А.Р. Изучение затрат рабочего времени сестринского персонала отделений высокотехнологичной медицинской помощи// Российский медико-биологический вестник имени академика И.И.Павлова. 2010.

15. Хетагурова А.К., Шестаков Г.С., Хохлова Г.В. Особенности оценки деятельности медицинских сестер дневных стационаров // Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2018. № 1-2. С.44-55
16. Щенникова Т.И. Кадровая политика в клинической больнице в отношении среднего медицинского персонала // Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150) 2016. Том 6. № 7

ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ О РЕЖИМЕ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ

Режим рабочего времени (далее – РРВ) часто путают с видами рабочего времени. Под РРВ понимается порядок распределения рабочего времени в организациях в рамках определённого календарного периода.

РРВ должен предусматривать продолжительность рабочей недели, работу с ненормированным рабочим днем для отдельных категорий работников, продолжительность ежедневной работы (смены), в том числе неполного рабочего дня (смены), время начала и окончания работы, время перерывов в работе, число смен в сутки, чередование рабочих и нерабочих дней, которые устанавливаются правилами внутреннего трудового распорядка в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, коллективным договором, соглашениями, а для работников, РРВ которых отличается от общих правил, установленных у данного работодателя, - трудовым договором.

Отличительной характеристикой РРВ в МО является то, что из-за необходимости непрерывного оказания медицинской помощи населению для каждой категории работников устанавливаются различные виды РРВ: одни специалисты работают по пятидневной рабочей неделе, другие - по шестидневной, а некоторые категории медицинского персонала трудятся в учреждениях, функционирующих постоянно (работники скорой и неотложной медицинской помощи, стационары, амбулатории т.д.). Для руководящих должностей, таких как главный врач, его заместители, главная медицинская сестра, главный бухгалтер, руководители отдельных служб и подразделений и для младшего медицинского персонала применяется ненормированный рабочий день. Это особый РРВ, когда работники привлекаются к выполнению своих трудовых обязанностей за пределами нормальной продолжительности рабочего времени. Перечень сотрудников медицинского учреждения с ненормированным рабочим днем устанавливается коллективным договором, соглашением или правилами внутреннего трудового распорядка учреждения (ст.101ТК РФ).

Еще одним РРВ является дежурство на дому, предусмотренной статьей 350 ТК РФ, которое может устанавливаться в целях реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в экстренной или неотложной форме медицинским работникам медицинских организаций с их согласия. Дежурство на дому - пребывание медицинского работника медицинской организации дома в ожидании вызова на работу. При учете времени, фактически отработанного медицинским работником медицинской организации, время дежурства на дому учитывается в размере 1/2 часа рабочего времени за каждый час дежурства на дому. Общая продолжительность рабочего времени медицинского работника с учетом времени дежурства на дому не должна превышать норму рабочего времени медицинского работника за соответствующий период.

Особенности РРВ и учета рабочего времени при осуществлении медицинскими работниками дежурств на дому устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в области здравоохранения.

(Источник: Вопросы Российской Юстиции)

В 2021 году в ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова» открывается заочная форма обучения по программе «Бакалавриат» (Специальность «Сестринское дело»). Срок начала приема заявления о приеме на обучение – 18 июня. Информация на сайте <https://szgmu.ru/rus/m/33/>

ИНДУКТИВНЫЙ ПОДХОД К ОБУЧЕНИЮ. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Цуцунава М.Р., Дьячкова Герцева Д.С.
ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

Аннотация

Представлен клинический случай пожилой пациентки, проживающей в учреждении длительного ухода по причине снижения инструментальных функций. В связи с повторным инсультом 3 недели находилась в стационаре. Вернулась в учреждение с проблемами, для решения которых определены необходимые знания и умения медицинской сестры. Предлагается анализ основных концепций, разработан план ухода за пациенткой в учреждении длительного ухода.

Ключевые слова: долговременный вид помощи, шкалы оценки, сестринский уход, болевой синдром, пролежни 3 степени

AN INDUCTIVE APPROACH TO LEARNING. THE CLINICAL CASE ANALYSIS

Tsutsunava M. R., Diyachkova Hertceva D. S.
FGBOU VO "North-Western State University named after I. I. Mechnikov"

Abstract

A clinical case of an elderly patient living in a long-term care facility due to her instrumental functions decreased is presented. Due to her second stroke, she was in a hospital for 3 weeks. She returned to the institution with the problems, the necessary knowledge and skills a nurse is required to solve those were determined. An analysis of the main concepts is proposed, and a plan for patient care in a long-term care facility is developed.

Keywords: long-term care, assessment scales, nursing care, pain syndrome, pressure sore of the 3rd degree

Мария Ивановна, 1926 года рождения. Вдова, имеет дочь. С 2014 года проживает в учреждении длительного ухода. При поступлении была мобильна, сама себя обслуживала, требовалась частичная помощь при купании. Дочь часто навещает Марию Ивановну.

Причина поступления в учреждение: в связи со снижением инструментальных функций, семьей было принято решение поместить ее в учреждение длительного ухода.

Хронические диагнозы: в январе 2017 был повторный инсульт (ишемическая болезнь головного мозга 1 степени с поражением правосторонней доли головного мозга). В результате инсульта ярко выраженная слабость левой стороны тела.

Была госпитализирована в стационаре общего типа в течение 3 недель. Вернулась в учреждение со следующими диагнозами и проблемами:

- ✓ ярко выраженные симптомы ослабления левой стороны тела
- ✓ дезориентация в пространстве и во времени
- ✓ нарушение целостности кожи в области левой пятки (пролежень 3 степени размером 2x4 см)

- ✓ выраженный болевой синдром в области поврежденной левой конечности. Боль возникает во время перевязки.

После изучения данного случая студенты	
Будут знать:	Будут уметь:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Понятия «долговременный вид помощи», «зависимость пациента», 2. Основные проблемы, связанные с перенесенным инсультом 3. Характеристики пролежней 3 степени 4. Инструменты, используемые для установления статуса пациента (индекс Бартела) 5. Шкалы, используемые для оценки степени боли 6. Нефармакологические средства для купирования боли 7. Риски, связанные с дезориентацией пациентки 8. Особенности ухода при выраженные симптомы ослабления левой стороны тела 9. Особенности ухода при наличии пролежней на пятке 10. Особенности ухода при дезориентации пациента в пространстве и времени 11. Особенности ухода при выраженном болевом синдроме в области поврежденной левой конечности 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Определять понятия «долговременный уход», «зависимость пациента» 2. Объяснить связь между зависимостью пациента и объемом сестринской работы 3. Определять назначение индекса Бартела 4. Применять индекс Бартела для оценки функционального статуса пациента 5. Определять основные проблемы пациента, перенёсшего инсульт 6. Определять пролежни 3 степени 7. Проводить оценку на предмет определения мальнутриции 8. Приводить примеры нефармакологических вмешательств для купирования боли 9. Устанавливать риски, связанные с дезориентацией пациента в пространстве и времени 10. Формулировать проблемы, основанные на реакциях пациента на основное заболевание 11. Разрабатывать план ухода с применением научных данных 12. Разрабатывать план ухода при выраженных симптомах ослабления левой стороны тела 13. Разрабатывать план ухода при наличии пролежней на пятке 3 ст. 14. Разрабатывать план ухода при дезориентации пациента в пространстве и времени 15. Разрабатывать план ухода при выраженном болевом синдроме в области поврежденной левой конечности

Что представляет собой долговременный вид помощи?

Как указано в кейсе, пациентка проживала в учреждении долговременного ухода. **Долгосрочный уход** включает широкий спектр повседневной помощи, в которой в течение длительного периода времени нуждаются пациенты пожилого и старческого возраста.

Пожилые, особенно старческого возраста нуждаются в патронажных услугах, долговременных, кратковременных видах помощи, а также в периодическом или постоянном уходе. Однако, при всем многообразии потребностей пожилых и старых людей, в том числе в медицинской и социальной помощи, большинство специалистов выделяют потребности в долговременных видах помощи – гериатрической медицинской помощи и патронажных услугах (помощь на дому, по месту жительства, в домах по уходу), потребности в кратковременных видах помощи (стационарной, реабилитация). [12] В среднем доля лиц в возрасте 65 лет и старше, пользующихся формальными услугами по долгосрочному обслуживанию, составляет в настоящее время 4/5, в том числе лиц в возрасте 80 лет и старше – 1/2 от общего числа пользователей. [13]

В Российской Федерации законодательно закреплены рекомендации проводить оценку способности к самообслуживанию граждан, обратившихся за получением социальной помощи

(Федеральный закон «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» от 28.12.2013 № 442-ФЗ (последняя редакция). Статья 8).

Понятие «зависимость пациента». Инструменты, которыми должна воспользоваться медсестра для установления статуса пациента

Понятие зависимости определяется как невозможность осуществления повседневных форм жизнедеятельности и потребность в дополнительной внешней помощи в течение по крайней мере шести месяцев. Зависимость пациента отражается через режим двигательной активности, назначаемый врачом, и напрямую влияет на объем сестринской работы/ухода.

Для определения уровня функционирования человека используются опросники и шкалы, разработанные и адаптированные (верификация) с учетом национальных, культурных, правовых и иных особенностей. Известной является шкала Бартела, применяемая в процедуре признания человека нуждающимся. [15] Опросник Д. Бартел состоит из 10 шкал, касающихся ограничения возможностей самостоятельного передвижения или самообслуживания. Суммарная оценка по опроснику может составлять от 0 до 100 баллов. [23] Оценка дефицита самоухода с помощью индекса Бартела – см. Табл. 1.

Таблица 1

Оценка дефицита самоухода с помощью индекса Бартела

Индекс Бартела	
ФИО пациента _____	Палата № _____ Дата _____
1. Стул 0 – нарушение 1 – периодическое недержание 2 – норма	6. Переход в положение сидя 0 – не удерживает равновесие сидя 1 – может сесть со значительной помощью 2 – небольшая помощь 3 – самостоятельно
2. Мочеиспускание 0 – нарушение 1 – периодическое 2 – нет нарушений (в течение 7 дней)	7. Передвижение 0 – отсутствие возможности перемещаться 1 – самостоятельно в кресле 2 – ходит с помощью 1 человека 3 – самостоятельно
3. Уход за собой 0 – нуждается в помощи 1 – самостоятельно	8. Одевание 0 – полностью зависим 1 – нуждается в помощи 2 – самостоятельно
4. Пользование туалетом 0 – полностью зависим 1 – нуждается в помощи 2 – самостоятельно	9. Ходьба по ступеням 0 – не может 1 – нуждается в помощи 2 – самостоятельно вниз и вверх
5. Прием пищи 0 – не может есть 1 – нуждается в помощи 2 – самостоятельно	10. Прием ванны 0 – с помощью 1 – самостоятельно

53

Уход за больными с инсультом

Как указано в случае, пациентка перенесла повторный инсульт. Ишемический инсульт представляет собой высоко инвалидизирующее заболевание. После него только 20% больных возвращаются к прежнему уровню социально-бытовой и трудовой активности. Около 80% пациентов требуют постоянной медико-социальной поддержки, а 25–30% остаются глубокими инвалидами. Все это приводит к заметному снижению качества жизни. [11]

Наиболее частым симптомом ишемического инсульта в каротидном бассейне является гемипарез, однако у данной группы пациентов имеется сложный двигательный дефект, различный по характеру и степени выраженности. Двигательный дефект может развиваться как первично вследствие самого инфаркта, так и вторично при нарушениях связей, задействованных в моторных кругах. Изменение баланса процессов возбуждения и торможения, которые происходят на разных уровнях двигательного анализатора, отражаются в неустойчивом восстановлении нарушенных двигательных паттернов. [2]

Уход за больными с инсультом считается сложным по ряду причин: высокая физическая нагрузка, большая ответственность перед пациентом и его родственниками – сначала за спасение жизни, а затем за возможность утраченных функций. Неврологические и эмоциональные нарушения негативно влияют на качество жизни человека и его составляющие: физическую и социальную независимость. Ограничения нормального существования для пациентов важнее самой болезни.

Грамотно организованная реабилитационная программа и уход за пациентами с инсультами значительно повышает качество жизни. В связи с этим, основные задачи медицинской сестры заключаются в определении нарушенных потребностей и проблем пациентов; привлечении пациентов к самоуходу; организации ухода за пациентом; обучении родственников; контроле навыков ухода у членов семьи пациента

Анализ основных проблем пациента при инсульте показал, что чаще всего медсестры сталкиваются с такими проблемами как Уход за кожей, Профилактика пролежней, Риск развития пневмонии и аспирации, Питание и гидратация, Нарушение функции тазовых органов, Дефицит самоухода, Риск травматизации, Дезориентация и психомоторное возбуждение, Дефицит знаний по уходу у родственников пациента. [8]

К ранним амбулаторным осложнениям инсульта, которые развиваются в первые 3 месяца, относятся пролежни, застойная или аспирационная пневмония, тромбоэмболия ветвей легочной артерии, инфекции мочеполовых органов, тромбоз глубоких вен нижних конечностей, нарушение функции толстого кишечника, травмирование или вывих плеча парализованной руки, контрактуры мышц сгибателей кисти. Поздние амбулаторные осложнения инсульта, которые развиваются позже 3 месяцев, включают стойкое снижение силы и управляемости в руке и ноге на одной стороне тела, болезненные контрактуры в суставах парализованных конечностей, нарушение речи и глотания, прогрессирующее снижение когнитивных функций и развитие сосудистой деменции, постинсультная депрессия, хронические болевые синдромы (плечо, спина), постинсультный паркинсонизм, постинсультная эпилепсия. [6] Эти данные должны учитываться при организации сестринского ухода.

Уход при ярко выраженных симптомах ослабления левой стороны тела

В данном случае одной из проблем пациентки является ярко выраженные симптомы ослабления левой стороны тела. Как было сказано выше, гемипарез является одним из наиболее частых симптомов ишемического инсульта. Для управления данным симптомом следует уделить внимание правильному позиционированию, то есть, приданию правильного положения лежащему пациенту пациента после инсульта для предотвращения развития контрактур и профилактики различных осложнений со стороны дыхательной системы и опорно-двигательного аппарата.

Главные принципы лечения положением пациента с инсультом: максимально возможная симметричность — выравнивание ключевых точек (плечи, лопатки, таз); равномерная поддержка всех сегментов тела; бережное отношение к плечу парализованной руки; основное правило позиционирования заключается в том, что пациент лежит на любом боку, но не на спине. [14] Ухаживающий персонал должен знать основные требования к правильному позиционированию пациента при положении лежа на спине, лежа на здоровом боку, лежа на стороне

парализованных конечностей, на спине в постели с приподнятым изголовьем (положение Фаулера). [6]

Уход при дезориентации в пространстве и во времени

Как показывают исследования, наличие нарушения сознания или дезориентации при выписке связано с заметно худшими исходами после ишемического инсульта. [26] Дезориентация во времени увеличивает риски падений в позднем возрасте, которые сопровождаются переломом шейки бедра. [28] Дезориентация во времени в структуре сосудистой, лобно-височной деменции и Болезни Альцгеймера является важным препятствием для контролирования поведенческих и эмоциональных расстройств. [9]

Ухаживающий персонал должен знать, что дезориентированные больные, особенно в состоянии психомоторного возбуждения, представляют опасность для себя, окружающих и медицинского персонала. Очень важно предвидеть возникновение острой психотической реакции (появление страха, злости, раздражительности, отталкивание, беспокойство, крики, ругань, швыряние предметами). Медсестра в таком случае должна быть спокойна, говорить медленно, пытаться напомнить пациенту, кто он и почему здесь находится, прислушиваться к словам пациента, пытаться поддерживать беседу, избегать внезапных движений, не угрожать пациенту и воздерживаться от каких-либо обещаний. При необходимости надо позвать на помощь; при этом рекомендуется находиться между пациентом и выходом, чтобы была возможность быстро покинуть палату. Физическое ограничение должно использоваться как крайняя мера и только – специально обученным персоналом. [5]

Нарушение целостности кожи в области левой пятки (пролежень 3 степени размером 2x4 см)

Длительное пребывание больных с ОНМК в лежачем положении при ненадлежащем уходе способствует образованию пролежней. При поступлении пациента в стационар медсестра должна проводить оценку риска развития пролежней в течение 2 ч после поступления, используя шкалу Ватерлоу. При возникновении значительных изменений в состоянии пациента риск оценивается заново. У больных, находящихся в коме, оценка риска проводится ежедневно. [5]

Пятки являются вторым по распространенности анатомическим расположением пролежней. [18] Как показывают исследования, пролежни на пятке остаются клинической проблемой для медсестер и медицинского персонала в целом, а также причиной боли и физического страдания пациента. [17] С точки зрения биомеханической инженерии не устраняемые деформации (например, неподвижное положение лежа на спине) мягких тканей задней части пятки, несущей нагрузку, вызывают прогрессирующее повреждение клеток и тканей из-за потери гомеостаза в клетках, поскольку цитоскелет и клеточные мембраны пораженных клеток теряют целостность и функциональность. Недавние биомедицинские исследования показали, что первые признаки повреждения клеток могут появиться в течение нескольких минут. [24]

Профилактика должна быть своевременной и применяться ко всем группам пациентов, подверженным риску. Мероприятия по профилактике пролежней (далее – ПП), зависящие от контекста, должны быть включены в лечение пациента с самого начала цепочки оказания помощи.

Использование многослойных профилактических повязок для предотвращения ПП пятки является относительно новой концепцией профилактики, обычно направленной на минимизацию риска пролежней на пятке за счет механической амортизации и уменьшения трения на границе раздела повязки и опоры. [22] Появляется все больше свидетельств того, что одежда из ткани с низким коэффициентом трения может обеспечить дополнительные преиму-

щества в предотвращении язв на пятках при использовании в дополнение к стандартным клиническим и технологическим стратегиям профилактики пролежней, поскольку ткани с низким коэффициентом трения поглощают силы трения прежде чем они смогут значительно деформировать чувствительные ткани пятки.[19]

Однако наличие пролежней третьей степени у пациентки говорит об отсутствии профилактической работы и о нарушении основных принципов позиционирования пациентки во время госпитализации. III стадию пролежней характеризует разрушение (некроз) кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу; возможны жидкие выделения из раны. Вследствие коагуляционных процессов в центре пролежень выглядит как кратер, иногда темного цвета с отечными и гиперемизированными окружающими тканями.

Пролежни III (и IV степени) требуют интенсивного лечения, поскольку их осложнения могут быть опасными для жизни. Эти раны являются катаболическими (что означает, что они расходуют много энергии). Катаболическая природа указывает на серьезную потерю жидкости и белка, что может привести к гипопроотеинемии или мальнутриции. Ежедневно из-за дренирующей раны может теряться до 50 граммов протеина. [30]

Основой лечения пролежней на пятке I-III стадии является разгрузка и надлежащий уход за раной. [16] Задачей лечения является удаление некроза хирургическим путем, очищение пролежневой язвы от гнойного экссудата и остатков некроза, абсорбция отделяемого и предохранение заживающей раны от высыхания. Своевременная некрэктомия и вскрытие гнойных затеков и полостей позволяют быстрее очистить пролежень и уменьшить интоксикацию. Формирующийся при пролежнях влажный некроз не имеет ограничений и быстро распространяется на соседние, плохо кровоснабжающиеся, ткани. В этих условиях ожидать самостоятельного отторжения некротических тканей ошибочно, поэтому проводится иссечение тканей до появления капиллярного кровотечения. Даже при внешней картине сухого некроза преобладает смешанная форма, когда под струпом выявляется влажный некроз и гнойное расплавление. При смешанных формах оптимальным методом является секвенциальная некрэктомия

Основой дальнейшего лечения является санация образовавшейся пролежневой язвы в стадии воспаления с использованием местных антисептиков и других препаратов. Кроме антибактериальных препаратов, для местного лечения пролежней (бактерицидные и фунгицидные средства) применяют:

а) неферментативные препараты (коллагеназа, дезоксирибонуклеаза, трипсин, химотрипсин, терилитин);

б) дегидратирующие — гиперосмолярные препараты; в) средства, улучшающие микроциркуляцию (препарата Актовегин® 5%-ная мазь, гель 20%-ный, крем 5%-ный);

г) противовоспалительные средства (дексаметазон, гидрокортизон, преднизолон);

д) стимуляторы репаративных процессов (препарат Актовегин® мазь).

Комплексное применение этих препаратов совместно с антибактериальной терапией позволяет добиться стабилизации состояния больного, купирования септического состояния и быстрого очищения язвы.

Устранение неприятного запаха из пролежневых язв достигается применением в качестве перевязочного материала 0,75%-ного метронидазол геля. При обильном отделяемом из язвы используют повязки, как и при лечении II-ой стадии. Для язв с минимальным отделяемым применяются гидрогелевые повязки, которые позволяют реже перевязывать пациентов, меняя повязки 1 раз в 3—5 дней. [4]

Выраженный болевой синдром в области поврежденной левой конечности.

Боль возникает во время перевязки.

Боль представляет собой особую проблему. Распространенность боли, особенно хронической, в высокой степени связана с возрастом, наиболее тяжело поражая самое старшее поколение. Болевые синдромы и мышечная спастичность являются одними из основных факторов, снижающих эффективность реабилитации пациентов после инсульта. Среди основных постинсультных болевых синдромов выделяют, в частности, боли в плече.

Профилактика боли в плечевом суставе включает проведение определенных мероприятий:

- правильное позиционирование пациентов: при положении на пораженном боку – выведение лопатки вперед; при положении на здоровом боку – поддержка паретичной руки подушкой; при положении пациента на спине – поддержка плечевого сустава подушкой;
- избегание давления на паретичную руку при пересаживании и подъеме пациентов: выведение лопатки вперед при расположении пациента на больном боку; поддержка паретичной руки подушкой при расположении пациента на здоровом боку; поддержка плечевого сустава подушкой при расположении пациента на спине;
- раннее использование пассивных движений в паретичной руке в пределах физиологического объема движений;
- проведение занятий ЛФК в сочетании с чередующимся тепловым и холодным воздействием на область плечевого сустава;
- поддерживающие приспособления: подлокотник, прикрепленный к обычному креслу или креслу-каталке; доска из прозрачного материала, чтобы пациент видел положение своих ног, прикрепленная на подлокотники кресла; повязки и манжеты для плеча и руки (преимущества: поддержание слабой руки, предотвращение подвывиха плечевого сустава; недостатки: замедление восстановительного процесса, способствование развитию мышечной спастичности). [1]

Обезболивание

Одним из современных направлений в области обезболивающих вмешательств является изучение влияния кинезиологического тейпирования на гемиплегическую боль в плече и ее интенсивность, а также на мышечную активность и активный диапазон движений. Кинезиологический тейп — это эластичная хлопчатобумажная лента с включением нейлоновых нитей. На одну из сторон ленты нанесен гипоаллергенный акриловый клей. Он обладает высокими адгезивными свойствами, что позволяет тейпу держаться на коже человека в среднем 3—5 дней и не отклеиваться даже после контакта с водой. Тейпирование позволяет опосредованно, через кожу, влиять на расположенные в ней рецепторы и нервные окончания, оказывая мощное нейрорефлекторное воздействие. Также тейп позволяет работать с фасциями — поверхностной и, через ее связи, с более глубокими. Через один из эффектов — эффект декомпрессии — тейпирование влияет на улучшение локальной микроциркуляции, лимфооттока. Соответственно, результатом подобных воздействия являются, в частности, уменьшение боли. [7] Как показало одно из исследований, кинезиологическое тейпирование эффективно снижает боль в плече и подвывих, а также увеличивает мышечную активность и активный диапазон движений плеча у пациентов с гемиплегической болью после инсульта. [29]

Более приемлемым и простым средством для уменьшения мышечной боли является согревание (грелка, бутылка с горячей водой, завернутая в полотенце), при этом необходимо следить за состоянием кожи во избежание ожога на стороне поражения. [14]

Задача медицинской сестры

Для адекватной оценки степени тяжести состояния, уточнения объема обезболивающей терапии, анализа эффективности проводимого лечения, определения степени нетрудоспособности и качества жизни пациента необходимо количественное измерение боли. Оценка боли может быть составляющей независимой сестринской практики.

В настоящее время для анализа болевых ощущений предложены разнообразные опросники, шкалы и таблицы. Для оценки боли у пожилых пациентов рекомендуется использовать вербальную оценочную шкалу, так как в ней используются знакомые слова (слабая боль, легкая боль, умеренная боль, сильная боль, боль настолько сильная, насколько она может быть). Однако любая оценка должна быть дополнена историей со стороны родственников или лиц, ухаживающих за больным.

Сестринский менеджмент боли традиционно должен начинаться с диагностики, которая включает в себя сбор полного анамнеза и подробный осмотр пациента. Интенсивность боли оценивают при каждом осмотре с помощью шкал. [10]

Целью оценки боли является предоставление точных данных о месте и интенсивности боли, а также эффективности мер, используемых для ее лечения. Если пациент способен самостоятельно оценить и описать боль, это считается золотым стандартом и надежным методом оценки боли и реакции на лечение.

Боль количественно может быть оценена с помощью таких шкал, как числовая шкала боли (NRS) или визуально-аналоговая шкала (VAS) в покое и с провокацией (во время глубокого дыхания, кашля). Оба инструмента считаются надежными и достоверными. У пациентов, которые не в состоянии достоверно сообщить о боли из-за измененного уровня сознания, могут быть использованы другие методы [21]. Они не специфичны, но тем не менее являются надежными. Сюда относятся поведенческая шкала боли (BPS) и Critical Care Pain Observation Tool (CPOOT). Методы сочетают в себе оценку выражения лица, движения, синхронизацию с аппаратом ИВЛ. Опросник боли Мак-Гилла и его сокращенная и дополненная версия SF-MPQ-2, по данным многих исследований, доказал свою эффективность в многомерной оценке болевого синдрома. Сокращенная версия рекомендована для оценки как острой, так и хронической боли. [3]

Шкала Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain (MOBID) создана для использования персоналом домов престарелых и предназначена для определения боли у пожилых пациентов с деменцией. Шкала основана на оценке поведения пациента при выполнении стандартизованных движений различных частей тела и оценке болевого поведения, связанного с кожей, головой, внутренними органами и головой.

Боль во время перевязки

Перевязка - важный элемент стандартного ухода за раной. Основное назначение раневой повязки: а) обеспечение временного защитного физического барьера, б) поглощение дренажа раны и в) обеспечение влаги, необходимой для оптимизации реэпителизации. [25]

Боль в ране может возникать из-за самой раны, продолжающегося лечения раны и упреждающей боли, которая возникает у некоторых пациентов в результате негативного опыта лечения. В частности, боль, вызванная снятием и наложением повязок, была определена как основная причина боли как с точки зрения пациента, так и с точки зрения медицинских работников. [27]

Отрасль по уходу за ранами производит перевязочные материалы, которые помогают уменьшить болевые ощущения, и медицинские работники должны выбрать наиболее подходящую повязку для конкретного пациента и раны, а не использовать подход «один тип повязки для всех». [21]

Медсестры могут использовать выписанные по рецепту анальгетики, но если увеличить число немедикаментозных вмешательств, таких как своевременное музыкальное вмешательство и создание дружелюбной и комфортной больничной обстановки, боль и беспокойство пациентов уменьшатся. [20]

План ухода за пациенткой

Проблема	Вмешательства
Риск развития контрактур конечностей слева	Основное положение пациентки – на боку, менять положение в соответствии с оценкой риска развития пролежней по шкале Ватерлоу. Парализованные конечности несколько раз в день укладывать на 20–30 мин в следующее положение: парализованная рука отведена и разогнута в локтевом суставе с разогнутыми пальцами; парализованная нога слегка согнута в тазобедренном и коленном суставах за счет небольшого валика
Риск падения (из-за дезориентации)	1. Обеспечить контроль за пациенткой, если назначен строгий/постельный режим 2. Обеспечить сопровождение пациентки, если назначен соответствующий режим двигательной активности (палатный, общий)
Наличие пролежней пятки 3 ст.	1. Проводить оценку боли по шкале (ВАШ) 2. Проводить перевязки в соответствии с назначением врача /хирурга 3. Проводить оценку по соответствующей шкале на предмет мальнотриции 4. Использовать рекомендации ГОСТа 56819 2015 при организации питания пациентки 5. Вести документацию в соответствии с рекомендациями ГОСТа 56819 2015 6. При наличии боли оказывать психологическую поддержку
Боль в плечевом суставе	1. Проводить оценку боли по шкале (ВАШ) 2. Правильное позиционирование пациентов: при положении больного на пораженном боку – выведение лопатки вперед; при положении больного на здоровом боку – поддержка паретичной руки подушкой; при положении пациента на спине – поддержка плечевого сустава подушкой 3. проводить пассивные движения в паретичной руке в пределах физиологического объема движений 4. обеспечить поддерживающие приспособления: подлокотник, прикрепленный к обычному креслу или креслу-каталке; доска из прозрачного материала, чтобы пациент видел положение своих ног, прикрепленная на подлокотники кресла; повязки и манжеты для плеча и руки с целью поддержать слабую руку и предотвратить подвывих плечевого сустава. 5. При наличии боли предлагать согревание (грелка, бутылка с горячей водой, завернутая в полотенце); следить за состоянием кожи во избежание ожога на стороне поражения

Список использованной литературы

1. Аманова Э.О., Ковальчук В.В. и соавт. Инсультан кейінгі ауыру және бұлшық ет тонусын көтеру оңалту әлеуетін төмендету факторлары ретінде. Наукастарды жүргізуге мультидисциплинарлы әдіс // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2016. №6. Б. 112-122.
2. Виберс Д. Инсульт. клиническое руководство / Д. Виберс, В. Фейгин, Р. Браун; Пер. с англ. – [2-е изд., испр. и дополн.]. – М.: “Издательство БИНОМ”; СПб: “Издательство “Диалект”, 2005. – 608 с.
3. Ганеева И. Р. Лечение головной боли у пациентов с нетравматическим субарахноидальным кровоизлиянием в интенсивной терапии // Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2017. Том 11 № 3 DOI: <http://dx.doi.org/10.188.21/1993-6508-2017-11-3-164-169>
4. Дибиров М.Д. Пролежни: профилактика и лечение // Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. 2016. 1-2 (61-62)
5. Дмитриева С.В. Работа медсестры неврологического отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения // Медицинская сестра. 2016. № 4. С.13-16
6. Кандыба Б.В. Основы ухода за пациентом с инсультом // Российский семейный врач. 2019. С.5-13
7. Лабзова Н.Н. Кинезиологическое тейпирование. Что это? // Амбулаторная хирургия Стационарозамещающие технологии. 2016. 1–2 (61–62)
8. Масляков В.В., Левина В.А., Нехотящая Н.М. Организация сестринского процесса у больных с заболеваниями нервной системы // Вестник медицинского института РЕАВИЗ № 2(6), 2012. С. 47-55

НОВАЯ ДОЛЖНОСТЬ «МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА КЛИНИЧЕСКАЯ»: ЧТО ДУМАЮТ НА ЭТОТ СЧЕТ МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ?

Сегодня все чаще говорят о создании должности «медицинская сестра клиническая», которой планируют передать функции сразу трех должностей: медицинских сестер палатной, процедурной и перевязочной, тем самым подготовив, как говорят в медицинском сообществе, своего рода «универсального солдата» в сестринском деле. Медицинские организации Астраханской области стали родоначальниками идеи российской медицинской сестры клинической.

По результатам анкетного опроса, поддерживает эту идею только 28,4 % столичных медицинских сестер и 46,5 % столичных врачей, в то время как выступает в той или иной степени против нее более половины медицинских сестер (60,5 %) и около половины врачей (48,9 %).

Четверть столичных работников здравоохранения отмечает, что введение в штат должности клинической медицинской сестры повысит качество оказания медицинской помощи.

При условии введения новой должности «медицинской сестры клинической» ее функционал должен быть закреплен в образовательных программах наряду с новым функционалом медицинской сестры

Новый образ медицинской сестры должен подчеркиваться в ходе образования как современная тенденция, и выпускники должны понимать области, в которых они могут получить расширенный функционал и автономию.

(Источник: Здоровье мегаполиса, 2021)

9. Мелехин А.И. Современные подходы к классификации нарушений ориентировки во времени у гериатрического пациента // Электронный научный журнал «Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие» www.humjournal.rzgm.ru. Том № 6 2018/1(20) DOI:10.23888/humJ20181125-158
10. Пономарева И.П., Давыдова М.В. Управление болью при синдроме старческой астении как фактор профилактики когнитивных нарушений // Медицинская сестра. 2018. № 5. С. 10-12
11. Суслина З.А. Сосудистые заболевания головного мозга: Эпидемиология. Основы профилактики / З.А.Суслина, Ю.Я.Варакин, Н.В.Верещагин. – М.: Медпресс-информ, 2006. – 256 с
12. Храпылина Л.П., Егорова Н.Н. Организационно-экономические основы медицинской помощи и социально-медицинского обслуживания лиц пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в долгосрочном уходе на дому // Экономика и управление в XXI веке: тенденции развития. 2016 С. 188-193
13. Шестакова Е.Е. Старееющее общество: в поисках оптимальной модели долгосрочного обслуживания // Вестник ИЭ РАН. №4. 2017 С. 45–59
14. Жизнь после инсульта. Школа здоровья / Под ред. В.И. Скворцовой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 296 с. [Zhizn' posle insul'ta. Shkola zdorov'ya. Ed. by V.I. Skvortsova. Moscow: GEOTAR-Media; 2008. 296 p. (In Russ.)]
15. Шкала оценки возможностей выполнения элементарной деятельности (шкала Бартела). Доступно по: <http://dhankoy-centrsoc.ru.host1449116.serv59.hostland.tech/wp-content/uploads/file/.....-202.pdf> / Ссылка активна на 02.03.2020. [cited 02.03.2020]. Available from: [Scale of assessment of the ability to perform elementary activities (Barthel scale)]. Available from: <http://dhankoy-centrsoc.ru.host1449116.serv59.hostland.tech/wp-content/uploads/file/.....-202.pdf>. [cited 02.03.2020]. Russian.
16. Bosanquet DC, Wright AM, White RD, Williams IM. A review of the surgical management of heel pressure ulcers in the 21st century. Int Wound J. 2016 Feb;13(1):9-16. doi: 10.1111/iwj.12416. Epub 2015 Feb 16. PMID: 25683573.
17. Davies P. Preventing the development of heel pressure ulcers. Nurs Stand. 2018 Oct 1;33(7):69-76. doi: 10.7748/ns.2018.e11294. Epub 2018 Sep 15. PMID: 30246946.
18. Fowler E, Scott-Williams S, McGuire JB. Practice recommendations for preventing heel pressure ulcers. Ostomy Wound Manage. 2008 Oct;54(10):42-8, 50-2, 54-7. PMID: 18927483.
19. Gefen A. Why is the heel particularly vulnerable to pressure ulcers? Br J Nurs. 2017 Nov 8;26(Sup20):S62-S74. doi: 10.12968/bjon.2017.26.Sup20.S62. PMID: 29120686.
20. Hsu KC, Chen LF, Hsieh PH. Effect of music intervention on burn patients' pain and anxiety during dressing changes. Burns. 2016 Dec;42(8):1789-1796. doi: 10.1016/j.burns.2016.05.006. Epub 2016 Jun 2. PMID: 27263418.
21. Jones J, Williams H. Wound management should not be a pain. Br J Community Nurs. 2017 Sep 1;22(Sup9):S38-S46. doi: 10.12968/bjcn.2017.22.Sup9.S38. PMID: 28862898.
22. Levy A, Frank MB, Gefen A. The biomechanical efficacy of dressings in preventing heel ulcers. J Tissue Viability. 2015 Feb;24(1):1-11. doi: 10.1016/j.jtv.2015.01.001. Epub 2015 Jan 19. PMID: 25639600.
23. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J. 1965; 14:61-65.
24. Muntlin Athlin Å, Engström M, Gunningberg L, Bååth C. Heel pressure ulcer, prevention and predictors during the care

- delivery chain - when and where to take action? A descriptive and explorative study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2016 Nov 14;24(1):134. doi: 10.1186/s13049-016-0326-0. PMID: 27842564; PMCID: PMC5109774.
25. Obagi Z, Damiani G, Grada A, Falanga V. Principles of Wound Dressings: A Review. *Surg Technol Int.* 2019 Nov 10; 35:50-57. PMID: 31480092.
 26. Reznik ME, Yaghi S, Jayaraman MV, et al. Level of consciousness at discharge and associations with outcome after ischemic stroke. *J Neurol Sci.* 2018 Jul 15;390:102-107. doi: 10.1016/j.jns.2018.04.022. Epub 2018 Apr 14. PMID: 29801867.
 27. Snelgrove H, Baileff A. A review of interventions to reduce pain in chronic wounds. *Br J Community Nurs.* 2019 Dec 1;24(Sup12):S12-S17. doi: 10.12968/bjcn.2019.24.Sup12.S12. PMID: 31804887.
 28. Xavier A.J., et al. Time orientation and executive functions in the prediction of mortality in the elderly: Epidoso study // *Revista de Saúde Pública.* 2010. 44(1), 148–158.
 29. Yang L, Yang J, He C. The Effect of Kinesiology Taping on the Hemiplegic Shoulder Pain: A Randomized Controlled Trial. *J Healthc Eng.* 2018 Dec 10;2018:8346432. doi: 10.1155/2018/8346432. PMID: 30651946; PMCID: PMC6311752.
 30. Zaidi SRH, Sharma S. Decubitus Ulcer. 2020 Aug 10. In: *StatPearls [Internet].* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan–. PMID: 31971747.



Представители ПРОО МРСР приняли участие в работе секции «ПРОФИЛАКТИКА ПАДЕНИЙ И ТРАВМАТИЗАЦИИ У ГРАЖДАН СТАРШЕГО ВОЗРАСТА: МИРОВАЯ ПРАКТИКА И ОПЫТ» в рамках V Всероссийского конгресса геронтологов и гериатров с международным участием, г.Москва

20-21 мая 2021 года в г. Москве прошел V Всероссийский конгресс геронтологов и гериатров с международным участием «Профилактика падений – спасение жизни». Цель проведения конгресса – обмен современной научной информацией и обобщение существующего теоретического и практического опыта в области геронтологии и гериатрии, а также обсуждение ключевых проблем, тенденций, достижений и дальнейших перспектив в сфере гериатрии, реабилитации и оказания паллиативной медицинской помощи.

В рамках конгресса представители Союза медицинских профессиональных организаций организовали и провели сестринскую секцию «Профилактика падений и травматизации у граждан старшего возраста: мировая практика и опыт».



За два дня работы секции, аудитории были представлены, в частности, следующие доклады: «Национальная программа Израиля по профилактике падений среди пожилого населения»; «Национальная программа Японии по профилактике падений среди пожилого населения»; «Национальная программа Швейцарии «Стоп падения»; «Международный медицинский кластер на территории инновационного центра «Сколково»; «Управление риском падения пациента в ГУЗ «Забайкальский краевой онкологический диспансер». Опыт внедрения»; «Опыт Канады по работе с рисками падений у пожилых граждан»; «Абсорбирующее белье, поддержание мобильности и профилактика падений. В чем связь?»; «Профилактика падений у гериатрических пациентов в учреждении длительного ухода»; «Профилактика падений, реабилитация и инновации в университетских больницах Дорсета, Великобритания». От Санкт-Петербурга **Адельшина Екатерина Александровна** с докладом «Организационные аспекты, регламент мероприятий по профилактике риска падений пациентов пожилого возраста и других лиц в многопрофильном стационаре».

НОВЫЕ САНИТАРНЫЕ ПРАВИЛА В МЕДИЦИНЕ СанПиН 2.1.3.2630-10: “САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИЯМ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ” БОЛЕЕ НЕ РАБОТАЕТ

С 1 января 2021 года в силу вступили новые Санитарные правила 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» (далее СП). Новые СП отменяют многие действовавшие до 2021 года директивы, но для медицинских работников наибольший интерес вызывает тот факт, что более не работает базовый медицинский нормативно-правовой СанПиН 2.1.3.2630-10: “Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность”.

Вступившие в силу СП имеют отдельные разделы для организаций, предоставляющих различные услуги. Для медицинских организаций отведен раздел под номером IV: «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений при осуществлении деятельности хозяйствующими субъектами, оказывающими медицинские услуги»

Краткий обзор новых положений

1. Нигде не прописаны требования к высоте потолка для медицинских кабинетов (исключение сделано для стоматологий).
2. По наличию окон: более-менее конкретно прописано, какие именно помещения могут эксплуатироваться без окон или с освещением вторым светом. Кроме тех, что были указаны в прошлом СанПиНе добавили еще целый ряд. Например, помещения лабораторий малой площадью, помещения ЗТЛ, кабинеты оптики, кабинеты и помещения восстановительного лечения организаций, для которых медицинская деятельность не является основной (например, кабинет предрейсовых осмотров на автопредприятии), помещения медицинской организации, расположенных в торгово-развлекательных комплексах и имеющие малые площади и т.д. При выполнении обязательных дополнительных условий сюда можно отнести кабинеты некоторых врачей. Одним из обязательных условий является наличие окна в помещении персонала. Таким образом, по мнению законодателей, врач в перерывах между приемом пациентов в кабинете без окон, может проследовать в помещение персонала, чтобы насладиться видом из окна. В СП звучит это так: «...кабинеты консультативного приема врачей, при наличии ординаторской (помещения) работников с естественным освещением...»)
3. Уменьшились площади некоторых кабинетов приема специалистов. Например, ЛОР, офтальмолог, гинеколог, уролог, педиатр, а также перевязочная и проч. Кабинеты, где кубатуру можно снизить, перечислены в соответствующем приложении, а новые допуски указаны в процентах. Т.е. чтобы выяснить реальный разрешенный сегодня объем, нужно произвести некоторые расчеты опираясь на данные документов прошлых лет.
4. Появились и помещения, площади которых теперь и вовсе не нормируются. Например, помещения персонала, помещения мед отходов, помещения для мойки наркозно-дыхательной аппаратуры, помещения для хранения наркозно-дыхательной аппаратуры и некоторые другие...

5. Вход детей в поликлиники, которые оказывают определенные услуги детям, теперь должен быть организован через специальный бокс.
6. Отдельный туалет для персонала зависит от мощности организации, т.е. от ее пропускной способности. Исключение составляют услуги инфекциониста или фтизиатра.
7. Есть послабления по вопросу водоснабжения. При выполнении некоторых ограничений допускаются автономные системы водообеспечения и даже вообще отсутствие водопровода. В этом случае необходимо использовать согласованную бутилированную воду. А также, может вообще не существовать даже горячее водоснабжение, но при выполнении условий: обязателен штатный водонагреватель и т.д.

С 1 МАРТА ВВЕДЕН НОВЫЙ САНПИН О МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДАХ

Вводится классификация медицинских отходов от класса "А" (практически ТКО, и требования к обращению с ними – такие же, хотя одновременно есть и специальные) до классов "Г" (очень токсичные) и "Д" (с радиоактивным загрязнением), для каждого класса описаны свои способы обращения, в том числе сбора. Кроме того, каждая медицинская и фарморганизация должна утвердить собственную Схему обращения с медотходами, назначить ответственного за обращение с ними работника и установить процедуры обращения с медотходами;

- все работники, которые допущены к обращению медотходов, должны проходить предварительный инструктаж по безопасному обращению с ними, им также нельзя выходить за пределы рабочих помещений участка по обращению с отходами классов "Б" и "В" в специальной одежде, используемой в рабочих помещениях участка;
- предъявляются специальные требования к способам обеззараживания отходов классов "Б" и "В", к условиям хранения медотходов всех классов, а также к перевозке этих отходов;
- для учета медотходов обязательно ведение специальных журналов.

К юридической силе рассматриваемого СанПиН есть серьезные вопросы:

- СанПиН обязательны к исполнению, оценка их соблюдения будет проводиться в рамках санэпиднадзора, стало быть, они содержат обязательные требования;
- при этом согласно ч. 1 ст. 3 Закона об обязательных требованиях, положения НПА, устанавливающих обязательные требования, должны вступать в силу либо с 1 марта, либо с 1 сентября соответствующего года, но не ранее чем по истечении 90 дней после дня официального опубликования соответствующего акта.

Между тем срок в 90 дней не выдержан, следовательно, СанПиН введены в действие с нарушением требований Закона об обязательных требованиях, имеющих более высокую юридическую силу. Таким образом, можно ожидать некоторой судебной активности, связанной с моментом вступления новых СанПиН в силу и его действия.

(Источник: ГАРАНТ.РУ)

МИНЗДРАВ РОССИИ НАМЕРЕН В 2021 Г. УТВЕРДИТЬ НОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ОБ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ВЗАМЕН УТВЕРЖДЕННОГО ПРИКАЗОМ ОТ 02.06.2016 № 334Н. В ЧАСТНОСТИ, ДОКУМЕНТ РАСКРЫВАЕТ, ЧТО ДОЛЖНО ВХОДИТЬ В ПОРТФОЛИО МЕДРАБОТНИКА, ПРОХОДЯЩЕГО ПЕРИОДИЧЕСКУЮ

АККРЕДИТАЦИЮ, КАК ОНО ФОРМИРУЕТСЯ И КАКОВЫ УСЛОВИЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДОПУСКА К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

Обязанность медицинского работника повышать свою квалификацию закреплена на законодательном уровне двумя федеральными законами: законом «Об образовании в Российской Федерации» и законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». И как бы ни изменялись сейчас частные «правила игры», сроки, условия, главного уже не изменить: национальная система аккредитации и система непрерывного образования созданы, и теперь основная задача заключается в том, чтобы медицинский работник стал частью этой системы и активным ее участником

В обсуждаемом проекте приказа периодическая аккредитация проводится аккредитационной комиссией 1 раз в 5 лет для специалистов, у которых заканчивается 5-летний период действия сертификата или полученной ранее аккредитации. Соответствие квалификации специалиста проводится на основании заочной оценки содержания его портфолио.

Оценка портфолио

Оценка портфолио проводится по балльной системе. Максимальное суммарное количество баллов за портфолио – 100. Периодическая аккредитация специалиста считается успешно пройденной при наличии 70 баллов и более в портфолио.

Портфолио для прохождения периодической аккредитации формируется аккредитуемым самостоятельно. Для этого в течение 5-летнего срока, предшествующего аккредитации, в личный кабинет информационной системы «Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования» (<https://edu.rosminzdrav.ru>) медицинский работник вносит сведения, касающиеся его непрерывного профессионального развития – освоенные образовательные программы повышения квалификации и образовательные мероприятия (конференции, конгрессы, съезды). В этом случае портфолио формируется в личном кабинете медицинского работника автоматически. Эту информацию можно собрать и самостоятельно с приложением заверенных копий документов, подтверждающих информацию.

Портфолио состоит из 4 разделов.

1. Отчет о профессиональной деятельности (протокол отчета оценивает и подписывает руководитель медицинской организации). За удовлетворительную оценку начисляется 10 баллов, за хорошую – 20 баллов, за отличную – 30 баллов. Таким образом, за отчет о своей работе можно получить от 10 до 30 баллов в портфолио.
 2. Сведения об индивидуальных профессиональных достижениях – участие в аккредитационной или в аттестационной комиссии, научные доклады, публикации, защита кандидатской или докторской диссертации и др. Максимальная суммарная оценка – 10 баллов.
 3. Сведения об успешном освоении образовательных учебных программ повышения квалификации (далее – ПК). Обучение на цикле ПК в образовательных учреждениях продолжительностью 18 ч дает 10 баллов, 144 ч – 35–40 баллов. Успешным считается обучение, если пройдена итоговая аттестация по завершению цикла.
 4. Сведения об участии в образовательных мероприятиях, проводимых профессиональными некоммерческими организациями и аккредитованными в системе НМО: конференции, вебинары, семинары, конгрессы. За участие в образовательном семинаре продолжительностью 6–14 ч в портфолио может быть начислено 2 балла, 15–21 ч – 4 балла.
- Дополнительно начисляются баллы за непрерывное совершенствование знаний и профессиональных навыков, сведения о которых отражены в портфолио. 2 года отчетного периода дают 3 балла, 5 лет (врач учится практически постоянно) – 10 баллов.

(Источник: Журнал для непрерывного медицинского образования врачей)

В ФОКУСЕ ИССЛЕДОВАНИЙ – ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДРАБОТНИКОВ ЗА СТЕРИЛИЗАЦИЮ

Цуцунава М.Р.

ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

Аннотация

Рассмотрев и изучив целый ряд факторов, способствующих росту внутрибольничной инфекции, специалисты подошла к такому деликатному вопросу как ответственность медицинского персонала за проведение стерилизации. В статье приведены данные, указывающие на причины выхода нестерильных изделий и взрывов флаконов, а также рекомендации по снижению риска выхода нестерильных изделий.

Ключевые слова: стерилизация, ответственность медицинских сестер, нестерильные изделия

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП) – одна из наиболее острых проблем современного здравоохранения. Возбудителями могут быть различные патогены, в т.ч. и микромицеты, представляющие как собственную микрофлору, так и попадающие в организм извне. По данным ряда исследований в структуре микрофлоры медицинских организаций грибковая флора, как правило, занимает одно из ведущих мест. Внедрение новых видов диагностического и лечебного оборудования, использование высокотехнологических инвазивных процедур, широкое применение разнообразных антибактериальных препаратов, приводящее к селекции высоковирулентны организма пациента – эти и многие другие факторы способствуют росту внутрибольничного инфицирования пациентов и персонала.

В хирургической практике в 69,2% случаев инструменты и перевязочный материал служили факторами передачи возбудителей инфекций по причине неэффективной работы стерилизационной аппаратуры, а в 30,8% – вследствие нарушений асептики персоналом при работе со стерильным материалом. [1] Как показывают исследования, наиболее часто встречаются нарушения правил обработки медицинского инструментария и медицинской аппаратуры. В структуре этих нарушений доминируют такие, как неполное погружение многоразового инструментария и аппаратуры в дезинфицирующий раствор, отсутствие маркировки на контейнерах с дезинфицирующим раствором, дефекты ведения учетно- отчетной документации, ограниченный объем лабораторных исследований по оценке качества обработки инструментария. [2]

Достоверно знают этапы обработки наркозно - дыхательной аппаратуры медицинские сестры анестезиолого–реанимационного отделения. Так, из 54 респондентов правильно ответили 48 (79,62%); ошибались в ответе 11(19,16%); при этом медицинские сестры хирургического профиля ошибаются больше (30,4% - 38 человек).

Отчасти это объясняется тем, что не все медицинские работники относятся к своим обязанностям ответственно, настораживает тот факт, что 32,2% медицинские сестры предстерилизационную очистку не проводят вообще; проводят не всегда 18,5% и признались, что все делают по инструкции 49,2%. Более ответственно относятся к проведению дезинфекционно-стерилизационных работ медицинские сестры отделений хирургического профиля – 68,8% из числа респондентов признались, что все делают по инструкции. 58% сестринского персонала

терапевтических отделений (терапия, неврология, кардиология, приемное отделение) относятся к своим функциональным обязанностям не добросовестно, что может служить причиной возникновения и распространения внутрибольничного инфицирования. [3]

ПРИЧИНЫ ВЫХОДА НЕСТЕРИЛЬНЫХ ИЗДЕЛИЙ И ВЗРЫВОВ ФЛАКОНОВ ПРИ СТЕРИЛИЗАЦИИ ПАРОВЫМ МЕТОДОМ (ИССЛЕДОВАНИЕ)

Как показало исследование, [4] к получению нестерильного материала при паровом методе стерилизации приводили нижеследующие причины:

1. Низкая температура стерилизации вследствие неполного удаления воздуха из стерилизуемых материалов и стерилизационной камеры:

- а) при сокращении времени продувки;
- б) при тесной загрузке, неправильной укладке стерилизуемого материала в стерилизационной коробке;
- в) при плотной загрузке укладок в стерилизационной камере (навалом);
- г) при использовании для упаковки материалов, которые непроницаемы для пара (медицинская клеенка и др.);
- д) при неэффективной продувке при автоматическом режиме работы стерилизатора;
- е) при одновременной постановке на продувку текущим паром двух и более аппаратов, отводящих пар в одно канализационное колено.

2. Получение влажного материала после стерилизации вследствие:

- а) загрузки материалов при первом цикле стерилизации в непрогретую стерилизационную камеру, особенно в холодное время года;
- б) загрузки материалов в упаковке из двух слоев бязи навалом, плотно – при этом увлажнение происходит в местах соприкосновения бязи со стенкой стерилизационной камеры;
- в) быстрого и полного открытия крышки стерилизатора и выемки материала после цикла стерилизации – при этом температура стенок бикса, упаковки составляет 120°C; 130°C, а температура в помещении 18...20°C;
- г) одновременный выпуск пара из камер двух и более аппаратов в одно канализационное колено или один выход в атмосферу после цикла стерилизации (аппараты «соперничают» – в одном идет удаление, в другом образуется конденсат в виде тумана);
- д) загрузка в стерилизационные коробки, упаковки влажного белья и др.

В соответствии с требованиями нормативных документов выгрузка простерилизованного материала рекомендуется через 15 минут после открытия дверцы камеры. При этом предполагается, что упаковки, биксы должны остыть до 50...60°C, что не всегда достигается. Вторым методом сушки простерилизованных материалов – метод вакуумирования на конденсаторе при отрицательном давлении (-0,6...-0,8 кгс/см²) в течение 10 минут – также не всегда эффективен из-за длительных сроков эксплуатации аппаратов, в результате чего сушка проводится фактически при давлении -0,3...-0,5 кгс/см

3. Вторичная контаминация материалов во время остывания и хранения в функциональных подразделениях МО обусловлена:

- а) выходом материала влажным, что повышает риск вторичной контаминации, вследствие чего такой материал не должен использоваться в работе;
- б) фильтры стерилизационных коробок под действием пара под давлением со временем разрыхляются и перфорируются или «прогорают» до черного цвета с появлением трещин, что способствует нарушению герметичности бикса и стерильности материалов;
- в) выдача материалов в подразделения МО неостывшими, а также остывание упаковок с материалами и стерилизационных коробок вне асептического помещения или стерильного стола;

хранение стерильных материалов в отделениях на подоконниках, тумбочках, столах, каталках, что может сопровождаться нарушением стерильности материалов.

По наблюдениям достаточно бывает «встряхнуть» стерилизационную коробку с силой – и прогоревший фильтр разрушается на глазах. Существенным фактором является непонимание медицинскими работниками важности своевременной замены фильтров в стерилизационных коробках.

4. Основные причины разрушения флаконов при паровой стерилизации:

- а) тесная загрузка корзин флаконами, без учета коэффициента теплового расширения;
- б) остатки конденсата на дне перфорированной корзины (перекрыты все отверстия для стока конденсата), что приводило к отрыву дна флакона;
- в) резкие перепады давления внутри стерилизационной камеры и существенная разница давлений внутри флакона и в камере, что приводило к нарушению герметизации флакона из-за разрушения «обвязки или «завальцовки» пробки горлышка флакона или его взрыва.

Во всех этих случаях игнорировались требования ОМУ 42-21-35-91 «Стерилизаторы медицинские паровые. Правила эксплуатации и требования безопасности при работе на паровых стерилизаторах».

РЕКОМЕНДАЦИИ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ СНИЗИТЬ РИСК ВЫХОДА НЕСТЕРИЛЬНЫХ ИЗДЕЛИЙ

1. В холодный период года перед первым циклом стерилизации необходимо прогреть пустую камеру путем подачи в неё пара и набора давления до $+0,2...0,4$ кгс/см² по показаниям мановакуумметра с выдержкой 3–5 минут, что обеспечивает нагрев её стенок до 102–108°C.

2. Строго соблюдать требования к размещению материалов в стерилизационной камере: укладки не должна касаться стенок камеры, заполнение объема камеры не более чем на 85–95%.

3. Для удаления воздуха из материалов перед стерилизацией необходимо проводить «продувку» поочередно каждого стерилизатора, чтобы не было «соперничества» между ними вследствие разного давления внутри камер.

4. После набора рабочего давления в стерилизационной камере перед началом цикла стерилизации необходимо дополнительно проводить выпуск остатков воздуха и образовавшегося конденсата, приоткрывая кран выпуска пара в канализацию на 20–40 секунд, а во время стерилизации – через каждые 3–5 минут на 5–10 секунд без падения рабочего давления по мановакуумметру.

5. Своевременно заменять фильтры стерилизационных коробок.

6. При использовании современных упаковочных материалов на композиционной основе и стерилизационных коробок с фильтрами теоретически возможно увеличить время остывания простерилизованного материала в аппарате без вакуумирования, однако это приведёт к снижению кратности использования стерилизаторов в смену, что определяет необходимость дополнительного исследования этого вопроса.

7. Упорядочить условия остывания и хранения материалов после стерилизации в ЦСО, автоклавной – в асептическом помещении или на стерильно накрытом столе, или в шкафах, оснащенных ультрафиолетовыми излучателями, в функциональных подразделениях – в шкафах, с плотно закрытыми дверцами.

Использованная литература:

1. Брусина Е.Б. Эволюция эпидемического процесса госпитальных гнойно-септических инфекций в хирургии. Эпидемиология и инфекционные болезни // Главная медицинская сестра. 2014. № 2. С. 49–55.

2. Иванова М.В. Частота нарушений дезинфекционно-стерилизационного режима медицинских организаций разного профиля // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук, 2015.
3. Лавлинская Л.И. и соавт. Изучение особенностей дезинфекционно–стерилизационной деятельности // Международный научно-исследовательский журнал, № 01 (55), Часть 1, Январь
4. Ракитин А.В. и соавт. О причинах неудовлетворительных результатов стерилизации паровым методом на аппаратах гравитационного типа // Медиаль, № 3 (17) ноябрь 2015

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
«СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»**

2021, № 24

Подписано в печать 23.05.2021. Формат 60 x 84 1/8. Бумага офсетная. Печать офсетная.
Объем 4,25 уч.-изд. л.; 4,25 усл. печ. л. Тираж 500 экз. Заказ № 6245

E-mail:

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