

2018, № 3 (17)

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»

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.кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

Алешева Н.В., 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.)

Спонсор выпуска –
ПРОО МР СПб

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

Журнал выходит с 2013 г.

Адрес редакции Санкт-Петербург, Пискаревский пр., 47

Кафедра гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности

По вопросам подписки на электронную версию обращаться по адресу:

mediteka21@mediteka.ru

Оригинал-макет –
Цуцунава М.Р.

На первой странице обложки (слева-направо):

Шаихова Ф.Р. (студентка 3 курса лечебного ф-та), Антонова Л.В. (главная медсестра Городской больницы № 38 им. Н.А.Семашко), Гуревич Я.В. (процедурная медсестра), Чернышова А.А. (студентка 3 курса лечебного ф-та)

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

СОДЕРЖАНИЕ

КАФЕДРА

1 Всероссийский съезд средних медицинских работников. 20 лет спустя.....	3
<i>Цуцунава М.Р., Лаптева Е.С., Аристидова С.Н., Алешева Н.В., Джалалова О.Ю., Фокина Г.А.</i> По итогам студенческой практики. Наболело!.....	5
<i>Цуцунава М.Р., Лаптева Е.С.</i> Стандартная операционная процедура – залог безопасности медицинской деятельности.....	7

ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ

<i>Филатова Е.В., Арди О.Н.</i> Заглядывая в будущее.....	15
---	----

ОБЗОРЫ

<i>Цуцунава М.Р., Подопригора Г.М.</i> Нерешенные вопросы медико-социальной службы.....	16
<i>Цуцунава М.Р., Подопригора Г.М.</i> Перспективы профилактики падений в пожилом и старческом возрасте.....	20

ОБМЕН ОПЫТОМ

<i>Чернышова О.Ф.</i> Обеспечение безопасности эндоскопических исследований в условиях повышенной инфекционной нагрузки.....	29
<i>Богданова Е.А.</i> Участие медицинской сестры в проведении эндоскопиче- ской гастростомии.....	35
<i>Никифорова А.С., Плеханов В.А., Чехоева В.А.</i> Профилактика катетер-ассо- циированной инфекции кровотока (КАИК) и уход за центральным веноз- ным катетером (ЦВК).....	37

ЭССЕ	39
-------------------	----

1 ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ. 20 ЛЕТ СПУСТЯ...

Съезд проходил в непростые времена для системы здравоохранения: «низкий уровень медицинской помощи», «финансовый кризис», «неудовлетворенность потребительского спроса» ... Так характеризовалась система отечественного здравоохранения в целом на рубеже 21 века, общими тенденциями которой явились:

- Рост смертности и заболеваемости;
- Высокая материнская и детская смертность;
- Высокая смертность среди мужчин допенсионного возраста;
- Высокая распространенность болезней системы органов кровообращения, сердечно-сосудистой системы, несчастных случаев, суицидов и др. [2]

В сестринском деле, в частности, отмечались проблемы, связанные с оплатой труда, с организацией труда и социально-бытовые проблемы. Несмотря на всю драматичность ситуации, можно смело признать, что кризис в системе здравоохранения сыграл свою... положительную роль в развитии профессии медицинской сестры в России, так как вызвал необходимость в *переоценке значимости ее (профессии) вклада* в процесс *улучшения дела здравоохранения*. На рубеже 21 века наконец, пришло понимание того, что услуги сестринского персонала являются наиболее ценным ресурсом здравоохранения для удовлетворения потребностей населения «в доступной, приемлемой и экономически эффективной медицинской помощи». [5] В своем приветственном слове в адрес участников съезда Председатель Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга Юрий Павлов отметил: «...мы стоим на пороге, без преувеличения, «медицинской революции». Средний медицинский персонал становится более самостоятельным, перестает быть просто помощником врача».

Однако так считали пока еще не все: в следующем после съезда, в 1999 г., на проходившей коллегии Министерства здравоохранения РФ «Об итогах работы отрасли в 1999 года и задачах на 2000 год», когда определялись основные приоритеты развития отечественной медицины, в своем докладе министр здравоохранения Ю.Л. Шевченко подчеркнул, что «...центром приложения сил, направленных на развитие здравоохранения, должен стать врач, вооруженный современными медицинскими технологиями, профессионал, владеющий всеми методами современной профилактики, диагностики и лечения болезней». И далее: «сегодня всем должно быть ясно, что главной фигурой в деле развития здравоохранения является врач, его знания, профессиональное мастерство и нравственность...» («Такой должна быть медицина», Медицинский Экспресс, апрель 2000). По-видимому, резолюции съезда еще не были услышаны новым кабинетом Министерства здравоохранения...

Само решение о проведении Съезда оставалось до последнего дня под вопросом. Как отметил в своем приветственном слове министр здравоохранения Стародубов В.И., «...быть или не быть съезду? В условиях экономической нестабильности, задержки выплаты зарплаты — это не праздный вопрос». И дальше: «... Ваша позиция оказалась решающей при принятии решения. Съезду быть! Действительно, более чем у полуторамиллионной армии медицинских работников со средним профессиональным образованием накопилось много проблем, которые необходимо не только обсуждать в коллективах, но и принимать по ним решения на высоком форуме, которым и является наш съезд». Однако спустя 15 лет специалисты, изучая вопросы позиции медицинских сестер, отмечали низкое профессиональное самосознание и низкую профессиональную активность среднего медицинского персонала, которые ни в коей мере не способствуют переходу от жесткой традиционной модели сестринской помощи к современной модели ее организации — сестринскому процессу [1]

Через пять лет после съезда в 2003 г., несмотря на все трудности, в стране удалось сделать главное - сохранить интерес медсестер к их необычайно трудной профессии, к повышению уровня образования, квалификации, возможность обучения мед сестер в различных формах в рамках единого образовательного пространства. Все это позволило сохранить те кадры, на которых сегодня держится и будет держаться отечественное сестринское дело. [6]

На тот момент Минздравом России предпринят ряд мер по созданию нормативно-правовой базы для обеспечения деятельности специалистов сестринского дела: подготовлены предложения по внесению в законодательные документы отдельной статьи, касающейся прав и обязанностей специалистов сестринского дела. Начата работа по созданию профессиональных стандартов (протоколов) сестринской

деятельности, что обеспечит эффективность и качество оказания медицинских услуг. Введен в действие новый приказ № 267 от 16.08.2002 о номенклатуре специальностей в лечебных учреждениях, где в соответствии со специальностью «Управление сестринским делом» были введены 9 новых должностей в лечебно-профилактические учреждения.

Социологический анализ состояния и проблем сестринской практики позволяет судить о наличии сформировавшихся условий для изменений социально-профессионального статуса медицинских сестер. Речь идет о таких составляющих как современные сестринские технологии; информатизация медицины и новые способы работы с медицинской информацией; новые организационные формы сестринской практики; новые формы подготовки медицинских сестер. [1] Однако исследования показали, что имеющийся потенциал возможностей медицинских сестер в общественном здравоохранении используется только на треть, имеются минимальные возможности для профессионального роста, большинство медицинских сестер исполняют роль вспомогательного персонала. 100% респондентов отмечают отсутствие полномочий в принятии решений на уровнях оказания медико-санитарной помощи, недостаток самостоятельности в управлении персоналом. Практически все медицинские сестры (100%) считают, что они не вносят никакого вклада в процесс реформирования политики, принятия решений в вопросах, относящихся к общественному здравоохранению. Только 3,8% медицинских сестер, из числа опрошенных, отмечают уважительное отношение общественности к их профессии; 46,1% респондентов оценивают это отношение как «низкий статус»; 88% респондентов считают необходимым поднять социальный статус медицинской сестры, престиж сестринской профессии. [7]

Кроме того, выявилось несовершенство организации управления сестринской службой в нашей стране. Анализ ситуации, сложившейся в сестринском деле, указывает на ряд нерешенных проблем, в том числе недостаточное нормативно-правовое обеспечение и несовершенство системы управления деятельностью сестринского персонала, малоэффективное использование кадров в практическом здравоохранении. Неэффективность традиционной системы управления проявляется в возникающих проблемах координации деятельности сестринских структур, двойном подчинении и т. д. В настоящее время должностные функции организаторов сестринского дела недостаточно четко регламентированы. [3] Ситуация усугубляется и нежеланием достаточно большого числа руководителей признать за медицинскими сестрами право на управленческие должности, так как в силу сложившихся патриархальных стереотипов, косности и негибкости ума подобные руководители привыкли к модусу, что «врач — главный над сестрой».

На Съезде министра здравоохранения Стародубов В.И. заверил участников в том, что «...Минздрав России... примет самое активное участие в реализации всех положений резолюции съезда и будет способствовать повышению престижа специалистов со средним профессиональным образованием в нашей стране». Однако специалисты констатируют: последние десять лет отмечены падением престижа профессии медицинской сестры в России и, как следствие, снижением социально-профессионального статуса представителей этой профессии. Очевидно, что у руководителей здравоохранения нет четкого представления о том, что в настоящее время сестринская практика представляет собой сложный технологический процесс. Правительством делаются лишь первые шаги по укреплению статуса медицинских сестер, получивших высшее образование. Несмотря на принятые нормативные акты, в законодательстве остается много слабых мест. Сами медицинские сестры сегодня видят пробуксовку реформы сестринского дела. [4]

Таким образом, можно заключить, что основная проблема - низкий престиж профессии - за 20 лет остается нерешенной; к ней добавились еще две – низкое самосознание и профессиональная активность медицинских сестер. Именно эти вопросы препятствуют наметившимся преобразованиям в сестринском деле и отчасти их проявление не позволило за эти годы произойти тем позитивным изменениям в сестринском деле, которых мы были вправе ожидать после Съезда.

Литература

1. Андриянова Е.А. Социально-профессиональный статус медицинских сестер в контексте инновационных преобразований в сестринской практике // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Том 7, № 2. С. 491-494
2. Виенонен М. Анализ развития и реализации государственной лекарственной политики в Российской Федерации // Фармацевтический вестник. № 3(202). 30 января, 2001г.
3. Жаворонков Е.П. и соавт. Сестринский персонал медицинских организаций в условиях реформирования здравоохранения // ...2012. - № 4. – С.
4. Лапик С.В. Роль и место сестринского персонала в системе оказания медицинской помощи // Здоровье и образование в XXI веке. 2017. №8. С. 107-109
5. Логинова И.И. В штате Минздрава России есть главный специалист по сестринскому делу // Сестринское дело. – 2000. - № 5

6. Киселева А. Н., Резцова Е. М. Сестринское дело: прошлое, настоящее, будущее // Вятский медицинский вестник. - 2003. - № 1 (13). – С.
7. Муратбекова С.К. Повышение социального статуса и престижности профессии среднего медицинского персонала // Приволжский научный вестник. - 2012. - №1 (5). - С. 48-52

ПО ИТОГАМ СТУДЕНЧЕСКОЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ. НАБОЛЕЛО!

*Цуцунава М.Р., Лантева Е.С., Аристидова С.Н,
Алешева Н.В., Джалалова О.Ю., Фокина Г.А.
ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»*

Заканчивается лето, пора подводить итоги прошедшей производственной практики обучающихся лечебного и медико-профилактического факультетов. Какие практические навыки они приобрели? Чему они научились? Или - научились ли они хоть чему-нибудь?

Целью производственной практики является формирование профессиональных и общепрофессиональных компетенций, включающих в себя готовность и способность к демонстрации применения теоретических знаний в практической сфере при выполнении сестринских манипуляций/вмешательств и практических навыков. Ни для кого не секрет, что только на практике можно приобрести и отшлифовать нужные навыки, с которыми обучающиеся уверенно смогут прийти в систему здравоохранения и стать настоящей опорой для своих старших коллег. И все мы заинтересованы в подготовке таких специалистов. Более конкретные задачи практики и сроки прохождения зависят от курса обучения (в среднем - от 20 до 30 дней при шестичасовом рабочем дне).

С некоторых пор вопрос прохождения практики оказался в категории непростых. По-видимому, все началось в 90-х годах прошлого века. В 1997 г. была проведена конференция в Санкт-Петербурге, где встретились преподаватели СПО и главные медицинские сестры города. Одним из аспектов конференции был вопрос содержания студенческой практики. Преподаватели объяснили руководителям сестринских служб цели и задачи студенческих практик. Основная идея заключалась в том, что сестринская практика не может быть исключительно санитарской. Едва ли участники догадывались о том, какую бурю страстей может вызвать такое заявление. Запомнилось выступление одной достаточно авторитетной в городе главной медсестры, которая сказала буквально следующее: «Я **ЭТО** делала в свое время, и **ОНИ** тоже будут **ЭТО** делать!»

Сменилась эпоха, колоссальное количество требуемых временем и позитивных перемен произошло в системе здравоохранения, казалось, это должно было найти свое отражение и в мировоззрении медицинских работников, в правильном понимании значимости такого необходимого элемента в обучении как практика. Однако...

Сегодня, такое ощущение, что мы до сих пор пребываем в тех самых 90-х годах. Несмотря на то, что в большинстве стационаров руководители сестринских служб получили высшее медицинское образование, но мало что изменилось. До сих пор встречаются руководители, которые либо не хотят, либо не способны правильно понимать роль обучающегося, пришедшего на практику в медицинскую организацию и воспринимают студентов как дополнительную рабочую силу по уборке помещений. И все. Более вопиющей является ситуация, когда руководителем студенческой практики на месте назначается... сестра-хозяйка.

В Приказе Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. N 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» продемонстрированы должностные обязанности сестры-хозяйки:

«...Руководит работой санитарок и уборщиц по содержанию в чистоте и порядке помещений медицинской организации (подразделения), обеспечивает обслуживаемое подразделение хозяйственным инвентарем, спецодеждой, предметами гигиены, канцелярскими принадлежностями, моющими средствами, постельным и нательным бельем для больных. Производит смену халатов, полотенец работникам медицинской организации. Составляет заявки на ремонт помещений, оборудования, инвентаря и контролирует его проведение. Обеспечивает блоки питания (буфет, столовая) оборудованием, посудой и следит за правильной их маркировкой и использованием. Ведет учетно-отчетную документацию».

Каковы же требования к этой должности?

«Среднее (полное) общее образование и дополнительная подготовка по направлению профессиональной деятельности без предъявления требований к стажу работы». Будущим специалистом руководит человек без специального образования. Господа! Студенты – не санитарки и не уборщицы. Единственным их руководителем на клинической базе может быть только старшая медсестра, назначение которой должно быть оформлено приказом главного врача.

Сегодня практика четко структурирована. Есть отчетный документ – Дневник по производственной практике, где отражены все манипуляции, которыми студент должен овладеть за отведенный отрезок времени. Одним из обязательных условий заполнения дневника является указание реально выполненных манипуляций. Как должен реагировать руководитель практики от образовательного учреждения при оценке практики, когда в графе выполненных манипуляций стоит 20 манипуляций только в разделе «Гигиеническая обработка рук» и «Утилизация отходов», а в остальных разделах проставлены нули? А на вопрос преподавателя, чем же вы там занимались все это время, звучит до оскомины набивший ответ «Мыли полы...»?

На самом деле уборка как вид деятельности предусмотрена на первом курсе, и перед тем, как поручить ее студенту, сотрудник больницы должен разъяснить, в какой именно уборке будет задействован обучающийся: в генеральной ли или в текущей / очаговой дезинфекции. Главное, чтобы мы общались на одном языке, и чтобы на местах вся деятельность по уборке происходила в рамках действующего СанПиНа, по которому изучают раздел «Инфекционная безопасность». Это, кстати сказать, поможет студенту связать теорию с практикой. Сотрудникам стационара, которые руководят практикой, следует обратить внимание на количество рекомендуемых уборок в Дневнике, оно ограничено определенным числом, и студент вправе указать на то, что требуемое количество уборок им выполнено.

Из определенного круга задач, поставленных перед обучающимся на период практики, следует особо отметить **индивидуальное задание**, которое студенты должны выполнить в обязательном порядке. Цель этого задания прописана в «Методических рекомендациях» Дневника. Главным образом, задание связано с научной работой, так как в рамках изучения дисциплины «Учебная практика по получению первичных умений и навыков, в том числе навыков научно-исследовательской деятельности» студенты должны овладеть и базовыми навыками научной деятельности. И здесь также нужны и понимание, и поддержка со стороны, и администрации, и персонала, так как целевой аудиторией, в первую очередь, являются пациенты, и обучающемуся может потребоваться помощь в подборе участников для своего исследования, а также время для его выполнения. Студентов, которые не выполнили индивидуальное задание, ждет «неаттестация» со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Медицинская организация, заключившая с университетом договор на организацию практики, а точнее – ответственные лица за организацию практики, должны в первую очередь ознакомиться с теми требованиями к прохождению практики, которые прописаны в Дневнике, и только после этого проводить распределение студентов по отделениям/постам и опять-таки – в соответствии с теми задачами, которые поставлены перед студентами. Однако на поверку оказывается, что данный подход практикуется не всеми.

Не удивительно, что и сегодня от студентов идут жалобы, на которые кафедра обязана реагировать. Одно из таких «расследований» обнажило нелицеприятное явление, связанное с позицией главной медсестры. Вместо конструктивного диалога в ответ на наши вопросы и ука-

зание на изъяны организованной практики мы услышали угрозу об отказе университету в практике вообще. Подобная позиция должна быть известна руководителям сестринских служб города.

В то же время мы хотели бы выразить огромную благодарность отдельным нашим лечебным учреждениям, руководители которых позаботились о том, чтобы наши обучающиеся почувствовали себя нужными, полезными и дали возможность действительно поработать руками и приобрести определенные практические навыки. Среди этих учреждений – СПб ГУЗ Городская больница № 20, 25, 26, 33, 38, 40, Мариинская, Госпиталь ветеранов войн, Дорожная клиническая больница.

Один мудрый человек сказал: «Нельзя жить в новом мире вместе со старым багажом знаний». Меняйтесь, господа, меняйтесь!

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА – ЗАЛОГ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Цуцунова М.А., Лантева Е.С.
ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

Одним из актуальных вопросов сегодняшнего дня является разработка медицинскими организациями стандартных операционных процедур (СОПов). В связи с чем появилась такая необходимость в СОПах? Как разрабатывать и применять СОПы в практике медицинской сестры? Какие СОПы должны обязательно быть в медицинской организации? Что такое СОП вообще? На эти и другие вопросы мы постарались найти ответы, которые и нашли свое отражение в данной статье.

При оказании медицинской помощи в условиях медицинской организации (далее – МО) или за ее пределами всегда есть определенные риски, представляющие угрозу здоровью пациентов и персонала. В РФ проблема безопасности медицинской помощи в тесной связи с ее качеством выделена как одна из приоритетных для практического здравоохранения (Россия вступила во Всемирный альянс за безопасность пациентов в 2006 г., принята Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (2011), нормативно закреплены положения о качестве и безопасности медицинской помощи (гл. 2 ст. 4; гл. 7 ст. 64; гл. 12 ст. 85, 87, 88, 89, 90 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

В классификации рисков в здравоохранении, разработанной А.И. Вялковым и В.З. Кучеренко, выделены такие группы риска как: 1) риски, связанные с управлением; 2) риски, связанные с угрозой здоровью медицинских работников; 3) профессиональные (медицинские) риски.¹ Управление рисками предусматривает идентификацию и оценку риска, реализацию мер по уменьшению или по предупреждению (недопущению) риска, надзор и оценку результативности этих мер, целью которых является уменьшение или исключение повреждающего воздействия опасности на здоровье и жизнь пациента. Внедрение элементов управления рисками позволяет не только минимизировать степень отрицательных последствий, но и значительно улучшить качество медицинской помощи. [1]

До настоящего времени научно не обоснованы и не разработаны процедуры, выполнение которых обеспечивало бы соответствующий уровень безопасности для пациентов и персонала медицинских организаций, не формализованы и не стандартизованы функции персонала

¹ Вялков А.И. Организационно-методические аспекты снижения рисков медицинской практики / А.И. Вялков, В.З. Кучеренко // Главный врач. - 2006. - №2. - С. 5–8

МО, связанные с обеспечением безопасности медицинской деятельности, не определены конкретные методические приемы обеспечения безопасности медицинской деятельности.

Регламентация отдельных повторяющихся процедур, важных для обеспечения безопасности медицинской деятельности, наиболее эффективно обеспечивается с помощью стандартных операционных процедур (СОП). Обычно СОП составляется в тех случаях, когда рутинная (повторяющаяся) процедура должна закончиться определенным результатом, важным для функционирования организации. Согласно одному из определений, стандартная **операционная процедура** – это документ, предназначенный для конкретного исполнителя и содержащий описание последовательности действий, необходимых для выполнения конкретной задачи. В контексте клинических испытаний в рамках Международной конференции по гармонизации (ICH, 1990), СОПы были определены как детально прописанные инструкции с целью достижения единообразия в выполнении конкретной функции.

Наличие СОПа подразумевает выполнение процедуры в соответствии с прописанными в нем инструкциями. Несоблюдение СОП будет рассматриваться как нарушение процесса с точки зрения аудита или с юридической точки зрения. [7]

Происхождение термина СОП не ясно. Британская энциклопедия указывает на то, что аббревиатура появилась ближе к середине 1900-х годов, но уже использовалась во время Второй мировой войны. [5] У нас об актуальности и важности разработки СОПов как важнейшего элемента системы управления качеством медицинской помощи говорится последние лет двадцать (одно из первых упоминаний - в решении коллегий Минздрава, Госстандарта России и Совета исполнительных директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования от 3 декабря 1997 г. «Об основных положениях стандартизации в здравоохранении»).

При этом как в отечественной, как и в зарубежной клинической практике, СОП пока не получил необходимого распространения. В зарубежной литературе приводятся отдельные примеры разработки и использования СОП в клинике. Показано, что их использование позволяет снизить количество врачебных ошибок при постановке диагноза, выявлять факторы риска у пациентов, помогает в выявлении пациентов, склонных к суицидам и т.д. Однако, как отмечается, эти примеры носят единичный характер, системной работы в этом направлении не ведется. Тем не менее, пользу могут принести даже единичные примеры СОПов, разработанных и апробированных для клинической помощи.

В частности, исследование Giselle Patrícia Guerrero и соавт., проведенное в трех стационарах Бразилии, показало, что 56,7% медицинских сестер используют СОП только при наличии у них сомнений; 54,02% младшего медперсонала и 62,86% медсестер не считают, что процедуры соблюдаются. Как заключили авторы, эти данные указывают на необходимость продолжения обучения использованию СОП и соблюдению всеми специалистами в целях улучшения ухода за пациентами. [4]

Поводом для разработки СОП в нашей стране может быть получение невысоких результатов оценки системы обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности, например, по разделу «Эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи)», как это произошло в одной из крупных многопрофильных стационаров. В частности, показатель соответствия организации системы обеспечения эпидемиологической безопасности (наличие локальных документов/ приказов главного врача по вопросам профилактики ИСМП) по оценочным показателям составил 36,4%. Причем, на момент проведения аудита в МО имелись разработанные стандартные операционные процедуры (СОП), но работа по стандартизации выполнения инвазивных процедур со стороны персонала (обучение, контроль исполнения, корректирующие действия) находилась на начальном этапе, таким образом, обеспечение эпидемиологической безопасности медицинских технологий (при инвазивных вмешательствах) соответствовало на 44,4%. [2]

На основании полученных результатов оценки была сформирована рабочая группа специалистов, основной задачей которой является формирование и внедрение в практическую деятельность системы менеджмента качества, реализуемой, в первую очередь, через устранение выявленных несоответствий, внедрение эпидемиологического обеспечения в деятельность

МО, идентификацию, анализ, ранжирование и управление рисками развития ИСМП, разработку и внедрение в практику СОП выполнения медицинских технологий, мониторинг результатов и совершенствование системы управления рисками (анализ отчетности, проведение периодических аудитов).

Если вы сомневаетесь, нужны ли вам СОПы, пройдите тест и отметьте «галочкой» те утверждения, с которыми вы согласны:

- в течение рабочего дня мои сотрудники спрашивают друг у друга или у меня: где, что лежит; как работает то или иное оборудование, программа или аппарат; порядок действий при выполнении какой-либо операции;
- в вашей организации бывает некачественное (с ошибками или дефектами) выполнение работ/предоставление услуг и т.п.;
- в вашей организации бывают случаи задержек по срокам;
- в вашей организации произошли какие-то изменения: новое оборудование, новый процесс, новый формат работы и т.д.;
- вы планируете передать часть работы другому специалисту.

Если вы отметили хоть один пункт, значит **без СОП вам не обойтись!**

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАЗРАБОТКЕ СОП

Вне зависимости от сферы применения все СОП имеют общую структуру. Рассмотрим отдельные требования к разработке СОП на примере «Руководство по разработке стандартных операционных процедур»: [6]

1. стиль изложения:

«СОП должны быть написаны в сжатом, пошаговом, удобном для чтения формате. Представленная информация должна быть недвусмысленной и не слишком сложной. Термин «вы» не должен использоваться, однако он подразумевается. Документ не должен быть многословным или слишком длинным, при этом простым и коротким. Для устранения каких-либо сомнений относительно того, что требуется, информация должна быть передана четко и ясно. Кроме того, используйте блок-схему, чтобы проиллюстрировать описываемый процесс».

2. разработка:

«СОП должны быть прописаны достаточно подробно, чтобы ее смог успешно воспроизвести любой специалист (с ограниченным опытом или знаниями процедуры, но с базовым пониманием). Требования к опыту выполнения деятельности следует отметить в разделе о квалификации персонала. Например, если требуется базовый опыт по химии или биологии или дополнительное обучение, необходимо это указать».

3. контроль:

«В организации должен быть основной список всех СОП. В этом файле или базе данных должны быть указаны номера СОП, номер версии, дата выпуска, название, автор, статус, организационное подразделение, филиал, раздел и любую историческую информацию о прошлых версиях. Ответственным за ведение данного файла обычно является менеджер по качеству (или назначенное лицо).

Общий формат

СОП должны быть организованы таким образом, чтобы обеспечить легкость и эффективность их использования и быть конкретными для организации, которая ее разрабатывает. Нет ни одного «правильного» формата; и внутреннее форматирование будет зависеть от организации и типа СОП. По возможности информация должна быть разбита на ряд логических шагов, чтобы избежать длинного списка. Степень детализации, представленной в СОП, может отличаться и зависеть, например, от частоты выполнения процедуры, количества людей, которые будут использовать СОП, и доступности обучения.

Первая страница (или титульная) каждого СОП должна содержать следующую информацию: заголовок, который четко идентифицирует действие или процедуру, номер идентификатора СОП (ID), дату выпуска и / или ревизию, название соответствующего агентства, подразделения и / или филиал, к которому применяется этот СОП, а также даты подписей и подписей тех лиц, которые подготовили и утвердили СОП. Электронные подписи приемлемы для СОП, поддерживаемых в компьютерной базе данных.

Хорошо написанные СОП отличаются: кратко установленная цель, описывающая работу или процесс, включая любую нормативную информацию или стандарты, соответствующие процессу СОП; наличие списка терминов, которые используются в СОП; последовательно указаны процедуры, которые следует соблюдать, разделенные по значимости (например, возможные помехи, необходимое оборудование, квалификацию персонала и вопросы безопасности (предпочтительно, выделенные жирным шрифтом, чтобы привлечь внимание пользователя). Наконец, описаны все соответствующие действия по контролю качества для этой процедуры и перечислены все ссылки /источники».

А вот рекомендации наших специалистов: «...Грамотный СОП медицинской сестры отвечает следующим требованиям: Краткость. Четкость. Конкретность. Хорошо, если вся информация будет оформлена в виде схем и таблиц, а текст использован только в тех случаях, когда представить алгоритм графически невозможно. Нежелательно использовать пространственные теоретические объяснения и обоснования, иначе исполнителю придется потратить время на теорию вместо правильного и четкого выполнения задачи стандарта. Все пункты стандартной операционной процедуры должны быть согласованы с требованиями действующей нормативной документации. Нельзя не учитывать при этом и специфику учреждения – только так можно вывести безопасность и эффективность деятельности ЛПУ на новый уровень. Готовые стандарты, которые достаются только при проверке учреждения вышестоящими надзорными органами, использовать крайне нежелательно. Опыт показывает, что такие СОПы бесполезны во всех случаях, кроме внешних проверок».²

В нашей стране основные принципы (алгоритм) формирования стандартных операционных процедур (СОП) по обеспечению безопасности при осуществлении медицинской деятельности, которые являются базовыми и универсальными и могут быть использованы в любой медицинской организации, предложены Шестопаловой Т.Н. и Гололобовой Г.В. Разработанный алгоритм формирования СОП включает, по мнению авторов, все необходимые аспекты, отвечающие на важнейшие вопросы обеспечения качества медицинской деятельности: Как делать правильно? Когда? Где? Кому? Что является результатом исполнения СОП?

В СОП должны быть отражены:

- ◆ цель – указывается, к каким конкретно мероприятиям (процедурам, манипуляциям) устанавливаются требования данного СОП;
- ◆ область применения – указывается, на какие предприятия (организации), структурные подразделения распространяется СОП;
- ◆ нормативные ссылки – указываются документы, регламентирующие деятельность в сфере, применительно к которой разработан СОП;
- ◆ термины и обозначения – понятийный аппарат и расшифровка аббревиатур, использованных в СОП;
- ◆ распределение ответственности – указываются конкретные лица, ответственные за организацию контроля над выполнением требований СОП, за выполнение требований СОП, за обучение медицинского персонала правилам, регламентируемым СОП;
- ◆ материально-техническое обеспечение – указываются оборудование и материалы, необходимые для выполнения требований СОП;
- ◆ описание процедуры – указываются предназначения регламентируемых процедур и условия соблюдения определенных требований для их успешной реализации и достижения запланированного результата;
- ◆ обучение персонала – регламентируется порядок повышения знаний и практических навыков медперсонала по соответствующим вопросам, указывается лицо, ответственное за обучение, порядок прохождения аттестации (проверки уровня знаний и навыков);
- ◆ оценка результативности – регламентируется проведение мониторинга показателей, характеризующих те аспекты, на которые направлен СОП;

² Как разработать и внедрить СОПы для медицинских сестер. Практическое пособие. Акцион. МЦФЭР. 2017

- ◆ наглядная информация – регламентируется обязательность размещения соответствующих инструкций, плакатов, методических пособий;
- ◆ статистические формы, приложения – регламентируется список обязательных для заполнения и включения в СОП соответствующих статистических форм для проведения мониторинга, протоколов для проведения аттестации, приложений для пояснений последовательности проведения соответствующих манипуляций. [3]

КЛАССИФИКАЦИЯ СОП

При обсуждении классификационных принципов деления СОПов было предложено, по крайней мере, 3 возможных подхода к классификации:

- 1) по отнесению к ресурсам, технологиям или результатам (согласно «триаде» Донабедиана);
- 2) по отнесению к структурным элементам МО (например, СОПы, определяющие рабочие процедуры внутри отдельных подразделений; взаимодействие между подразделениями или общие для организации в целом);
- 3) по взаимодействию организации с различными элементами внешней среды (СОПы, определяющие взаимодействие с пациентами, страховыми МО, органами управления здравоохранением, другими МО, поставщиками ресурсов и т. д.).

Предложенные классификационные подходы в значительной мере пересекаются между собой. Например, СОПы при обеспечении лекарствами или кадрами относятся к ресурсным СОПам. В применении к лекарственному обеспечению это могут быть СОПы:

- по закупке лекарственных средств;
- по распределению лекарственных средств по отделениям; выписке рецептов;
- по назначению лекарственных средств;
- по разработке формулярных перечней и справочников;
- по хранению лекарственных средств;
- по выдаче лекарств на пост или раздаче постовой сестрой и др.

СОПы, касающиеся кадровых ресурсов, могут быть следующими:

- прием на работу младшего, среднего медицинского персонала, врачей, заведующих отделениями;
- должностные обязанности для младшего, среднего медицинского персонала, врачей, заведующих отделениями и др.;
- направления на повышение квалификации, специализацию

По всей видимости, разработка СОПов должна проводиться с учетом принципа приоритетности. Разработка СОПов определяется в каждой МО индивидуально, поскольку зависит от ее типа, мощности, структуры, материально-технического обеспечения, укомплектованности кадрами и др. При этом создание первоочередных СОПов должно соотноситься с наиболее проблемными областями функционирования МО.

Примеры СОП «Лекарственное обеспечение»:

- ✓ Проверка срока годности лекарственных препаратов и фармацевтических товаров
- ✓ Выявление фальсифицированных, недоброкачественных, контрафактных лекарственных препаратов
- ✓ Порядок хранения, транспортировки и использования дезинфицирующих препаратов
- ✓ Хранение и транспортировка лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники
- ✓ Порядок хранения в МО лекарственных препаратов
- ✓ Хранение иммунобиологических лекарственных препаратов
- ✓ Порядок хранения в МО лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства и психотропные вещества
- ✓ Правила утилизации лекарственных средств с истекшим сроком годности или списанных по иным причинам

- ✓ Работа с лекарственными препаратами, подлежащими предметно-количественному учету
- ✓ Организация приемочного контроля
- ✓ Правила сбора разлитой жидкости
- ✓ Правила хранения и движения медикаментов с высокой степенью риска
- ✓ Использование гигрометра

Литература

1. Гуслякова Р.П. и соавт. Возможности использования принципов менеджмента качества и стандартных операционных процедур в многопрофильном стационаре // Практическая медицина. – 2017. - № 8 (109). – С. 59-61
2. Маркова О.П., Марченко А.Н. Риск-менеджмент в обеспечении безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях тюменской области // Медиаль. – 2018. - № 1 (21)
3. Шестопалова Т.Н., Гололобова Т.В. Использование стандартных операционных процедур как одно из направлений обеспечения безопасности медицинской деятельности // Анализ риска здоровью. 2018. № 2. – С. 129-137
4. Giselle Patrícia Guerrero и соавт. STANDARD OPERATING PROCEDURE: USE IN NURSING CARE IN HOSPITAL SERVICES // Rev Latino-am Enfermagem 2008 novembro-dezembro; 16(6):966-972 Режим доступа: www.eerp.usp.br/rlae Дата обращения: 1 августа 2018г.
5. Sathyanarayana Rao, T.S. et al. Standard operating procedures for clinical practice // Indian J Psychiatry. 2011 Jan-Mar; 53(1): 1–3.
6. Guidance for Preparing Standard Operating Procedures (SOPs). Апрель, 2007.
7. Standard operating procedures Режим доступа: <https://www.thermh.org.au/research/researchers/governance/standard-operating-procedures> Дата обращения: 30 июля 2018

Пример 1. СОП (рабочая версия)

Медицинская организация полное наименование		СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА		Номер	
				ЛИСТ	ВСЕГО:
Название: Учет сданных родственниками неиспользованных рецептов и остатков наркотических средств и психотропных веществ, оставшихся после смерти онкологических больных на дому				Подразделение:	
ДЕЙСТВУЕТ С:	ЗАМЕНЯЕТ: ВВОДИТСЯ ВПЕРВЫЕ	ПРИЧИНА ПЕРЕСМОТРА:		ДАТА СЛЕДУЮЩЕГО ПЕРЕСМОТРА:	
СОСТАВИЛ: «03» МАЯ 2018 Г.		УТВЕРДИЛ: Руководитель _____			

Цель: стандартизировать процедуру учета сданных родственниками неиспользованных рецептов и остатков наркотических средств и психотропных веществ, оставшихся после смерти онкологического пациента на дому

Список терминов

Наркотические средства и психотропные вещества – НС и ПВ

Область применения

Где:

Когда: после смерти онкологического пациента на дому

Ответственность: работник, ответственный за оформление свидетельств о смерти, назначенный Приказом по лечебно-профилактическому учреждению

Процедура:

1. принять у родственников умершего онкологического больного неиспользованные рецепты, остатки лекарственных средств, содержащих наркотические средства и психотропные вещества
2. провести сверку расхода препарата с момента получения очередного рецепта, записанного в амбулаторную Карту

3. Количество сданных рецептов и препаратов, их наименования и лекарственные формы (ампулы, таблетки, порошки) зарегистрировать в специальном журнале, пронумерованном, прошнурованном, подписанном руководителем учреждения и скрепленном круглой печатью
4. В журнале учета сделать отметку о количестве уничтоженных наркотических средств и психотропных веществ.
5. По факту уничтожения составить акт в количестве по числу сторон, принимающих участие в уничтожении наркотических средств и психотропных веществ.

Обеспечение необходимых условий

1. Сданные рецепты и препараты подлежат хранению в сейфе до их уничтожения.
2. При невозможности своевременного уничтожения остатков НС и ПВ обеспечивается герметичность ампул (флаконов) с использованием подручного материала (например, сургуч, пластилин, воск, парафин и иной материал), ампулы (флаконы) помещаются в любую упаковочную тару и хранятся в сейфе на отдельной полке до уничтожения (передачи на уничтожение);
3. Для предметно-количественного учета, списания и уничтожения фактический объем остатков НС и ПВ во вскрытых ампулах (флаконах) высчитывается арифметически без учета возможных потерь, в том числе при наборе в шприц и подготовке к инъекции
4. НС и ПВ, сданные родственникам умерших больных, подлежат списанию и уничтожению в присутствии представителей органов внутренних дел, органов управления здравоохранением и органов охраны окружающей среды в установленном порядке.

Нормативно-справочная документация

Приказа Минздрава РФ от 16.05.2003 N 205

Приложение 6 к приказу от 12 ноября 1997г. № 330

Приказ Минздрава России от 07.05.2015 N 228н

Пример 2. СОП (рабочая версия)

Медицинская организация полное наименование		СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА		Номер
				ЛИСТ ВСЕГО:
Название: Допуск лиц к работе с НС и ПВ, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров				Подразделение:
ДЕЙСТВУЕТ С:	ЗАМЕНЯЕТ: ВВОДИТСЯ ВПЕРВЫЕ	ПРИЧИНА ПЕРЕСМОТРА:	ДАТА СЛЕДУЮЩЕГО ПЕРЕСМОТРА:	
СОСТАВИЛ: «03» МАЯ 2018 Г.		УТВЕРДИЛ: Руководитель _____		

Цель: стандартизировать процедуру допуска лиц к работе с НС и ПВ, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров

Список терминов

НС и ПВ - Наркотические средства и психотропные вещества

МО – медицинская организация

Область применения

Где: МО, осуществляющая деятельность, связанную с оборотом НС и ПВ

Когда: при наличии у МО лицензии на деятельность, связанную с оборотом НС и ПВ

Ответственность: руководитель учреждения

Процедура:

1. Для получения заключений направить в органы по контролю за оборотом НС, ПВ и психотропных веществ **запрос** с приложением анкеты указанного лица по формам и в порядке, которые установлены Федеральной службой РФ по контролю за оборотом наркотиков.
2. **для получения справок** выдать лицу, оформляемому на работу с НС, ПВ, а также для осуществления деятельности, связанной с оборотом прекурсоров, направления в МО для прохождения в установленном порядке предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования) и обязательного психиатрического освидетельствования
3. издать соответствующий приказ о допуске к работе с НС и ПВ и заключить с указанным лицом трудовой договор или дополнительные условия (соглашение) к трудовому договору.
4. ознакомить допускаемое лицо с законодательством РФ о НС, ПВ, прекурсорах

СЕСТРИНСКОМУ ПРОЦЕССУ В ЕВРОПЕ – 45 ЛЕТ!

В 1973 г. в Европе была принята программа развития сестринского и акушерского дела, явившаяся результатом дискуссии Регионального Европейского Совета ВОЗ о сути сестринского дела. Одним из направлений программы был обозначен переход на новую модель организации сестринского ухода, коим был сестринский процесс. На той встрече присутствовали и представители Министерства здравоохранения СССР. Однако о сестринском процессе мы услышали только 20 лет спустя.

Ответ на вопрос «Почему нашей стране это было не интересно?» мы находим в «Страницах истории советского общества. Люди. Проблемы. Факты» (1989 г. изд-во политической литературы). Во второй половине 80-х годов частности, было признано, что «командно-административные методы того времени приводили к неадекватной реакции на международные события, а то и к ошибочным решениям... даже важнейшие решения принимались узким кругом лиц, без коллективного, всестороннего рассмотрения и анализа... Не всегда взвешивалось, во что обойдется народу и чем может обернуться тот или иной вариант действий»...¹ Идеология социалистического строя лишила советских медсестер возможности тесного сотрудничества со своими зарубежными коллегами. И все-таки *переосмысливать* сестринскую роль в системе здравоохранения мы начали под влиянием все тех же зарубежных коллег, однако лишь 20 лет спустя...

Первое знакомство российских медсестер с сестринским процессом произошло 25 лет тому назад, в 1993 г., на первой Всероссийской научно-практической конференции по теории сестринского дела в Голицыно. В рамках проекта «Новые медсестры для новой России» он был представлен наряду с другими вопросами участниками – медсестрами-преподавателями из США.

Обеспечение необходимых условий

1. справка об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к НС и ПВ, либо культивируемым наркосодержащим растениям, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом, (выданные государственными или муниципальными учреждениями здравоохранения в установленном законодательством РФ порядке

2. заключения органов по контролю за оборотом НС и ПВ об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к НС или ПВ либо культивируемым наркосодержащим растениям, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом НС, ПВ их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в т. ч. за преступление, совершенное за пределами РФ

3. допуск лица к работе с НС и ПВ прекращается при выявлении заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом и непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом НС и ПВ, в т. ч. совершенное вне пределов РФ.

4. Срок действия допуска лица к работе с НС и ПВ, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров, ограничивается сроком действия трудового договора.

Нормативно-справочная документация

Постановление Правительства РФ от 06.08.1998 N 892 (ред. от 25.05.2017) "Об утверждении Правил допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ"

ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ



ЗАГЛЯДЫВАЯ В БУДУЩЕ...

Филатова Е.В., Арди О.Н.

В Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении «Комплексный центр социального обслуживания населения» 04 июля 2018 года прошла встреча членов Профессиональной региональной общественной организации «Меди-

цинских работников Санкт-Петербурга» на базе СПб ГБУ «КЦСОН Московского района». Встреча прошла в форме Круглого стола по теме: «Перспективы развития секции «Социально-медицинское обслуживание на дому», межрайонное взаимодействие». На встрече с присутствовало 23 человека: Президент ПРОО «МРСП» к.м.н. доцент кафедры сестринского дела и социальной работы ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Подопригора Г.М., исполнительный директор ПРОО «МРСП», заведующий учебной частью кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечников Аристидова С.Н.; заместитель директора Филатова Е.В., заведующие отделениями социального обслуживания на дому: Председатель секции - Моденова Е.В., секретарь секции - Арди О.Н., Табакова Г.В., специалист по социальной работе Михайлова О. В., социальные работники, медицинские сестры КЦСОН Московского, Калининского, Петроградского, Адмиралтейского районов Санкт-Петербурга.

По результатам работы секции «Социально-медицинское обслуживание на дому» составлена и принята Резолюция Круглого стола, определены перспективы развития секции в рамках обучения специалистов по социальной работе, социальных работников и медицинских сестер, осуществляющих уход за маломобильными пожилыми гражданами и инвалидами трудоспособного возраста на дому, определены направления дальнейших межрайонных научно-практических занятий.



УДК 614.2; 364-07;364-62

НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ

*Цуцунава М.Р.**Подопригора Г.М.,*

ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова» Минздрава России

Санкт-Петербург, 191015, ул. Кирочная, д.41

amspiter@mail.ru

Аннотация

В данной статье представлен анализ нерешенных вопросов медико-социальной службы, которые могут негативно отразиться на ее развитии. В их числе, в частности, отсутствие единого понимания содержания медицинского компонента, сути понятия «межведомственный характер медико-социальной работы», значимости медицинского образования для специалистов данной службы и роли квалифицированных медицинских сестер, которые переходят из системы здравоохранения в социальную службу.

Ключевые слова: *медико-социальная служба, социальная работа, междисциплинарность, медицинская сестра*

Еще не так давно круг вопросов, связанных с социальной работой, был связан с такими ее аспектами как определение основного понятия, основные направления деятельности специалиста социальной работы, эффективность социальной работы, факторы, система критериев и показателей эффективности социальной работы, опыт социальной работы в России и за рубежом, (в частности, с пожилыми людьми и инвалидами); также рассматривались противоречия развития идеологии социальной работы, оказывающих влияние на выполнение данной нормативно-ценностной системой интегративных функций в современной социальной практике России.

Сегодня, в дополнение к выше обозначенным вопросам, добавляются такие как осмысление содержания понятия «медико-социальная работа», этапы медико-социальной работы и круг ее клиентов, проблемы взаимодействия медицинского персонала и работников социальных служб. Ответом на вопрос, почему и как социальная служба однажды стала медико-социальной, является определение содержания социальной службы, которое было сформулировано на одном из Всемирных конгрессов социальных работников в Монреале: «социальная работа обращается к барьерам, неравенству и несправедливости, существующим в обществе. Она дает ответ на кризисные и чрезвычайные ситуации, так же как на ежедневные личные и социальные проблемы. Социальная работа имеет в своем арсенале разнообразные навыки, технологии и методы и действует исходя из холистического подхода к человеку и окружающей его среде». Именно здесь хотелось бы указать на тот факт, что о таком подходе к пациенту мы узнали гораздо раньше: на него указала еще в 19 веке Флоренс Найтингейл, рассуждая на тему о возможности предупреждения и преодоления заболеваний. Сегодня ни у кого не оставляет сомнения тот факт, что нарушение здоровья влечет за собой социальные следствия, а «социальная атмосфера», в свою очередь, влияет на скорость выздоровления человека. Обществу потребовалось почти 100 лет, чтобы осознать, что медицина без социальной службы не способна решать проблемы здравоохранения в одиночку. Соответственно появились определенные терминологические конструкции такие как «медико-социальная помощь», «медико-социальная работа», «медицинская социальная работа», «социальная работа в здравоохранении».

Насколько содержание и соотношение этих терминов сегодня определено, и не нуждаются ли они в научном анализе? Например, термин «медико-социальная помощь», согласно «Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» «...включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и

зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности. Медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной, частной системы здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения». У данного определения отмечаются недостатки: в нем подчеркиваются меры социально-бытовой и экономической реабилитации пациента, однако не конкретизируются иные формы медико-социальной помощи, что в потенциале является причиной неправильной интерпретации понятия (может сложиться представление, что профессиональные обязанности социального работника сводятся к таким видам деятельности как, например, уход за нетрудоспособными и выплата пособий, и тормозом развития самой службы).

Учитывая, что определение медико-социальной работы должно в полной мере отражать оказываемые виды помощи, более детально проработанным и точным считается определение А. Мартыненко, который под медико-социальной работой понимает профессиональную деятельность междисциплинарного характера, направленную на медико-реабилитационную, правовую, психологическую и педагогическую помощь клиенту в восстановлении и сохранении его физического, психического и социального благополучия.³ Однако данное определение также требует определенных пояснений; в свое время их предложила Беляева М.А. В своем определении медико-социальной службы она добавила недостающее звено, а именно «плечи», на которые ложится медицинский компонент службы: медико-социальная работа — это профессиональная деятельность междисциплинарного и межведомственного характера, предполагающая оказание медико-социальной помощи населению, **медицинский компонент которой осуществляется медицинским персоналом всех уровней профессиональной подготовки** и включает все современные достижения медицины в профилактике, диагностике, лечении заболеваний и дальнейшей реабилитации человека.⁴ Однако «точку» ставить на этом рано, так как остаются, по меньшей мере, два крайне важных вопроса, требующих прояснений и, по всему, дальнейшей разработки — это суть понятия «межведомственный характер медико-социальной работы» и «уровень профессиональной подготовки медицинского персонала».

ВОПРОСЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

В сфере социальной работы чрезвычайно остро стоит проблема кадров — кадровый дефицит, несмотря на то, что на сегодняшний день подготовка и переподготовка специалистов по социальной работе осуществляются на базе 100 государственных, а также большого числа негосударственных образовательных структур. На 89 территориях России в социальной сфере трудится более 400 тыс. человек. Многие из них получили узкопрофильное профессиональное образование (медики, педагоги, психологи, социологи и т.д.), но не имеют профессиональной подготовки в области социальной работы. [1]

Пока специалисты обсуждают качество программ для профессиональной подготовки в области социальной работы, стоит остановиться на не менее важном вопросе — ее медицинском компоненте и соответствующей квалификации тех, кто уже работает в социальной службе. Учитывая то, что в медико-социальной работе акцент делается на здоровьесбережении, естественно предположить, что сегодня специалисту социальной службы необходимо и, возможно, в первую очередь, медицинское образование. Каким виделось решение? Были рассмотрены такие варианты как

1. введение социальных работников непосредственно в штат многопрофильных больниц и специализированных клиник и

³ Мартыненко А. В. Проблемы становления в России медико-социальной работы как профессиональной деятельности // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. — 1995. — № 4.

⁴ Беляева М.А. Осмысление содержания понятия «медико-социальная работа» // Педагогическое образование. — 2008. - № 1

2. компромиссное решение - добавить к обязанностям медицинских сестер некоторые социальные функции.

Первое решение было сопряжено со своими проблемами, а именно, учитывая четкую иерархию в штатном взаимодействии медицинского персонала (врачи, медсестры, младший медперсонал), появление сотрудников с новым, не вполне определенным полем деятельности вызвало бы ощутимое противостояние. Второе решение выглядело не лучше, если не сказать больше: одним из аргументов «против» было то, что именно медицинские сестры наделены значительной властью над жизнями временно ставших зависимыми от них пациентов, и случаи злоупотребления этой властью не единичны.⁵

В итоге второе решение трансформировалось в решение, которое выглядело вполне естественным: медико-социальная служба притянула к себе медицинских работников, и в социальную службу из здравоохранения стали переходить квалифицированные медицинские сестры. Казалось бы, что может быть лучше: в профессии стали появляться специалисты, квалификация которых соответствует современным требованиям медико-социальной работы и может стать необходимым импульсом для дальнейшего ее развития.

И снова «однако»: проблема поджидала там, где ее едва ли ожидали: опытных медицинских сестер с многолетним стажем работы за плечами при переходе в социальную службу стали лишать заслуженных профессиональных регалий: квалификационных категорий, подразумевающих соответствующий уровень оплаты труда. Объяснение только одно: разная ведомственная подчиненность служб и разные требования к специалистам. Есть, о чем задуматься руководителям этих ведомств, так как данная ситуация ставит под сомнение утверждение, что социальная работа является профессиональной деятельностью: необходимость искать «подработки» (что является очевидным в данной ситуации) сводит на нет ее соответствие, как минимум, одному из критериев профессии – «...социальная работа должна являться источником средств для существования индивида ее осуществляющую. Этот критерий помогает отделить профессиональную деятельность (следовательно, и ответственность за ее результаты), от деятельности, которая является проявлением альтруистических установок личности». [3] Пока этот вопрос обсуждается, считается, что социальная работа в здравоохранении должна быть представлена и социальными работниками среднего звена, и специалистами.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ И МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЙ ХАРАКТЕР МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ

В своем анализе понятия «междисциплинарность» А.Н.Книгин⁶ наградил его такими эпитетами как «популярное» и «модное», ссылаясь на многочисленные публикации отдельных статей и особенно сборников статей, претендующих в названии на междисциплинарность. В попытке объяснить эту тенденцию он, при этом, обращает внимание на то, что за модным словом часто скрывается смысловая бессодержательность или расплывчатость смысла. Как модное, оно заменяет старые привычные понятия, создавая иллюзию новизны.

Под междисциплинарностью в здравоохранении понимается возможность повышения качества оказания медицинской помощи пациентам на основе многоуровневого и комплексного использования потенциала врачей разных профилей и специалистов, успешное сотрудничество которых приводит к внедрению организационных, информационных, лечебных инноваций, способствует достижению медицинского, социального, экономического и в целом синергетического эффекта. [2] Во многих случаях под междисциплинарностью имеют в виду то, что раньше называлось «комплексным подходом». На практике комплексный подход заложен в принцип

⁵ Беляева М.А. Осмысление содержания понятия «медико-социальная работа» // Педагогическое образование. – 2008. - № 1

⁶ Книгин А.Н. Междисциплинарность: основная проблема // Вестник Томского государственного университета. – 2008. - № 3(4)

межведомственности, который означает, что для решения сложных социальных проблем необходимо объединение усилий ведомств, занимающихся социальной проблемой, всех заинтересованных организаций.

Любая социальная проблема: будь то проблема общества в целом или отдельного человека, носит комплексный характер. Социальную проблему невозможно изучить, оставаясь в рамках одной дисциплины, и невозможно решить силами одного учреждения или органа власти. Сегодня все более становится ясно, что современные знания, касающиеся эффективного оказания любых видов как медицинской, так и социальной помощи, редко приводят к значительному улучшению ситуации, если они не сочетаются с целенаправленными усилиями соответствующих ведомств по их внедрению. Эмпирическим путем установлено, что, если социальная проблема представлена у 15–20% представителей выборки (целевой группы), то она не может быть решена внутриведомственно.⁷ Такие проблемы не решаются годами, переводятся в разряд неизбежных – нерешаемых, игнорируются или приуменьшается их значение. [6]

Вопрос заключается в том, можно ли сегодня медико-социальную службу характеризовать как межведомственную? Можно ли говорить об установленном порядке межведомственного взаимодействия по решению медико-социальных проблем, в частности, пожилого населения?

Пожилые и престарелые пациенты, зачастую страдающие неизлечимыми недугами, особенно нуждаются в чуткой медицинской, психологической и социальной помощи. Именно по этой причине гериатрические службы системы здравоохранения и геронтологические службы системы социальной защиты должны быстро и адекватно реагировать на возникающие дополнительные и специфические потребности как в социальной, так и в медицинской помощи у лиц данной возрастной категории. Организуя и оказывая сегодня медико-социальную помощь, руководители и работники этих отраслей должны на межведомственной основе одновременно планировать обеспечение такой помощи всем, кому она может понадобиться. [4]

Однако, как показывает опыт, например, при попытке разработать организационно-функциональную модель паллиативной помощи гериатрическим больным, имеющим хроническую прогрессирующую патологию (на примере Белгородского региона), авторы указали на межведомственную разобщенность, препятствующую оказанию эффективной комплексной помощи и подчеркнули важность таких организационных принципов как мультидисциплинарность, преемственность, интегрированность в существующую систему общественного здравоохранения. [5]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В статье проведен анализ нерешенных вопросов в медико-социальной службе, которые негативно могут отразиться на ее развитии. К этим вопросам отнесены, в частности, отсутствие единого понимания содержания понятия «медико-социальная работа», проблемы взаимодействия медицинского персонала и работников социальных служб. Одним из относительно «новых» вопросов, требующих к себе пристального внимания, является вопрос перехода в социальную службу квалифицированных медицинских сестер, который сопряжен с утратой профессиональных регалий из-за разной ведомственной подчиненности двух служб и, как результат, материальными потерями, вынуждающими специалистов заниматься «подработками». Данная ситуация ставит под сомнение утверждение, что социальная работа является профессиональной деятельностью, так как необходимость искать «подработки» сводит на нет ее соответствие, как минимум, одному из критериев профессии – «... социальная работа должна являться источником

⁷ Руководство по оказанию комплексной помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним / под ред. О.Н. Богомолова, Р.В. Йорик. – СПб: Санкт-Петербургская общественная организация «Врачи детям», 2008. – 146 с.

средств для существования индивида ее осуществляющую». Еще одним вопросом остается межведомственная разобщенность медико-социальной службы.

Литература

1. Давиденко С.А. и соавт. Состояние, проблемы и перспективы подготовки специалистов по социальной работе // Вестник НВГУ. - 2012. - № 2
2. Кривенко Н.В., Куклин А.А., Аверьянов О.Ю. Междисциплинарность в здравоохранении: вклад в обеспечение социально-демографической безопасности региона // Известия УрГЭУ. - 2017. - № 6 (74).
3. Куприянов Р. В. Становление социальной работы в Испании и России: сравнительный анализ // Вестник Казанского технологического университета. - 2013. - № 4.
4. Лебедев А. А., Архипов И. В. И соавт. От межведомственного подхода в организации паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста к национальному плану «Здоровое старение» // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2013. - №4.
5. Прощаев К. И., Пономарева И. П. Принципы создания и реализации модели гериатрической паллиативной помощи (на примере Белгородского региона) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. - 2012. - №1.
6. Сидоренко М.В. Осуществление межведомственного взаимодействия органами и учреждениями системы профилактики безнадзорности, беспризорности и правонарушений несовершеннолетних в г. Благовещенске // Вектор науки ТГУ. - 2014.- № 1

УДК 612.66; 612.67

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПАДЕНИЙ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Цуцунава М.Р., Подопризора Г.М.

ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова» Минздрава России
Санкт-Петербург, 191015, ул. Кировная, д.41

amspiter@mail.ru

АННОТАЦИЯ

ЗАДАЧА:

Падения в пожилом возрасте и связанные с ними травмы ухудшают здоровье пожилых людей и представляют собой важную проблему для медицинских и социальных работников. Поскольку в настоящее время лица пожилого и старческого возраста составляют значительную часть населения и их численность постоянно растет, интерес к проблеме постуральной стабильности пожилых людей будет только возрастать. При этом высокая распространенность зарегистрированных падений, потребовавших медицинской помощи, свидетельствует о недостаточной работе по их профилактике в области практической гериатрической службы. Чтобы оправдать широкое внедрение услуг по первичной профилактике падений, необходимы доказательства эффективности выбранного профилактического подхода, а также снижения числа падений под влиянием многофакторных вмешательств. Целью данного систематического обзора было описать состояния вопроса постурального баланса пожилого человека и выявить профилактические вмешательства, направленные на снижение числа падений в пожилом возрасте, эффективность которых доказана эмпирически.

ДИЗАЙН: систематический обзор.

ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ: Pubmed, BioMed Central, Cyberleninka

КРИТЕРИИ ОТБОРА ИССЛЕДОВАНИЙ:

Исследования с участием лиц в возрасте 55 лет и старше, за исключением исследований с участием лиц с сахарным диабетом. Ключевыми терминами для поиска источников стали такие как «профилактика падений», «физическая активность в пожилом возрасте», «физическая подготовка и падения в пожилом возрасте». Период публикации – 2012-2018 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ:

Проанализированы тридцать два исследования, из которых восемь выполнены зарубежными специалистами. Основными направлениями в сфере изучения вопросов профилактики падений пожилых людей являются оценка роли регулярной физической активности (далее – ФА), распространенные физические нагрузки и их влияние на биологический возраст и возрастную инволюцию функциональных возможностей человека, факторы, препятствующие ФА, мотивация к ФА.

ВЫВОД:

Проводимые исследования не учитывают условно установленные группы пациентов: пациенты с хроническими заболеваниями, пациенты относительно здоровые и пациенты с личностной тревожностью. Наиболее перспективным в плане профилактики падений в пожилом возрасте на сегодняшний день является изучение параметров ходьбы у людей пожилого и старческого возраста, что позволяет прогнозировать степень ухудшения их мобильности и риск падений, а также создание школ психологической поддержки при социальных службах.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *падения в пожилом возрасте, постуральный баланс, профилактика падений*

Одним из важнейших факторов, позволяющих человеку продолжать активный образ жизни и чувствовать себя социально независимым в пожилом и старческом возрасте, является полноценное функционирование постуральной системы управления. Произвольный контроль вертикальной позы, осуществляемый человеком на протяжении всей жизни, является важной физиологической функцией организма. Вертикальное положение тела — это итог эволюции человека в процессе филогенеза и онтогенеза, его поддержание предполагает преодоление силы земного притяжения, и, следовательно, позная активность составляет бессознательный операционный фон любых локомоторных актов.⁸

Понятие «постуральный баланс» человека (с лат. *posture* — «положение, поза») определяется как способность поддерживать и управлять общим центром массы тела (ОЦМ) в пределах базы поддержки его опоры в целях предотвращения падения или потери равновесия при статическом и динамическом положениях. [8] Для поддержания позы стоя необходимо напряжение многих мышц туловища (мышцы спины, прямая мышца живота), ног (двуглавая мышца бедра, мышцы голеностопного сустава, коленного и тазобедренного суставов). Самая гравитационно-чувствительная мышца человека — камбаловидная (*m. soleus*), названная так из-за своей плоской формы. Она несет основную нагрузку по поддержанию тела в вертикальном положении, находится на задней поверхности голени в глубине, сразу над ахилловым сухожилием и закрыта двумя головками икроножной мышцы.

Вертикальная поза накладывает отпечаток на работу всех органов и систем организма. Проблема взаимосвязи вегетативных функций человека и постурального баланса является чрезвычайно важной не только в теоретическом, но и в практическом аспекте. Функциональные изменения, происходящие при различной ориентации тела в гравитационном поле Земли, затрагивают все физиологические системы. Изменение положения тела в пространстве прежде всего сопровождается сдвигами кровообращения, нарушение поддержания вертикальной позы ведет к ухудшению работы пищеварительной, мочевыделительной систем; [6] постуральная активность также связана с типом и глубиной дыхания. [11]

Постуральный баланс в пожилом и старческом возрасте имеет свои особенности. Старение сопровождается снижением сенсорных систем и функций опорно-двигательного аппарата, приводящим к ухудшению постурального контроля у людей пожилого и старческого возраста и развитию постуральной нестабильности (ПН), крайним проявлением которой являются падения. При этом сегодня считается, что незначительная ПН в пожилом возрасте не являются патологией.

Походка у пожилых по сравнению с молодыми становится более осторожной, что проявляется в укорочении шага, увеличении во время ходьбы периода опоры на обе ноги, уменьшении продолжительности периода отталкивания от опоры. По данным зарубежных источников, низкая скорость ходьбы определена как значительный индивидуальный фактор риска падения. [37]

⁸ Локомо́ция (фр. locomotion «передвижение» от лат. *locō mōtiō* «движение с места») — перемещение животных (в том числе человека) в пространстве (в водной среде, воздушной среде, по твердой поверхности, в плотной среде), обусловленное их активными действиями. См. в: Википедия.

Падения обычно определяются как происшествие, при котором человек внезапно оказывается на земле или на другой низкой поверхности, за исключением случаев, являющихся следствием нанесенного удара, потери сознания, внезапного паралича, инсульта или эпилептического припадка. [9] Падения и связанные с ними травмы ухудшают здоровье пожилых людей и представляют собой важную проблему для медицинских и социальных работников. Последствия падений настолько серьезны, что один только страх упасть приводит людей старших возрастных групп к самоограничению физической активности и социальных контактов.

Обычно проблема потери равновесия характерна для людей 65 лет и старше. В научной литературе принято считать, что 30% пожилых людей от 65 лет и старше испытывают по крайней мере одно падение в течение года, а 15% пожилых людей 65 лет и старше в течение года падают периодически. С возрастом наблюдается тенденция увеличения лиц, испытавших хотя бы одно падение в течение 12 месяцев. [9] При этом выявлено, что лица в возрастных группах 80–84 года и 85–89 лет имеют риск падений выше, чем лица в возрастных группах 65–69 лет. В группе старше 90 лет ежегодная частота падений доходит до 60%. Даже одно падение в этом возрасте может свидетельствовать о снижении функции постуральной стабильности и повышает риск дальнейших падений.

Переломом заканчиваются 1–5% падений. Исследование Сафроновой Ю.А. и Зоткина Е.Г. показало, что случай падения завершился периферическим или аксиальным переломом у 32,89% людей старше 65 лет. [32]

Склонность к повторным падениям считается одним из составляющих «стандартного фенотипа немощности», диагностика которого базируется на сочетании трех и более критериев: беспричинное снижение веса, слабость, недостаток сил, медленная скорость при ходьбе и низкая физическая активность. Женщины, которые согласно указанным критериям определяются как немощные, имеют повышенный риск падений, переломов (в том числе бедра), а также смерти, причем даже при наличии ожирения.

В распространении падений среди пожилых играет такой показатель как темп старения. Как показало исследование Демина А.В. и соавт. у мужчин 65–86 лет, испытавших хотя бы одно падение в течение года, отмечен преждевременный темп старения, тогда как мужчинам, избежавшим падения в течение года, характерно физиологическое (нормальное) старение. [10] Аналогичные результаты получены Мороз Т.П. и др., изучивших особенности качества жизни у женщин старческого возраста (75–89 лет) с синдромом падений: темп старения у таких женщин увеличен и установлено снижение всех компонентов качества жизни. [25]

Среди причин преждевременного старения гиподинамия и адинамия занимают одно из первых мест. [18] Исследование Мороз Т.В. и др. показало, что женщины с медленным темпом старения отличаются более высокой скоростью выполнения простых и сложно-координационных постуральных актов по сравнению с пожилыми женщинами с нормальным темпом старения. [26]. Известно, что отличительной особенностью преждевременного старения является более значительное ограничение приспособительных возможностей организма и его функциональных систем. [20] В связи с этим определение биологического возраста у пожилых мужчин считается возможным рассматривать как косвенный, но очень важный показатель, характеризующий потенциальное состояние функциональных систем организма на позднем этапе онтогенеза.

Падения и переломы, развивающиеся вследствие падений, являются результатом взаимодействия внутренних и внешних факторов. [32] Большинство падений у пожилых людей происходит в обычной жизни, не связано с потерей сознания и не является следствием чрезвычайного внешнего воздействия. Исследование Демина А.В. показало, что 57 % всех задокументированных падений происходили вне дома (во дворе дома или дачи, на улице, в общественных местах (магазины, рынки больницы, центры социальной защиты и т. п.), при посадке или выходе из

городского транспорта, 43 % падений происходили внутри дома или дачи. [9] Данные исследования еще раз доказали, что среда проживания оказывает существенное влияние на поструральный баланс и стабильность для лиц 65 лет и старше.

В последние годы выполнено большое количество исследований по оценке влияния различных заболеваний на риск развития падений. Риск падений повышает патология опорно-двигательного аппарата (остеоартрозы и артриты различной этиологии) и болевой синдром в нижних конечностях. Отдельно отмечается такой фактор риска, как болевой синдром у пожилых людей. Учитывая высокую распространенность хронической боли в сочетании с проблемой недостаточного лечения хронической боли у пожилых пациентов, считается разумным предположить, что хроническая боль может стать важным фактором падений. [31] При этом эпидемиологических исследований, в которых раскрывались бы вопросы распространенности данного феномена, в том числе при наиболее распространенных в гериатрической практике нозологических формах, считается недостаточным. [16].

Высокий риск падения у лиц пожилого и старческого возраста связан с повышенным АД. [9] [34] Сочетание таких заболеваний, как ожирение, гипертоническая болезнь и сахарный диабет увеличивает риск падений в 2,3 раза. [32] Распространенность падений также связывают с нарушениями со стороны органов зрения и слуха, [37] а также полифармацией (исследования показали, что прием 4 и более препаратов связан с увеличением числа случаев падений, повторных падений и травмирующих падений. [40] Кроме того, повседневную активность пожилых людей старше 65 лет ограничивает головокружение. [13]

Для того, чтобы запомнить наиболее частые причины падений, было предложено использовать мнемоническую аббревиатуру «Г-О-Р-Г-О-Н-А»: (Г = головокружение; О = окружающая обстановка – провода, ковры, трещины в полу; Р = рекомендованные лекарственные средства; Г = гипотензия; О = офтальмологические проблемы; Н = недуги острые и хронические; А = аффект или депрессия). [11]

Однако данная аббревиатура не учитывает факторы, которые проявились в 21 веке и находятся в сфере интереса исследователей. К ним относится, в частности, чрезмерная дневная сонливость (ЭДС), которая является распространенной жалобой среди пожилых людей, и исследования показывают, что примерно 15% из них в возрасте 60 лет и старше испытывают эти симптомы [37] С другой стороны, это инсомния: неудовлетворенность сном отмечается у 25 % мужчин и 50 % женщин пожилого возраста. У пожилых инсомния сопровождается общей слабостью, снижением памяти и удлинением времени реакции, повышается риск падений и развития когнитивных нарушений, а также риск смерти (который повышается в 1,3–3 раза по сравнению с людьми, не страдающими бессонницей). [23]

Кроме того, у 24% из тех, кто старше 70 лет, есть психическое заболевание, а 33% признают, что находятся под явным эмоциональным стрессом. [39] По некоторым данным как минимум 15% лиц старше 65 лет нуждаются в психиатрической помощи. [4]

Одним из относительно новых направлений в изучении данного вопроса является связь личностной тревожности с синдромом падения у женщин 65–74 лет. Исследование Демина А.В. и соавт. показало, что у данной группы синдром падения связывается с высоким уровнем (45 баллов и более) личностной тревожности, который сопровождается эмоциональными расстройствами, снижением эмоционального фона или неудовлетворенностью жизненной ситуацией, эмоциональным напряжением с элементами агитации. [9] Известно, что психоэмоциональные изменения у людей в пожилом и старческом возрасте на фоне снижения функции поструральной стабильности могут приводить к развитию страха перед вероятными падениями. Боязнь падений приводит к осознанному ограничению физической активности, в связи с чем эту причину, по мнению Агранович Н.В. и соавт., можно отнести к группе причин «отсутствие мотивации».

[1] Полученные данные обосновывают необходимость создания программ медико-психосоциальной реабилитации лиц 65 лет и старше с синдромом падений с целью недопущения у них роста высокого уровня тревожности и страха перед вероятными падениями.

Таким образом, учитывая многообразие факторов, определяющих постуральную нестабильность в пожилом возрасте, профилактические вмешательства должны разрабатываться с учетом условно установленных групп пожилых пациентов: пациенты с хроническими заболеваниями (4-6), пациенты с наличием личностной тревожности и пациенты относительно здоровые.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ ИЗУЧЕНИЯ ВОПРОСОВ ПРОФИЛАКТИКИ ПАДЕНИЙ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Отмечен значительный рост научных данных из рандомизированных контролируемых исследований, посвященных оценке профилактических мероприятий, направленных на снижение числа падений среди пожилых людей вне стационара, причем в самом последнем (2012 год) Кокрановском обзоре представлено 159 исследований с участием 79 193 человек. [36]

Несмотря на рекомендации наших специалистов, которые считают, что профилактические вмешательства должны разрабатываться с учетом условно установленных групп пожилых пациентов: пациенты с хроническими заболеваниями (4-6), пациенты с наличием личностной тревожности и пациенты относительно здоровые, на сегодняшний день такая тенденция сегодня не просматривается. Основными направлениями в области изучения профилактики падений среди пожилого населения отечественными специалистами остаются оценка роли регулярной физической активности (далее – ФА), распространенные физические нагрузки и их влияние на биологический возраст и возрастную инволюцию функциональных возможностей человека, факторы, препятствующие ФА, мотивация к ФА, а также эффективность отдельных препаратов.

Эмпирически доказано, что дозированные физические тренировки в пожилом возрасте обладают выраженным геропротекторным свойством. [5] У пожилых людей достаточная ФА способствует увеличению продолжительности жизни, повышению уровня функционального здоровья, снижению риска падений, улучшению когнитивных функций и социальной интеграции. Работа по изучению возрастной динамики умственной работоспособности при различных режимах двигательной активности показала, что в независимости от возрастного диапазона, у лиц, продолжающих активную двигательную деятельность, умственные показатели всегда были выше, по сравнению с теми, кто никогда не занимался физкультурой. [27]

Людам пожилого возраста (65 лет) пользу приносит даже непродолжительная ФА – всего 15-20 минут в день. Последний метаанализ исследований, посвященных эффективности тренировок у пожилых пациентов, показывает снижение частоты падений в группах активного лечения и, как следствие, уменьшение числа травм на 37%, в том числе приведших к переломам – на 61%. [14]

Вопросу приобщения пожилых людей к физической культуре посвящены работы Агранович Н.В. и др., Анопченко А.С., Логинова С.И., Власовой И.А. В частности, исследование Агранович Н.В. и др. показало, что среди пациентов основной группы различными физическими нагрузками занимались лишь 36,8%. В аналогичном исследовании Логинова и др., 2/3 пожилых пациентов, отметивших падения, имели низкую ФА, что может связано с таким явлением как «сидячее поведение» (далее - СП). СП характеризует постоянно растущее время, проведенное в условиях существенного ограничения движений в процессе просмотра телепередач, работы и игры на компьютере, музыкальных занятий и художественного творчества с затратой энергии меньше 1.5 МЕТ. Как показало исследование Логинова С.И. и соавт., 66% физически низко активных мужчин демонстрируют его до 3 ч в день, а 47% - 6-9 ч в день. [22] По аналогии 56% физически низко активных женщин заняты сидячей деятельностью 6-9 ч в день, а 42% - даже 9-12 ч. При этом, высоко активные мужчины и женщины сидят только до 3 ч в день. Физически малоподвижное поведение сопровождается риском возникновения различных нарушений, таких как, например, метаболический синдром, диабет 2-го типа.

При этом причинами, мешающими быть физически активными, явились наличие заболеваний, влияющих на общее самочувствие; боязнь травм, боязнь падений; отсутствие энергии, слабость; отсутствие мотивации; отсутствие времени; отсутствие партнеров или друзей для совместных занятий; отсутствие места (группы, секции) для занятий пожилых людей. Низкую приверженность к физической активности можно объяснить, по мнению специалистов, отсутствием мотивации, с одной стороны, с другой - низкой осведомленностью о рекомендациях ученых по ФА. [1] [2] Мотивационно – потребностная сфера человека является ключевым фактором, влияющим на активность жизни. Если мотивационно – потребностная сфера человека скудна, ограничена, то и ресурс для его постоянной активности становится меньше, слабее. [28] Исследование Чернышковой Е.В. показало, что одним из наиболее значительных факторов является стигматизация старости, влияющая, в свою очередь, на снижение возможности пролонгации активности представителей старшей возрастной группы. [36]

«Смутное представление» о рекомендациях специалистов по ФА показало исследование Овчинникова Ю.Д. и Стародубца А.И. [29] В реализации естественной необходимости в двигательных действиях они исходят из своих бытовых потребностей и индивидуальных физических возможностей. Наиболее распространенными физическими нагрузками в различном сочетании являются прогулки на свежем воздухе, легкая зарядка, физический труд по дому, работа на даче, огороде. Причины, способствующие занятиям физической активностью пожилых людей, включили желание улучшить здоровье и уменьшить проявления заболевания, желание поддерживать физическую активность, наличие сил, направление врача ЛФК, наличие партнеров или друзей для совместных занятий, свободное время. [2]

С точки зрения Гаврилова Д.Н и соавт., для привлечения к регулярным занятиям физической культурой разных слоев населения необходимо создать устойчивую мотивацию. [6] Кроме того, как считают Анопченко А.С. и соавт., необходима ломка неверных стереотипов у пожилых людей, сложившиеся за многие годы, которые не считают важным поддерживать физическую активность путем занятий ЛФК и активно формировать навыки здорового образа жизни в любом возрасте. [2] Необходима пропаганда среди пожилого населения с целью осознанного формирования навыков ЗОЖ, развивать сеть групп здоровья, секций лечебной физкультуры, осуществлять индивидуальный подход к каждому пациенту при составлении комплексов упражнений ЛФК с учетом возраста и имеющейся соматической патологии.

Пока идет поиск ответов на вопрос о том, как создать устойчивую мотивацию у пожилых людей к ФА, специалисты предлагают проводить исследование параметров ходьбы у людей пожилого и старческого возраста, что позволит прогнозировать степень ухудшения их мобильности и риск падений. Как показало исследование Мороз Т.П., использование тестов «Простая ходьба», «Тандемная ходьба», «Быстрый разворот» при диагностике параметров ходьбы полезны для прогнозирования риска падений и снижения мобильности, а также для оценки качества и коррекции реабилитационных программ, связанных с изменениями пострурального контроля. [25] В рамках исследования Зитевой О.О. изучались особенности пострурального контроля у пожилых людей с помощью компьютерной стабилотрии. [15] Авторы считают, что метод позволяет достаточно объективно проводить раннюю диагностику ПН у пожилых и оценивать их состояние в динамике.

Как показало исследование Качан и др., созданию необходимой мотивации для занятий физической активностью способствует финская ходьба благодаря своей простоте, доступности, новизне и низкой стоимости инвентаря. [19]

Оценку эффективности финской /скандинавской ходьбы проводили Качан Е.Ю., Петруниной С.В., Ильницкого А.Н. Исследование Качан Е.Ю. и соавт. в котором приняли участие пожилые люди, до начала исследования не имевшие опыта регулярных занятий физическими упражнениями в прошлом, показало, что регулярные занятия, в частности, финской ходьбой оказывают положительное воздействие на качество жизни пожилых, способствуют преодолению

основных причин физической инертности, обеспечивают нужную мотивацию для занятий физической активностью, а значит, способствуют повышению резервных возможностей организма пожилых людей. [18] О положительном воздействии на качество жизни оздоровительной ходьбы свидетельствуют результаты работы Петруниной С.В.[32] Если перед началом исследования лица пожилого возраста не были достаточно открыты или вообще не отвечали на вопросы исследователей, то после цикла физкультурно-реабилитационных занятий оздоровительной ходьбой испытуемые отмечали, что у них появилась уверенность в себе, появилось спокойствие, улучшился сон и аппетит.

Работа Ильницкого А.Н. и др. , в которой изучались когнитивные функции и качество жизни пожилых людей, связанного со здоровьем, под влиянием аэробных и анаэробных тренировок, показала, что профилактические мероприятия на основе сочетания скандинавской ходьбы с режимом занятий два раза в неделю по 60 минут и силовых тренировок два раза в неделю по 30 минут приводят к достоверному повышению показателей качества жизни в 1,5 раза в части общего здоровья и физического функционирования у людей пожилого возраста. [17]

Оценку эффективности других видов физического воспитания проводили Бакишина А., Качан Е.Ю., Майер Б.О. В пожилом и старческом возрасте для замедления процессов старения и влияния старости на психику, по мнению специалистов, могут применяться все виды физического воспитания, включая китайскую гимнастику. По данным научных работ, представленных в наукометрических базах Web of science и Scopus, гимнастика тайцзицюань оказывает серьезное оздоровительное воздействие на пожилых практикующих, о чем свидетельствуют многочисленные исследования, проведенные за рубежом (США, Китай, ряд Европейских стран). В России до настоящего времени тайцзицюань не имеет широкого распространения как средство поддержания физической активности пожилых людей. [22]

Использованию асан хатха-йоги посвящен эксперимент, проведенный Бакишиной А. и соавт. Исследование показало, что использование асан хатха-йоги положительно влияет на опорно-двигательную систему, возвращает гибкость позвоночника, улучшает психоэмоциональное состояние женщин, придает уверенность в себе. [3] Программа занятий йогой на основе дыхательных практик может быть с успехом использована в оздоровительных занятиях с женщинами пожилого возраста, имеющими сниженный уровень двигательных возможностей. Методика этих занятий хорошо вписывается в программу Школы здоровья и является эффективным средством поддержания хорошего функционального состояния и высокого качества жизни в процессе самостоятельных занятий для лиц пожилого возраста. [21]

При подготовке данного литературного обзора работы по профилактике падений у лиц, переживающих личностную тревожность и страх перед падениями, не были найдены. При этом есть исследования о применении психотерапии в отношении депрессивных людей пожилого возраста. Как показали исследования в Германии, доступность психотерапии для пожилых людей ограничена, самих программ, проверенных и адаптированных, крайне мало. Кроме того, многие пожилые люди сохраняют негативное отношение к психотерапии, несмотря на растущее признание и эффективность. С другой стороны, на протяжении многих лет среди профессиональных терапевтов до сих пор разделяется мнение Зигмунда Фрейда, который считал, что пожилые люди по своей природе не восприимчивы к психотерапии (по причине остановки в развитии личности). Такое отношение, если и меняется, то крайне медленно.

При этом потребность в психолого-психиатрической помощи пожилым людям растет. Ниимура Х. и другие описали и рассказали о возможности применения Морита-терапии к пожилым людям (разработана Масатаке Морита (Masatake Morita) (1874–1938) как направление в психотерапии, Морита-терапия, в 1919 году). В Морита-терапии терапевт указывает пациенту на механизмы порочного круга в развитии патологического расстройства – включающий ипо-

хондрическую предрасположенность, фиксацию на симптомах, предубеждение, приспособление и т.д., – и, далее, освобождает пациента от невротической патологии, предписывая пациенту определенные формы поведения. [30]

О возможности осуществления психологической помощи пожилым людям - в работе Басова Н.Ф. [4], по мнению которого осуществлять психологическую помощь лучше в службах, которые имеют профильных специалистов и материальную базу для психологической работы. Им описан интересный опыт такой работы в деятельности «Школы психологической устойчивости для пожилых людей», которая направлена на повышение психологической устойчивости людей старшего возраста, усиление их независимости, содействие выработке уверенности в собственных силах, коррекции межличностного и социального взаимодействия. В программу школы включены вопросы, касающиеся процессов развития когнитивной, аффективной и мотивационной сфер создания образа «Я», а также поведенческих особенностей людей данной возрастной категории.

Таким образом, литературный обзор показал, что на сегодняшний день профилактические мероприятия, направленные на снижение падений в пожилом возрасте, сориентированы скорее на относительно здоровых пациентов и едва ли рассматривают и учитывают специфику двух других групп – пациентов с хроническими заболеваниями и пациентов с наличием личностной тревожности. Перспективным направлением, по мнению авторов, является создание школ психологической устойчивости для пожилых людей при социальных службах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для пожилого и старческого возраста характерно снижение постурального контроля, что чаще всего приводит к развитию постуральной нестабильности и падениям, как крайнему ее проявлению. Исследования данного вопроса выявили основные причины падения, факторы риска. Помимо целого ряда заболеваний, сегодня в качестве причин падений изучаются такие вопросы как темпы старения организма, инсомния, а также личностная тревожность. Высокая распространенность зарегистрированных падений, потребовавших медицинской помощи, свидетельствует о недостаточной работе по их профилактике в области практической гериатрической службы. Рекомендации увеличить физическую активность едва ли выполнимы пациентами с хроническими заболеваниями и пациентами с личностной тревожностью. Наиболее перспективным в плане профилактики падений в пожилом возрасте на сегодняшний день является изучение параметров ходьбы у людей пожилого и старческого возраста, что позволяет прогнозировать степень ухудшения их мобильности и риск падений, а также создание школ психологической поддержки при социальных службах.

Литература

1. *Агронович Н.В. и соавт.* Медико-социальные аспекты занятий умеренной физической активностью в пожилом возрасте // *Фундаментальные исследования.* - 2014. - № 10. – С. 13-17
2. *Анопоченко А.С. и соавт.* Физическая активность в пожилом и старческом возрасте: миф или реальность? // *Адаптивная физическая культура.* - 2015. - № 3(63). – С. 33-35
3. *Бакишина А.И., Поланцева Н.Н., Эпов Е.К.* Асан хатха-йога // *ВОЗток.* -2016. - №74. – С. 15-17
4. *Басов Н.Ф.* Учет психологических особенностей людей пожилого возраста в социальной работе // *Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова.* – 2013. - Том 19. – С. 153-156
5. *Власова И.А.* Биологический возраст и уровень здоровья пожилых лиц, занимающихся физическими тренировками // *Сиб. мед. журн. (Иркутск).* - 2011. - №5. – С. 65-68
6. *Гаврилов Д.Н. и соавт.* Содержание теоретической части занятий адаптивной физической культурой в физкультурно-оздоровительном клубе // *Адаптивная физическая культура.* - 2017. - №3 (71). – С. 39-40
7. *Грибанов А. В., Шерстенникова А. К.* Физиологические механизмы регуляции постурального баланса человека (обзор) // *Журнал медико-биологических исследований.* - 2013. - № 4. - С. 20–29.
8. *Гудков А.Б. и соавт.* Возрастные особенности компонентов постурального контроля у женщин 55–64 лет // *Экология человека.* - 2016. - № 11. – С. 35-41
9. *Демин А. В., Мороз Т. П., Сеницкая Е. Ю.* Особенности постурального контроля у женщин в возрасте 60–76 лет с различным уровнем артериального давления // *Журнал медико-биологических исследований.* - 2014. - № 2. - С. 30–36.
10. *Демин А. В., Мороз Т. П.* Особенности ходьбы и качества жизни у женщин пожилого возраста с синдромом падений // *Безопасность здоровья человека.* - 2016. - №2. – С. 31-41
11. *Джоевст Д.* Случаи падения у лиц пожилого возраста // *Рос.сем.врач.* - 1997. - № 1. – С. 26-29
12. *Донина Ж. А., Александрова Н. П.* Реакция дыхания на гиперкапнический стимул в антиортостатическом положении // *Рос. физиол. журн. им. И. М. Сеченова.* - 2010. - Т. 96. - № 11. - С. 87–94.

13. *Замерград М. В.* Нарушения равновесия у пожилых // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* - 2012. - № 1. - С. 101–105.
14. *Зарудский А.* Падение как острое состояние в гериатрии // *Врач.* - 2016. - № 6. – С.25
15. *Зитева О.О., Повереннова Е.И.* Постуральные нарушения у людей пожилого возраста по данным компьютерной стабилометрии // *Саратовский научно-медицинский журнал.* - 2013. - Т. 9.- № 2. – С. 101-105
16. *Ильницкий А. Н. и соавт.* Клиническая эпидемиология падений в пожилом и старческом возрасте при сахарном диабете // *Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация.* - 2011.- №22 - (117).- С. 77-81
17. *Ильницкий А.Н. и др.* Оценка когнитивной функции и качества жизни пожилых людей, связанного со здоровьем, под влиянием аэробных и анаэробных тренировок // *Научный результат. Медицина и фармация.* – 2018. - № 1. - Т.4. – С.16-26
18. *Качан Е.Ю., Ивко К.О., Трофимова С.В.* Повышение резервных возможностей организма пожилых людей: роль физической активности // *Врач.* - 2013- №2.- С. 30-33.
19. *Качан Е.Ю. и др.* Влияние регулярных занятий финской ходьбой на метаболические нарушения в группе лиц пожилого и старческого возраста // *Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта.* – 2013. - № 7 (101). – С. 64-67
20. *Коркушко О. В. и др.* Ускоренное старение и его профилактика // *Буковинський медичний вісник.* - 2009. - Т. 13. - № 4. – С. 153–158.
21. *Кряжев В. Д.* Новые физкультурно-оздоровительные технологии Школы здоровья для лиц пожилого возраста // *Вестник спортивной науки.* - 2012. - №2. – С. 49-52
22. *Логинов С.И. и соавт.* Гендерные особенности проявления повседневной физической активности сидячего поведения в выборке пожилых жителей Сургута // *Успехи геронтологии.* - 2017. - № 4. – Т. 30. – С. 573-578
23. *Ляшенко Е.А., Левин О.С., Полуэтов М.Г.* Расстройства сна у пожилых пациентов // *СТПН.* - 2015. - №2. – С. 4-9
24. *Майер О. Б. и соавт.* Оздоровительная китайская гимнастика тайцзицюань для пожилых людей. 2. представленность в наукометрических базах WEB OF SCIENCE И SCOPUS // *Вестник Новосибирского государственного педагогического университета.* – 2015. - № 1 (23). – С. 31-45
25. *Мороз Т. П., Демин А. В.* Особенности проявления синдрома падений у женщин пожилого возраста при стабилометрическом исследовании // *Журнал медико-биологических исследований.* - 2016. - № 2. – С.25-30
26. *Мороз Т.П. и соавт.* Особенности качества жизни у женщин старческого возраста с синдромом падений // *Журнал медико-биологических исследований.* - 2014. - с.56-61
27. *Мороз Т.В. и др.* Особенности динамических компонентов пострального контроля у женщин пожилого возраста с различным темпом старения // *С. 23-28*
28. *Мякотных В.В., Ходасевич Л.С.* Возрастная динамика умственной работоспособности при различных режимах двигательной активности // *Успехи Геронтологии.* – 2014. - №1. – Т. 27
29. *Нагорнова Н. А.* Исследование мотивационно – потребностной сферы лиц пожилого возраста. // *Известия Самарского научного центра Российской академии наук.* - 2012. - №2(6).
30. *Ншмура Х. и др.* Достойное старение и Морита-терапия: психотерапия для пожилых // *Социальная и клиническая психиатрия.* - 2014. - т. 24. - № 1. – С. 61-64
31. *Овчинников Ю.Д., Стародубец А.И.* Изучение биомеханики движений у лиц пожилого возраста // *Адаптивная физическая культура.* - 2017. - № 3(71). – С. 23-24
32. *Петрунина С.В.* Исследование влияния оздоровительной ходьбы на двигательную активность пожилых людей // *Международный Научно-исследовательский журнал.* - 2013. - № 5-3 (12). - С.37-39
33. *Сафонова Ю. А.* Боль и падения в пожилом возрасте, что первично? Пути решения проблемы // *ПМ.* - 2015. - № 3–2 (88). - С. 161–164.
34. *Сафронова Ю.А., Зоткин Е.Г.* Синдром падений в пожилом и старческом возрасте // *Успехи геронтологии.* - 2016. - Т. 29. - № 2. – С. 342-346
35. *Филоненко С. П., Якушин С. С.* Двухэтапная врачебная тактика предупреждения низкоэнергетических переломов у лиц пожилого возраста — лечение остеопороза и профилактика падений // *Архивъ внутренней медицины.* - 2014.- №5. – С. 66-70
36. *Чернышкова Е.М.* Медико-социальные риски пролонгирования активного образа жизни пожилых людей // *Фундаментальные исследования.* – 2012. - №3. – С. 358-360
37. *Amie C. Hayley et al.* Excessive daytime sleepiness and falls among older men and women: cross-sectional examination of a population-based sample // [BMC Geriatr.](https://doi.org/10.1186/s12875-015-0274-2) 2015; 15: 74. Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4491238/> Дата обращения: 1 августа 2018 г.
38. *Bhangu Jaspreet et al.* Falls, non-accidental falls and syncope in community-dwelling adults aged 50 years and older: Implications for cardiovascular assessment // *PLoS ONE.* - July 21, 2017. Режим доступа: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180997> Дата обращения: 30 июля 2018
39. *Conell J., Lewitzka U.* Adapted psychotherapy for suicidal geriatric patients with depression // *BMC Psychiatry.* 2018; 18: 203. Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6006781/> Дата обращения: 27 июля 2018г.
40. *Keith D. Hill et al.* What works in falls prevention in Asia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *BMC Geriatrics.* -2018. - 18:3
41. *Skalsca A. et al.* The prevalence of falls and their relation to visual and hearing impairments among a nation-wide cohort of older Poles // *Exp Gerontol.* 2013 Feb;48(2):140-6. Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23261517> Дата обращения: 25 июня 2018
42. *Stenhagen, M.et al.* Falls in the general elderly population: a 3- and 6- year prospective study of risk factors using data from the longitudinal population study 'Good ageing in Skane' // *BMC Geriatr.* – 2013. - 13: 81.
43. *Zia A. et al.* Polypharmacy and falls in older people: Balancing evidence-based medicine against falls risk // *Postgrad Med.* 2015 Apr; 127(3):330-7. Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25539567> Дата обращения: 26 июля 2018
- 44.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ НАГРУЗКИ

Чернышова О.Ф.

старшая медсестра

СПб ГБУЗ «Городская туберкулезная больница № 2»



Несмотря на активное развитие средств дезинфекции, повсеместное внедрение автоматизированных устройств дезинфекционной обработки эндоскопической аппаратуры, улучшение качества самой аппаратуры, вопрос инфекционной безопасности (далее ИБ) эндоскопических вмешательств продолжает активно обсуждаться.

Основным нормативным актом, определяющим алгоритмы проведения эндоскопических исследований и последующую обработку аппаратуры и инструментария, является Постановление главного санитарного врача РФ от 08 июня 2015 года № 20 об утверждении СП 3.1.3263-15 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах». Область применения указанного постановления:

- настоящие санитарные правила устанавливают требования к санитарно-противоэпидемическим (профилактическим) мероприятиям, направленным на предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний при проведении эндоскопических вмешательств;
- соблюдение санитарных правил является обязательным для медицинских организаций. Контроль за выполнением настоящих санитарных правил осуществляется в соответствии с законодательством РФ органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор;
- эндоскопические вмешательства являются малоинвазивными, высоко информативными и эффективными медицинскими услугами, направленными на диагностику и лечение различных заболеваний.

Эндоскопы в процессе использования контактируют со слизистыми оболочками или проникают в стерильные органы, ткани и полости организма. По назначению они подразделяются на эндоскопы для проведения нестерильных и стерильных эндоскопических вмешательств. Нестерильными считаются вмешательства, при которых эндоскоп вводится через естественные пути и органы, в норме содержащие собственную микрофлору (ЖКТ, ВДП). Стерильными считаются вмешательства, при которых эндоскоп вводится через проколы, разрезы кожных и слизистых покровов в кровяное русло, полости или ткани организма, а также в стерильные в норме органы (матка, мочевого пузыря) через естественные пути.

Использование эндоскопов в клинической практике для проведения диагностических и лечебных вмешательств сопровождается риском инфицирования пациентов и персонала возбудителями инфекционных болезней. При дезинфекции высокого уровня (ДВУ) обеспечивается гибель вегетативных форм бактерий (в том числе, микобактерий), грибов, оболочечных и безоболочечных вирусов и некоторого количества спор бактерий. ДВУ эндоскопов проводится ручным способом или механизированным способом в моюще-дезинфицирующей машине (МДМ).

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в структурных подразделениях медицинских организаций, выполняющих эндоскопические вмешательства и проводящих обработку и хранение эндоскопического оборудования, направлены на недопущение передачи инфекции пациентам и персоналу. Руководителем структурного подразделения, выполняющего эндоскопические вмешательства, должна разрабатываться рабочая инструкция по обработке эндоскопов, имеющих на

оснащении структурного подразделения, которая утверждается руководителем медицинской организации. Указанная инструкция должна разрабатываться на основании положений настоящих санитарных правил с учетом вида, марки (модели) эндоскопов, эксплуатационной документации на них и на оборудование, предназначенное для их обработки и хранения, инструкций по применению используемых химических средств очистки, дезинфекции и стерилизации.

Медицинские работники, непосредственно связанные с проведением эндоскопических вмешательств и обработкой эндоскопического оборудования (врачи и медицинские сестры) должны проходить не реже одного раза в пять лет повышение квалификации на базе организаций, имеющих лицензию на образовательную деятельность по программам дополнительного профессионального образования, включающим вопросы обеспечения эпидемиологической безопасности эндоскопических вмешательств.

Каждому эндоскопу, имеющемуся на оснащении структурного подразделения, в котором выполняются эндоскопические вмешательства, присваивается идентификационный код (номер), включающий сведения о его виде (модели) и серийном номере. Идентификационный код использованного в ходе медицинского вмешательства эндоскопа должен указываться в протоколе эндоскопического вмешательства, в графе «Особые отметки» журнала регистрации исследований, выполняемых в отделении эндоскопии или в журнале записи оперативных вмешательств в стационаре.

Каждый цикл обработки эндоскопа должен фиксироваться в журнале контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств должны указываться:

- дата обработки эндоскопа;
- идентификационный код эндоскопа;
- результаты теста на герметичность;
- наименование средства для окончательной очистки; время начала и окончания процесса окончательной очистки;
- результаты контроля качества очистки, проведенного в соответствии с требованиями санитарных правил;
- способ ДВУ эндоскопа (ручной или механизированный). При ручном способе обработки должны быть указаны: название средства и контролируемые параметры режима его применения (температура раствора, концентрация раствора и результаты экспресс контроля уровня содержания действующего вещества, время начала/окончания дезинфекционной выдержки). При механизированном способе обработки должны быть указаны: порядковый номер или марка МДМ, номер используемого режима обработки, наименование средства ДВУ, концентрация раствора и результаты экспресс контроля уровня содержания действующего вещества, время завершения цикла обработки в МДМ;
- фамилия, имя, отчество и подпись медицинского работника, проводившего обработку.

Качество очистки эндоскопов, предназначенных для стерильных вмешательств, инструментов к эндоскопам и вспомогательного оборудования должно отмечаться в журнале учета качества предстерилизационной обработки изделий медицинского назначения.

ТРЕБОВАНИЯ К ЦИКЛУ ОБРАБОТКИ ЭНДСКОПОВ И ИНСТРУМЕНТОВ К НИМ

Эндоскопы для нестерильных эндоскопических вмешательств и принадлежности к ним (клапаны, заглушки, колпачки) непосредственно после использования подлежат последовательно:

- предварительной очистке;
- окончательной очистке (окончательной очистке, совмещенной с дезинфекцией);
- дезинфекции высокого уровня;
- хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию.

ТРЕБОВАНИЯ К ПЛАНИРОВКЕ, ОБОРУДОВАНИЮ И САНИТАРНОМУ СОДЕРЖАНИЮ ПОМЕЩЕНИЙ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ВЫПОЛНЯЮЩИХ НЕСТЕРИЛЬНЫЕ ЭНДСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Эндоскопическое отделение должно иметь следующие помещения:

- а) кабинет врача;
- б) отдельные эндоскопические манипуляционные для проведения:
 - бронхоскопии;
 - исследований верхних отделов ЖКТ;
 - исследований нижних отделов ЖКТ;

- в) моечно-дезинфекционное помещение;
- г) вспомогательные помещения.

При манипуляционной для проведения исследований нижних отделов ЖКТ предусматривается наличие санитарного узла.

Манипуляционная для проведения бронхоскопии оборудуется системой приточно-вытяжной вентиляцией с преобладанием притока воздуха. Подаваемый воздух должен подвергаться очистке и обеззараживанию с эффективностью не менее 95 %. Помещение, в котором проводятся эндоскопические вмешательства, должно быть оборудовано раковиной для мытья рук медицинских работников.

Предварительная очистка использованных эндоскопов и инструментов к ним выполняется в том же помещении, где проводилось вмешательство.

Окончательная очистка (окончательная очистка, совмещенная с дезинфекцией) и дезинфекция высокого уровня эндоскопов, предназначенных для проведения нестерильных эндоскопических вмешательств, проводятся в специально оборудованном моечно-дезинфекционном помещении (помещение для обработки эндоскопов).

Помещение для обработки эндоскопов оборудуется общеобменной приточно-вытяжной вентиляцией и местной вытяжной вентиляцией с удалением паров растворов на уровне моечных ванн. Расположение технологического оборудования в помещении для обработки эндоскопов должно обеспечивать поточность выполнения всех этапов обработки эндоскопов в соответствии с требованиями настоящих санитарных правил. Помещение для обработки эндоскопов функционально разделяется на условно грязную зону, предназначенную для проведения окончательной очистки, и условно чистую зону, где проводится ДВУ, сушка и хранение эндоскопов. В помещении для обработки эндоскопов устанавливается раковина для мытья рук медицинского персонала. Не допускается использовать ее для других целей.

Зона окончательной очистки эндоскопов должна оборудоваться:

- столом (тележкой) для контейнеров (лотков) с использованными эндоскопами;
- моечными ваннами емкостью не менее 10 литров, подключенным к канализации и водоснабжению; количество моечных ванн определяется исходя из максимальной рабочей нагрузки в эндоскопическом отделении;
- стеллажами (шкафами) для хранения нестерильных расходных материалов (простыни, пеленки, перчатки, салфетки, моющие и дезинфицирующие средства).

Зона ДВУ и хранения эндоскопов должна оборудоваться и оснащаться:

- шкафами для хранения эндоскопов или шкафами для сушки и хранения эндоскопов в асептической среде;
- стеллажами (шкафами) для хранения стерильных материалов (простыни, пеленки, перчатки, салфетки, чехлы для эндоскопов);
- столами для сушки и обработки обработанных эндоскопов.

Все виды шкафов для хранения обработанных эндоскопов подлежат очистке и дезинфекции раствором химического средства в бактерицидном режиме не реже одного раза в неделю.

Уборка и профилактическая дезинфекция в манипуляционных для нестерильных эндоскопических вмешательств и в моечно-дезинфекционном помещении должны проводиться по мере загрязнения, но не реже одного раза в смену или два раза в день. После каждого пациента поверхность кушетки (стола) для исследований, с которой он контактировал, должна подвергаться дезинфекции. Генеральная уборка должна проводиться один раз в неделю.

ТРЕБОВАНИЯ К ТЕХНОЛОГИИ ОБРАБОТКИ И ХРАНЕНИЮ ЭНДСКОПИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ

Обработка гибких эндоскопов для нестерильных эндоскопических вмешательств после их использования должна проводиться в следующей последовательности:

- а) предварительная очистка внешних поверхностей вводимой трубки, промывка каналов; для видеоэндоскопа – герметизация с использованием защитного колпачка;
- б) визуальный осмотр эндоскопа и проверка на герметичность. Негерметичный эндоскоп не подлежит дальнейшей обработке и использованию;
- в) процесс окончательной очистки или окончательной очистки, совмещенной с дезинфекцией, включает следующие этапы:

- погружение эндоскопа в раствор моющего или моюще-дезинфицирующего средства с заполнением всех каналов через ирригатора, адаптеры и промывочные трубки на время, указанное в инструкции на средство;
 - очистка салфетками внешних поверхностей эндоскопа, очистка щетками клапанов, гнезд клапанов, торцевой оптики и открытых для доступа каналов;
- промывка моющим или моюще-дезинфицирующим раствором всех каналов эндоскопа через ирригатор, адаптеры и промывочные трубки;
- ополаскивание внешних поверхностей и каналов эндоскопа водой питьевого качества.

Промывные воды после этапов очистки и ополаскивания эндоскопов должны сливаться в централизованную канализацию без предварительного обеззараживания. Проверка качества очистки эндоскопа осуществляется в соответствии с пунктом 10.2 настоящих санитарных правил.

Обработка эндоскопов механизированным способом проводится в соответствии с эксплуатационной документацией на оборудование. Перед каждым циклом обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств в МДМ проводится их окончательная очистка. Обработка в МДМ определенных моделей эндоскопов проводится при наличии адаптеров для подключения основных каналов к оборудованию. После завершения обработки эндоскоп подлежит повторному использованию или хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию. Между рабочими сменами эндоскоп должен храниться в разобранном виде в шкафу для сушки и хранения эндоскопов в асептической среде. Срок хранения эндоскопов в шкафу в асептической среде указывается в инструкции по эксплуатации шкафа.

Обработка жестких эндоскопов для стерильных оперативных вмешательств включает следующие процессы: предварительная очистка, предстерилизационная очистка, совмещенная с дезинфекцией, стерилизация.

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ОЧИСТКИ, ДЕЗИНФЕКЦИИ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ЭНДСКОПОВ И ИНСТРУМЕНТОВ К ЭНДСКОПАМ

В медицинской организации должен осуществляться контроль качества очистки ДВУ и стерилизации эндоскопов и инструментов к ним. Для оценки качества очистки эндоскопов и инструментов к ним ставится азопирамовая или другая регламентированная для этой цели проба.

Плановый бактериологический контроль качества обработки каждого эндоскопа для нестерильных манипуляций проводится в соответствии с планом производственного контроля ежеквартально. Критерием эффективности ДВУ является отсутствие роста бактерий группы кишечной палочки, золотистого стафилококка, синегнойной палочки, плесневых и дрожжевых грибов, а также других условно-патогенных и патогенных микроорганизмов. Показатель общей микробной обсемененности должен быть менее 100 КОЕ/мл. Внеплановые бактериологические исследования смывов с эндоскопа для нестерильных вмешательств должны проводиться при подозрении на нарушение герметичности аппарата, после его ремонта или по эпидемическим показаниям. Плановому (не реже двух раз в год) микробиологическому контролю подлежит качество самодезинфекции МДМ. Критерий эффективности – отсутствие роста вегетативных форм микроорганизмов.

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО РАССЛЕДОВАНИЯ СЛУЧАЕВ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО СВЯЗАННЫХ С ЭНДСКОПИЧЕСКИМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ

При возникновении случая инфекционного заболевания, предположительно связанного с эндоскопическим вмешательством, должно проводиться эпидемиологическое расследование. При расследовании в случае инфекции, вызванной патогенными бактериями устанавливается следующая информация о пациенте: дата заболевания, результаты бактериологического исследования, клинического материала с характеристикой выделенного штамма микроорганизма, серологических и других лабораторных методов исследования, дата (или даты) эндоскопического вмешательства в пределах инкубационного периода заболевания.

Проводится обследование подразделений медицинской организации, выполняющих эндоскопические вмешательства, в ходе которого оцениваются: соответствие фактической обработки эндоскопов требованиям настоящих санитарных правил и рабочей инструкции, утвержденной в медицинской организации, применяемые средства очистки и ДВУ, обеспечение контроля параметров цикла ДВУ, качество предстерилизационной очистки и стерилизации инструментов, знания персонала, проводившего

обработку эндоскопов, наличие у них удостоверений о повышении квалификации по вопросам профилактики инфекций, связанных с эндоскопическими вмешательствами. Анализируются результаты планового бактериологического контроля эффективности обработки эндоскопов за год, предшествующий эпидемиологическому расследованию.

Для установления предполагаемого источника инфекции и выявления пациентов, находившихся в том же риске инфицирования, что и пострадавший, проводятся следующие мероприятия:

- на основании данных журнала контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств, журнала регистрации исследований, журнала записи оперативных вмешательств в стационаре составляется список пациентов, которые были обследованы (оперированы) до и после пострадавшего пациента тем же эндоскопом, в пределах срока, определенного эпидемиологом в соответствии с этиологией заболевания;

- устанавливается инфекционный статус пациентов, включенных в вышеуказанный список, по данным медицинской документации и дополнительно проведенных лабораторных исследований;

- осмотр и лабораторное обследование медицинских работников, непосредственно участвовавших в проведении эндоскопического вмешательства пострадавшему пациенту и в обработке оборудования;

- выявляется прямая связь пострадавшего (пострадавших) с предполагаемым источником инфекции путем доказательства идентичности бактерий одного вида.

В качестве вероятных факторов передачи возбудителя инфекции рассматриваются эндоскоп, инструменты к эндоскопу, МДМ, руки медицинского персонала. Для выявления фактора передачи возбудителя инфекции проводятся следующие мероприятия:

- оценка герметичности эндоскопа, которым обследовался пострадавший и внеочередной бактериологический контроль эффективности его обработки с идентификацией до вида выделенных микроорганизмов. Выделение из смывов, отобранных из каналов и (или) с внешних поверхностей эндоскопа, микроорганизма, идентичного возбудителю инфекционного заболевания у пострадавшего, будет свидетельствовать о том, что данный эндоскоп явился фактором передачи инфекции;

- определяется вид использованного инструмента по протоколу эндоскопического исследования, оценивается соблюдение технологии обработки, в том числе метод стерилизации, анализируются предшествующие результаты планового микробиологического контроля инструментов на стерильность, проводится внеплановый бактериологический контроль;

- выявляется МДМ, в которой обрабатывался эндоскоп, используя журнал контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств, проводится бактериологическое исследование смывов с различных участков машины и проб рабочего раствора дезинфицирующего средства на предмет вторичной контаминации. Выделение из отобранных проб микроорганизма, идентичного возбудителю инфекционного заболевания у пострадавшего даст основание рассматривать МДМ, как фактор передачи инфекции.

При эпидемиологическом расследовании случая инфицирования пациента вирусом гепатита В или вирусом гепатита С, предположительно связанного с эндоскопическим вмешательством, необходимо собрать следующие данные о пациенте: дата заболевания, дата последнего, предшествующего заболеванию, исследования сыворотки крови на маркеры вирусных гепатитов, наличие вакцинации против гепатита В (даты введения вакцины и препарат), дата (даты) эндоскопического вмешательства в пределах максимального инкубационного периода.

При рассмотрении эндоскопа, как вероятного фактора передачи возбудителя инфекции, проводятся следующие мероприятия:

- изучаются все аспекты обработки эндоскопов;

- составляется карта эндоскопических вмешательств;

- изучается медицинская документация выявленных пациентов для получения данных о наличии (отсутствии) у них гепатита В (гепатита С) до момента госпитализации в медицинскую организацию. Лицам, не имеющим таких сведений проводятся дополнительные исследования на маркеры гепатита В (гепатита С), при необходимости – выявление ДНК (РНК) и генотипа вируса. Для доказательства связи между пациентами, инфицированными вирусом одного генотипа, дополнительно используется молекулярно-генетические методы исследований.

ТРЕБОВАНИЯ К ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ВЫПОЛНЯЮЩИХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Медицинские работники структурных подразделений МО, выполняющих эндоскопические вмешательства, должны проходить предварительные (при поступлении на работу) и периодические медицинские осмотры. Медицинский персонал структурных подразделений МО, выполняющий эндоскопические вмешательства, должен быть вакцинирован против инфекционных болезней в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

Перед допуском к работе, связанной с выполнением эндоскопических вмешательств или обработкой эндоскопического оборудования, медицинские работники обязаны пройти специальную первичную подготовку по правилам обработки эндоскопов и инструктаж на рабочем месте по охране здоровья.

Медицинские работники структурных подразделений МО, выполняющие эндоскопические вмешательства, должны быть обеспечены медицинской одеждой (халаты, пижамы, шапочки) в соответствии с табелем оснащения (не менее трех комплектов на одного работающего) и средствами индивидуальной защиты (водонепроницаемые фартуки, нарукавники, очки или щитки, маски или респираторы, одноразовые перчатки) в достаточном количестве. Ответственным за обеспечение медицинских работников медицинской одеждой и средствами индивидуальной защиты является руководитель медицинской организации. Смена медицинской одежды должна проводиться по мере загрязнения, но не реже двух раз в неделю.

Перед проведением каждого нестерильного эндоскопического вмешательства персонал, участвующий в нем, проводит гигиеническую обработку рук в соответствии с требованиями СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность». Персонал, проводящий очистку эндоскопов, обязан надеть средства индивидуальной защиты, включающие: одноразовые перчатки из химически устойчивого материала, защитные очки, маску или защитный экран для лица, халат с длинными рукавами.

Для снижения риска инфицирования персонала и обеспечения надежности обработки гибких эндоскопов для нестерильных вмешательств применяется механизированный способ с использованием МДМ. При большом обороте эндоскопов (одновременное проведение обработки трех и более эндоскопов одного вида) механизированный способ обработки эндоскопов является обязательным.

Для предупреждения травм от инструментов к эндоскопам с колюще-режущими поверхностями необходимо минимизировать контакт персонала с необработанными инструментами. Запрещается использовать инъекционные иглы для забора патологического материала из браншей биопсийных щипцов. Случаи травмирования медицинского персонала на всех этапах работы должны регистрироваться в «Журнале учета травм и аварийных ситуаций».

Медицинский персонал при наличии ран на руках, экссудативных поражений кожи или мокнувшего дерматита на время заболевания отстраняется от выполнения эндоскопических манипуляций, обработки эндоскопов и контакта с ним.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изложенные в настоящей статье требования по безопасности эндоскопических исследований в условиях повышенной инфекционной нагрузки и правила их выполнения являются обязательными для применения во всех подразделениях медицинских организаций, выполняющих эндоскопические вмешательства и проводящие обработку и хранение эндоскопического оборудования.



УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ГАСТРОСТОМИИ

Богданова Е. А.,
старшая медсестра эндоскопического отделения
СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия»

Гастростомия – это операция по созданию искусственного входа в желудок для зондового питания и декомпрессии желудка. Основной контингент пациентов – это ослабленные онкологические больные, либо пациенты с неврологическими нарушениями, сопровождающимися атонией верхнего отдела желудочно-кишечного тракта и отсутствием глотательного рефлекса.

Существует множество методов выполнения гастростомии, включая применение лапаротомии, лапароскопии и эндоскопии. Методика чрезкожной эндоскопической гастростомии (ЧЭГ) стала золотым стандартом для прямого доступа в желудок. Это установка специальной системы для питания в желудок через переднюю брюшную стенку под контролем эндоскопа. Основное условие для этого – проходимость пищевода, чтобы можно было ввести эндоскопическую трубку. На рис. 1 - устанавливаемая гастростома.

Можно выделить ряд преимуществ постановки именно эндоскопической гастростомы в сравнении с другими методиками:

1. Это - малоинвазивное вмешательство, можно проводить в операционной, в процедурном кабинете эндоскопического отделения, в отделении реанимации при условии соблюдения всех правил антисептики. Длительность операции небольшая - 15–45 мин. Учитывая это, послеоперационные осложнения минимальны.

2. Для выполнения требуется минимальная седация (нет необходимости в общем наркозе).

3. Простота и удобство использования, что в свою очередь улучшает качество жизни пациента:

- Энтеральное питание более физиологично и в 8-10 раз дешевле по сравнению с парентеральным питанием, не требует строгих стерильных условий и не вызывает опасных для жизни осложнений. Начало проведения питания через 12 часов после операции, могут выполнять самостоятельно пациенты или их родственники;

- простота в уходе за гастростомой. Пациенту, либо родственникам даются рекомендации о порядке питания и вручается буклет о правильном уходе за гастростомой, так как существуют различия по обслуживанию, в зависимости от ее разновидности и фирмы-производителя;

- замена не операционным способом с помощью ВГДС и возможность быстрого удаления трубки путем извлечения наружу (отверстие самостоятельно закрывается).

Этапы выполнения чрезкожной эндоскопической гастростомии (ЧЭГ):

Наложение гастростомы выполняется двумя врачами эндоскопистами, медицинская сестра ассистирует. Пациенту выполняется внутривенная седация. Кожа обрабатывается антисептическими растворами и обкладывается стерильным материалом;

Первый этап - гастроскопия. При осмотре проводится диафаноскопия передней брюшной стенки и отмечается наиболее яркая точка как место прилегания передней стенки желудка к передней брюшной стенке, пункция передней брюшной стенки и передней стенки желудка пункционной иглой.

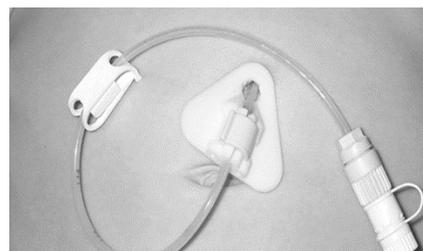
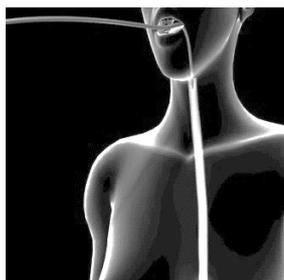
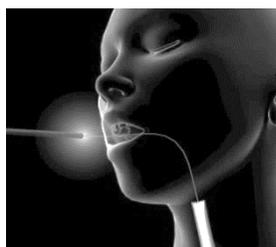
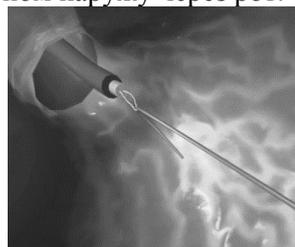


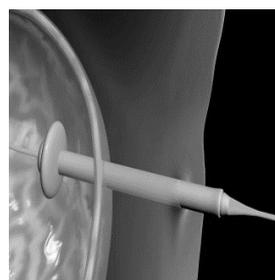
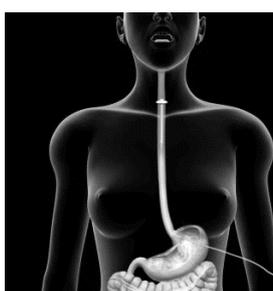
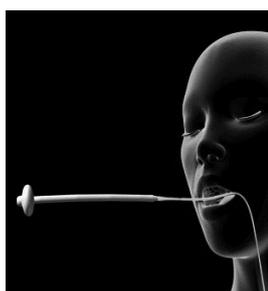
Рис. 1 Устанавливаемая гастростома



Через иглу проводится нить в желудок, которая захватывается щипцами или петлей и выводится вместе с эндоскопом наружу через рот.

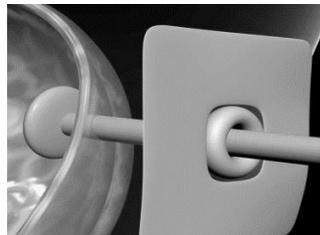
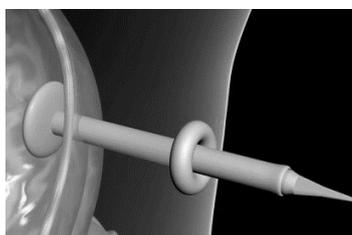


Нить, после извлечения, обрабатывается стерильной салфеткой, смоченной 70% этиловым спиртом. К ней привязывается гастростомическая трубка, имеющая на одном конце диск для внутренней фиксации.



Производится тракция за нить, и через пункционное отверстие желудка на переднюю брюшную стенку выводится гастростомическая трубка.

Следующим этапом на гастростомическую трубку накладывали наружное удерживающее кольцо, клапан гастростомы и коннектор для соединения со шприцом или системой. Вокруг стомы накладывалась стерильная асептическая повязка.



Высокая технологичность операций ставит эндоскопическую сестру на уровень ассистента врача-эндоскописта. Ассистент, как активный член бригады, должен не только выполнять определенные технические приемы, но и глубоко понимать их смысл и сознательно участвовать в проведении одного из сложнейших лечебных мероприятий - хирургической операции. Необходимо как знание алгоритма выполняемого исследования, так и:

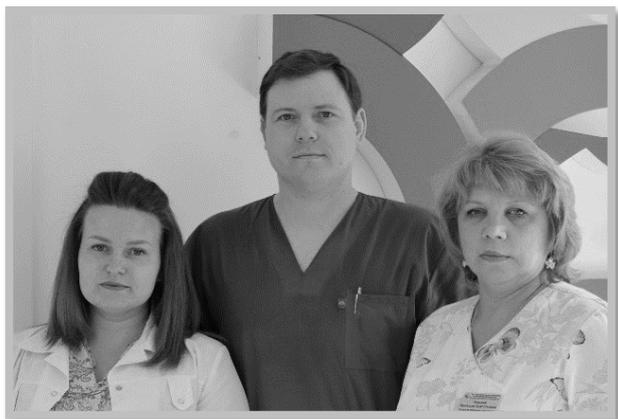
1. Устройство и правила работы эндоскопов и инструментов к ним (нужно ознакомиться с каталогом производителя эндоскопических инструментов, чтобы понимать, какие возможности имеются у эндоскопической хирургии).

2. Обеспечение инфекционной безопасности:

- знание санитарных правил и нормы;
- знание методов обработки, дезинфекции высокого уровня, стерилизации гибких эндоскопов и инструментов к ним;
- соблюдение правил асептики;
- подготовка и проведение исследований и операций (сохранность стерильного инструментария и оборудования);
- контроль стерильности оборудования и инструментов.

Совершенствование технологий обследования, лечения, инструментария для оперативной эндоскопии требует регулярного и интенсивного обновления знаний и навыков медсестры. Теоретические основы приобретаются на цикле усовершенствования, а вот практические навыки - на рабочем месте. Активное участие в семинарах, конференциях, посещение вместе с врачами практических семинаров с демонстрациями эндоскопических операций будет способствовать профессиональному росту, улучшению качества проводимых исследований и манипуляций.

На сегодняшний день нет установленных критериев оценки качества работы эндоскопической сестры. Результаты санитарно-эпидемиологического контроля, количество успешных манипуляций, осложнений могут служить такими критериями, отражать уровень профессионализма каждой медицинской сестры.



ПРОФИЛАКТИКА КАТЕТЕР – АССОЦИИРОВАННЫХ ИНФЕКЦИЙ КРОВОТОКА (КАИК) И УХОД ЗА ЦЕНТРАЛЬНЫМ ВЕНОЗНЫМ КАТЕТЕРОМ (ЦВК)

*Никифорова А. С., Плеханов В. А.,
Чехоева В. А.*

Вологодская областная клиническая
больница № 2

Трудно представить себе современную медицину без обеспечения сосудистого доступа, особенно это актуально для отделений реанимации и интенсивной терапии. Однако при этом нужно учитывать, что с ростом числа катетеризаций сосудистого русла нарастает частота такого осложнения как катетер – ассоциированные инфекции кровотока (КАИК). Частота развития инфекции, связанной с катетеризацией сосудистого русла, занимает третье место среди всех причин внутрибольничных инфекций (7—12% от общего числа инфекций). Лечение катетер - ассоциированных инфекций кровотока (КАИК) представляет серьезную проблему, приводит к увеличению сроков госпитализации, значительно повышает стоимость лечения, увеличивает летальность. Риск развития КАИК возрастает при длительном использовании катетера. Это определяет жесткие требования к соблюдению правил асептики при постановке и уходе за катетером.

Катетер - ассоциированные инфекции кровотока (КАИК) – чрезвычайно актуальная проблема современной медицины, значительно ограничивающая возможности центрального сосудистого доступа из-за реальной опасности развития на фоне тяжелого основного заболевания серьезных и, нередко, жизнеугрожающих осложнений.

Итак, рассмотрим, что же такое катетер - ассоциированные инфекции кровотока (КАИК). Это группа инфекционных заболеваний, развивающихся у человека в результате использования сосудистого

катетера для введения лекарственных средств, забора проб крови, проведения инвазивного мониторинга состояния больного или иных процедур при оказании медицинской помощи. КАИК являются составной частью инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП). Сегодня данной патологии принадлежит одно из ведущих мест в структуре стационарной летальности. КАИК определяет значительное увеличение длительности пребывания пациента в лечебном учреждении и повышение стоимости и трудозатрат на его лечение. Росту и распространению внутрибольничной инфекции способствует внедрение в клиническую практику новых диагностических и лечебных технологий, приведших к увеличению концентрации в стационарах пациентов с тяжелой органной патологией, обуславливающей снижение их иммунорезистентности.

Для снижения частоты подобных осложнений во многих странах разработаны национальные стандарты по уходу за центральными и периферическими катетерами. К сожалению, в связи с малой изученностью проблемы в России, статистических данных о КАИК в нашей стране нет. основополагающим механизмом предотвращения катетер - ассоциированных инфекций является эпидемиологический контроль инфекций. В Российской Федерации подобным стандартом, отражающим ключевые требования по уходу за внутривенными катетерами, является СанПиН 2.1.3. 2630 – 10 (2010г.). Для более подробного описания мер по профилактике КАИК во многих странах на основе национальных стандартов разработаны клинические рекомендации.

С 2016 года в Российской Федерации Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (НП «НАСКИ») разработала федеральные клинические рекомендации по профилактике КАИК и уходу за ЦВК. Ведущее место в подобных клинических рекомендациях отводится описанию техники соблюдения асептики при различных манипуляциях, связанных с внутривенным катетером. Четкое соблюдение свода этих правил позволяет значительно снизить частоту возникающих осложнений. При эффективном внедрении базовых принципов протоколов, таких как:

- адекватная гигиеническая обработка рук,
- соблюдение соответствующих барьерных мер при постановке катетера и его перевязке,
- выбор кожного спиртосодержащего антисептика, правильный выбор локализации катетера, удается добиться значительного снижения частоты КАИК.

Уровень частоты инфекционных осложнений, связанных с наличием сосудистого катетера, можно дополнительно снизить, применяя современные технологии. Высокотехнологические средства позволяют говорить о возможности снижения КАИК до нулевых значений, что позволяет в целом снизить расходы стационара и сохранить многие жизни. Частота инфекционных осложнений, зависит:

- от эффективной профилактики перекрестного инфицирования пациентов друг от друга путем гигиены рук и дезинфекции поверхностей в близком окружении пациента;
- от профилактики эндогенного инфицирования катетера и раны входного отверстия катетера путем внедрения в работу современных материалов и технологий ухода за катетером, эффективность применения которых следует оценивать в клинической практике, наблюдая за частотой, динамикой и этиологической структурой заболеваемости КАИК.

Классификация КАИК

Инфекция места введения катетера	Микробиологическая – из экссудата в месте введения катетера растет микроорганизм без сопутствующей инфекции кровотока (т.е. при отрицательных результатах культурального исследования крови). Клиническая - гиперемия, болезненность и отек/уплотнение или нагноение кожи в пределах 2 см от места введения катетера; может сочетаться в другими признаками или симптомами инфекции, такими как лихорадка или гнойное отделяемое из места выхода катетера без сопутствующей инфекции кровотока (т.е. при отрицательных результатах культурального исследования крови).
Карманная инфекция	Нагноение подкожного кармана в месте полностью имплантированного внутрисосудистого устройства и/или отек или самопроизвольный разрыв, или некроз кожи над ним без сопутствующей инфекции кровотока (т.е. при отрицательных результатах культурального исследования крови).

Туннельная инфекция	Болезненность, гиперемия и/или отек/уплотнение в пределах > 2 см от места введения катетера и по направлению вдоль туннелированного катетера без сопутствующей инфекции кровотока (т.е. при отрицательных результатах культурального исследования крови).
Флебит	Уплотнение или эритема, локальное повышение температуры и боль или болезненные ощущения по ходу вены, в которую в настоящее время введен катетер или из которой катетер был недавно удален.
Инфекции кровотока	Инфекция, связанная с инфузатом – выделение одного и того же микроорганизма из переливаемого раствора и при проведении культурального исследования крови, полученной из периферической вены при отсутствии другого идентифицируемого источника инфекции.

Следует отметить, что диагностика катетерной септицемии по клиническим признакам невозможна.

ЭССЕ

О РАБОТЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ КОМАНДЫ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №2

Подопригора Г.М.



Мне пришлось понаблюдать за работой сотрудников кардиологического отделения №2 городской многопрофильной больницы №2 в качестве пациента.

Больница ничем, казалось бы, не отличается от других больниц города: принимает пациентов по «скорой» и ведет прием в рамках плановой госпитализации. Однако нет суеты, все спокойно выполняют свои обязанности. Вход в отделение ничем не отличается от других отделений. Просторный коридор, бросается в глаза чистота полов, светлые чистые стены. Вся информация для пациентов на стендах, в доступных местах для пациентов.

В течение суток команда кардиологического отделения №2 работает настолько слажено, спокойно, что невольно ловишь себя на мысли: «А где же весь персонал?». Однако, выглянув из палаты в коридор, видишь, как дежурные медицинские сестры профессионально выполняют свои функциональные обязанности. Также спокойно без суеты врачи осматривают пациентов, о чем-то мило беседуют. Кажется, что они так давно знают друг друга знают! А ведь на самом деле они выслушивают проблемы, боль каждого пациента. И нужно предложить решение, чтоб пациент поверил в процесс обследования и лечения.

И вот личное общение с кардиологом Карповым Ильей Александровичем. После первой же беседы с врачом у меня не осталось ни тени сомнения в том, что мои проблемы будут решены. Уверенность и спокойствие также исходят и от заведующий отделением - Иконникова Петра Петровича.

Утром, еще нет девяти, наблюдаешь, как старшая медицинская сестра отделения, Савченко Галина Салиховна, обходит отделение. Процедурная медицинская сестра Давыдова Екатерина Валентиновна также спокойно, профессионально, делает свои процедуры пациентам. Постовые медицинские сестры работают также профессионально, слажено. На любой вызов появляется дежурная медицинская сестра. Выслушав пациента, незамедлительно принимает решение о дальнейших действиях.

Даже в сложных ситуациях нет ни суеты, ни лишнего шума. Только утром можно услышать от пациентов о том, что произошло накануне. Весь процесс выполнения такой работы говорит о слаженной, высокопрофессиональной подготовке всего коллектива кардиологического отделения №2. Коллектив работает как одна семья. Хочется сказать всей команде отделения большое спасибо. Слова благодарности - старшей медицинской сестре и заведующему кардиологического отделения №2. Такой высококвалифицированный персонал и такая слаженная, четкая работа может быть только у настоящих профессионалов-руководителей. Спасибо вам за ваш тяжелый, благородный труд. Дай Бог вам всем здоровья. Вы нам нужны.

Мое пребывание в данном стационаре продолжается. Пришлось познакомиться и с операционным блоком. Перед транспортировкой в операционную не было никаких вопросов, потому что дежурные медицинские сестры предоставили всю информацию, которой я должна была владеть. Там встретила бригада и стала дальше руководить всем процессом. Каждый пациент, находясь на операционном столе, испытывает тревогу. Но мои тревоги развеяли четкие, профессиональные действия сотрудников операционной бригады. Видела такое раньше в фильмах и думала: «Вот бы так наши работали! ...». Сейчас могу сказать, что бригада операционного блока городской больницы №2 работает лучше, чем показывают в фильмах. Нет суеты, волнений. Все четко, только слышишь поочередно озвучиваемые краткие отчеты о готовности «У меня все готово». Каждый член бригады успел пообщаться с пациентом. И вот встреча с хирургом. Поздоровались, объяснил ход операции и дальше пошел намеченный процесс.

Огромное спасибо всей операционной бригаде. Большое спасибо заведующему операционного отделения - Шлойдо Евгению Антоновичу и старшей медицинской сестре Павловой Татьяне Борисовне. Иметь такой профессионально подготовленный, четкий в работе коллектив, думаю, что это большая заслуга руководителей операционного отделения. Все слова благодарности, которые есть в русском языке, я адресую сотрудникам Городской многопрофильной больницы № 2.

Пришлось услышать и «другое мнение» от пациентов, находящихся на лечении. «А вот в клинике «Алмазова» лучше кормят, лучше интерьер в комнатах...» С одной стороны, меня порадовало, что никто из пациентов не задел дурным словом профессионализм персонала, не пожаловался на грубость со стороны сотрудников отделения. А с другой - грустно, что наши пациенты видят только бытовые условия стационара, и не способны отметить высокий профессионализм медицинских работников.

Я нашла объяснение этим высказываниям: пациенты многие забывают, куда пришли и с какой целью. Ведь пища не может быть домашней, здесь диетные столы. Соблюдается калорийность, сбалансированность питания. Да, такая еда отличается от домашней, поэтому мы питаемся дома, не обращая внимания на состав употребляемой пищи. Это - важный раздел работы поликлиник нашего города: открывать школы здорового питания, рассказывать, как предупреждать различные заболевания, когда проходить обследования, в какие сроки и зачем, состав питания, приготовления. Не забывать о культуре питания. И, крайне важный момент, мы должны понимать и помнить - наше здоровье в наших руках. Думаю, что общими усилиями мы изменим отношения нашего общества к здравоохранению. В том числе, к работе врачей, медицинских сестер и всего младшего персонала медицинских учреждений.

Руководить таким огромным учреждением, думаю, нелегко. Слова благодарности выражаю администрации больницы - главному врачу Волкову Владимир Алексеевичу и главной медицинской сестре Коньковой Зое Николаевне. Наличие такой команды профессионалов говорит об умении руководителей работать грамотно с коллективом. Спасибо всем сотрудникам кардиологического отделения № 2 и администрации городской многопрофильной больницы № 2.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ «СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

2018, № 3 (17)

Подписано в печать 07.09.2018. Формат 60 x 84 1/8. Бумага офсетная. Печать офсетная.
Объем 4,25 уч.-изд. л.; 4,25 усл. печ. л. Тираж 500 экз. Заказ № 6245

E-mail: mediteka21@mediteka.ru

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