2022, № 28

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ISSN 2413-6271

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

Журнал выходит с 2013 г.

Спонсор выпуска –
ПРОО МР СПб

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

Адрес редакции:
Санкт-Петербург, Пискаревский пр., 47
Кафедра гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им.Мечникова»

Оригинал-макет – Цуцунава М.Р.
Онлайн версия журнала доступна на сайте ПРОО МРСП **amspiter.ru**

На первой странице обложки – **Жукова** Наталья Леонидовна, медицинский технолог СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2»

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

ISSN 2413-6271
2022, № 28

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ®

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД

ОТ РЕДАКЦИИ……..…….3

ОБМЕН ОПЫТОМ
Малюченкова Е.А.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ НАВИГАЦИЯ СОСУДИСТОГО ДОСТУПА В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ….5

ЗАРУБЕЖНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ
Цуцунава М.Р., Малюченкова Е.А.

АНЕСТЕЗИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19……...9

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
Шерстнева Е. И., Губанов А.П.

ОЦЕНКА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19, НАХОДЯЩИХСЯ НА ИВЛ…….16

ОБРАЗОВАНИЕ. ВКР
Канунникова Е.И., Цуцунава М.Р.

К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (ШКОЛАХ) ……...21

СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР
Лаптева Е.С., Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н.

КАЧЕСТВО СЕСТРИНСКОГО УХОДА. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС VS… ……...28

ЛЕКЦИЯ
Цуцунава М.Р.

ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ ГИПОТЕРМИЯ……...34

ОТ РЕДАКЦИИ

Уважаемые коллеги!

С тех пор, как ПРОО МРСП получила статус провайдера образовательных мероприятий, прошел год. С 1 сентября 2021 г по 1 октября 2022 г. было подготовлено и проведено 32 вебинара (с обеспечением порядка 160 зет), в которых участвовало около 2000 членов ПРОО МРСП. Кроме того, в данных мероприятиях приняли участие и наши коллеги из регионов страны. По отзывам слушателей у нас это получается не плохо… Однако…

Однако до сих пор есть вопросы, которые, увы, связаны с фактом организации мероприятий, ряд вопросов которой тесно связаны с работой Комиссии НМО. При этом до сих пор существует необходимость работы с персоналом на местах и проведения ликбеза… И далеко ходить не надо, можно начать с эпистолярного стиля некоторых слушателей, с которыми приходится вступать в переписку, зачастую отвечая на те вопросы, разъяснения которых можно найти на портале НМО. Об этом свидетельствуют запросы от слушателей, которые мы получаем время от времени. Например, запрос может звучать таким образом: «Мне нужно получить индивидуальный код». И всё. Ни тебе здрасьте, ни мне до свидания☺): ни имени, ни названия мероприятия, ни электронного адреса, указанного при регистрации на мероприятие. Сиди-гадай, о чем идет речь? Бывает и такое, что подобные обращения вообще идут не по адресу: требуют коды у нас, при этом посетив мероприятие другого провайдера…

Что касается кодов: к сожалению, по неизвестной нам причине, несмотря на то, что мероприятие получает одобрение и от комиссии НМО, и от рецензента (о чем мы получаем соответствующие уведомления), коды не всегда выдаются до даты проведения мероприятия. Как показывает наш опыт, они могут прийти даже спустя 1,5 месяца... От чего это зависит, сказать сложно, можно только предположить, что одной из причин является контроль над проведением мероприятий не одного десятка провайдеров со стороны Комиссии НМО.

Однако, есть еще что-то, о чем должны знать и помнить медицинские работники: коды не раздаются «направо налево», и, прежде, чем отправлять запрос по поводу «не пришедших» кодов, следует убедиться, что были выполнены все условия участия, дабы не ставить ни себя, ни провайдера в неудобное положение... Об условиях участия всегда есть информация в анонсе мероприятия.

От редакции, *Цуцулава М.Р.*

КЛЮЧЕВЫЕ ВОПРОСЫ

Краткое содержание опубликованных статей

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ НАВИГАЦИЯ СОСУДИСТОГО ДОСТУПА В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ

Малюченкова Е.А. **Ультразвуковая навигация сосудистого доступа в работе медицинской сестры отделения анестезиологии-реанимации** // Специалист здравоохранения, 2022, 28, 5-8

Развитие инноваций меняют критерии выбора центральных и периферических катетеров, а также повышают требования к качеству проведения манипуляций, связанных с пункцией сосудов. Однако в задачи медперсонала входит не только выбрать средство инвазивного доступа в соответствии с показаниями, но и технически обеспечить этот доступ. В данной статье рассматриваются вопросы готовности медицинских сестер работать с новыми технологиями.

АНЕСТЕЗИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 (ЗАРУБЕЖНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ) (пер. с англ.)

Цуцунава М.Р., Малюченкова Е.А. **Анестезия в период пандемии COVID-19//** Специалист здравоохранения, 2022, 28, 9-15

В недавнем совместном заявлении Американского общества регионарной анестезии и медицины боли (ASRA) и Европейского общества регионарной анестезии и терапии боли (ESRA) пациентам с COVID-19 была рекомендована блокада нейроаксиальных и периферических нервов. Выявлены очевидные преимущества регионарных методов анестезии не только в отношении результатов лечения у отдельных пациентов, но и для системы здравоохранения в целом.
В статье представлены две противоположные точки зрения на рекомендации ASRA/ESRA.

ОЦЕНКА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19, НАХОДЯЩИХСЯ НА ИВЛ

Шерстнева Е. И., Губанов А.П. **Оценка риска возникновекния нозокомиальных пневмоний у пациентов с COVID-19, находящихся на ИВЛ** // Специалист здравоохранения, 2022, 28, 16-20

Представлен отчет по научному исследованию, проведенному на базе СПб «Городская больница Святого Великомученика Георгия» с целью оценить риск возникновения нозокомиальных пневмоний у пациентов с COVID-19, находящихся на ИВЛ. Авторы предлагают обратить внимание на ряд организационных вопросов, связанных с решением проблемы.

К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (ШКОЛАХ)

Канунникова Е.И., Цуцунава М.Р. **К вопросу об оценке эффективности профилактической работы в образовательных учреждениях (школах)** // Специалист здравоохранения, 2022, 28, 21-27

Отсутствие оценки профилактических программ и

фактических данных об эффективности вмешательств заставляет усомниться в целесообразности выделения ресурсов на программы Представлен отчет по исследованию, выполненному в рамках ВКР с целью установить факт проведения оценки эффективности профилактической работы в образовательных учреждениях – школах.

КАЧЕСТВО СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС VS…

Лаптева Е.С., Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н. **Качество сестринской помощи. Сестринский процесс VS…** // Специалист здравоохранения, 2022, 28, 28-34

Опубликованный систематический обзор демонстрирует поиски специалистов в нашей стране, нацеленные на определение факторов, улучшающих качество сестринского ухода. При этом метод сестринского процесса никем не рассматривается.

ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ ГИПОТЕРМИЯ

Цуцунава М.Р. **Периоперационная гипотермия** // Специалист здравоохранения, 2022, 28, 34-35

В статье представлен краткий обзор современной концепции «периоперационная гипотермия»

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ НАВИГАЦИЯ СОСУДИСТОГО ДОСТУПА В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ

Малюченкова Е.А.

СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия»

АННОТАЦИЯ

Методические рекомендации, направленные на стандартизацию и оптимизацию процедуры обеспечения венозного доступа, регулярно пересматриваются. Это во многом связанно с появлением новых предложений на рынке медицинских расходных материалов, а также с развитием более современных технологических решений. Развитие инноваций меняют критерии выбора центральных и периферических катетеров, а также повышают требования к качеству проведения манипуляций, связанных с пункцией сосудов. Однако в задачи медперсонала входит не только выбрать средство инвазивного доступа в соответствии с показаниями, но и технически обеспечить этот доступ.

ВЕНОВИЗОРЫ - АЛЬТЕРНАТИВА УЗ НАВИГАЦИИ?

Для этих целей были разработаны дополнительные системы визуализации сосудов – веновизоры. Аппарат неинвазивным способом позволяет определить локализацию вен у пациентов любого возраста с разной степенью выраженности сосудистого русла. У данного типа устройств есть и ряд противопоказаний к использованию. Нельзя сканировать окологлазные области, участки кожи с инфекционными поражениями или раневые поверхности. Неинформативным может быть сканирование областей с интенсивным волосяным покровом или с наличием татуировок. Принцип работы таких устройств заключается в пропускании через кожу безвредного излучения ближней инфракрасной области (от 780 до 2500 нанометров). За счет разности отражения этого спектра сосудами и окружающих их тканей, создается видимая проекция русла на поверхность кожи. Медицинская сестра может осуществлять пункцию под контролем сканера, что сокращает время на поиск вен у детей или, наоборот, пожилых пациентов, а также у пациентов, перенесших лучевую терапию. Безусловно, такие технологические решения могут упростить работы медицинской сестры, сделать манипуляцию более безопасной и безболезненной для пациента. Особенно актуален венивизор в процедурных кабинетах, на станциях переливания крови, в манипуляционных частных клиниках.

Для нужд таких отделений как анестезиология и реанимация веновизоры серьезно уступают аппаратам ультразвуковой диагностики по ряду критериев. Во-первых, веновизор способен создавать проекции сосудов, находящихся под кожей на глубине не более 10 мм. Это делает невозможным сканирование вен, пролегающих более глубоко, что бывает необходимо для постановки венозного катетера размера более G20. Стандартный линейный датчик аппарат УЗИ имеет глубину сканирования до 12 см, что дает возможность проводить катетеризацию центральных вен. Во-вторых, веновизор откалиброван под спектр отражения венозной крови. Попытка визуализировать артерию может быть неинформативна. Ультразвуковой датчик не имеет таких ограничений и используется для поиска венозных сосудов, артерий, а также периферических нервов и их сплетений, пролегающих рядом.

Использование ультразвукового сканера не исключает потребность в веновизорах, однако следует четко дифференцировать показания к применению каждого из приборов. Не стоит сравнивать и стоимость веновизоров и аппаратов ультразвуковой диагностики. Современные УЗ комплексы стоят свыше 1,5 млн. рублей при самой базовой комплектации. Высокая стоимость оборудования обусловлена не только дорогими техническими составляющими, но и импортным производством. Этот фактор не всегда позволяет стационару приобрести аппарат в рамках бюджетных закупок, но, если в отделении анестезиологии-реанимации появляется свой собственный УЗ комплекс, это дает большой спектр преимуществ в работе.

УЗИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СТАНДАРТАХ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

О широком применении УЗ навигации в работе врача анестезиолога-реаниматолога имеется достаточно много работ и публикаций, как в зарубежных, так и в отечественных источниках. Ультразвуковая диагностика и мониторинг состояния входит в Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 27 августа 2018 г. № 554н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач - анестезиолог-реаниматолог". Согласно этому приказу, врач анестезиолог-реаниматолог должен уметь: обеспечивать ультразвуковой мониторинг для распознавания свободной жидкости в перикарде, плевральной и брюшной полостях, пневмоторакса с помощью портативного аппарата ультразвуковой диагностики, проводить пункцию и катетеризацию центральных и периферических вен, в том числе с использованием ультразвукового исследования [1]. Также в стандарт входит навык выполнения пункции и катетеризации эпидурального и спинального пространства, блокады нервных стволов и сплетений под контролем УЗИ. Исходя из изучения приказа №554н, можно сделать заключение, что использование УЗ навигации при проведении диагностических и лечебных манипуляций является обязательным для врачей отделений анестезиологии и реанимации. Более продвинутый уровень освоения УЗИ является проведение ЭХО-кардиография, УЗИ органов брюшной полости и УЗ визуализация при интубации трахеи.

Обратимся к аналогичному профессиональному стандарту, разработанному для медицинских сестер. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 июля 2020 г. №471н "Об утверждении профессионального стандарта "Медицинская сестра - анестезист" определяет перечень обязательных навыков для среднего медицинского персонала. В стандарте нет упоминаний о необходимости использовании УЗ навигации в работе медицинской сестры [2]. В документе указано использование стандартных техник обеспечения периферического сосудистого доступа, которые подразумевают визуальный осмотр и пальпацию. Таким образом, стандарт определяет набор минимальных навыков для среднего персонала отделений анестезиологий и реанимации. Освоение более сложных методик считается повышением квалификации, которое должно носит, прежде всего, добровольный характер. В настоящее время, курсы обучения УЗ методикам навигации ориентированы не только на врачей, но и на медицинских сестер. В процессе обучения важно сформировать понимание, что использование дополнительных технических средств в работе не требует обширных знаний ультразвуковой анатомии и режимов сканирования аппарата.

КАК МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ УЛЬТРАСОНОГРАФИЮ В СВОЕЙ ПРАКТИКЕ?

Исходя из собственного опыта работы, стоит отметить, что метод ультразвуковой навигации можно освоить самостоятельно, базируясь на доступных информационных источниках. Для проведения пункции вен с ультрасонографией достаточно иметь один матричный линейный датчик. Стандартные пресеты и режимы сканирования сосудов не требуют перенастройки, а значит дополнительные временные затраты не требуются. Важно заранее обустроить рабочее место, учитывая габариты аппарата, а также наличие или отсутствие заряженного аккумулятора. Экран аппарата должен располагаться прямо, другое оборудование не должно препятствовать четкой визуализации структур на мониторе. Датчик также требует подготовки перед использованием, его нужно покрыть прозрачным стерильным защитным чехлом и обернуть стерильной салфеткой. Пространство между поверхностью датчика и чехлом должно быть заполнено гелем для УЗИ на водной основе и не должно содержать пузырьков воздуха. Нанесение геля непосредственно на кожу, как при других ультразвуковых исследованиях, может создать технические сложности в последующей установке катетера. Приступать к манипуляции следует только после того, как оборудование полностью подготовлено для сканирования.

Абсолютных противопоказаний именно к применению ультрасонографии нет, есть относительные, связанные с внедрением катетера. Перед проведением пункции необходим визуальный осмотр поверхности руки, куда планируется постановка катетера, после чего можно переходить к ультрасонографии области. Короткий осевой (поперечный) вид обычно является предпочтительным, потому что его легко получить, и он является лучшим видом для идентификации вен и артерий и их ориентации друг к другу. Тем не менее, поперечная проекция показывает иглу только в поперечном срезе, а кончик иглы можно отличить только по появлению и исчезновению белой точки, когда плоскость визуализации проходит через кончик иглы. Длинноосевую (продольную, в плоскости) ультразвуковую проекцию технически более трудно получить (необходимо держать датчик, вену и иглу в одной плоскости),

однако вся игла, включая кончик, может непрерывно визуализироваться, что обеспечивает ее правильное интралюминальное размещение. Нарастание сужения периферических вен затрудняет возможность получения продольной проекции [3]. Сама техника постановки периферического катетера не отличается от обычной, проводимой без дополнительной навигации.

При визуализации сосудов необходимо дифференцировать вены от артерий. Это достигается за счет знаний анатомии поверхностных и глубоких вен, а также распознается по обнаружению пульсации сосуда. К поверхностным венам верхней конечности относятся: головная, основная и промежуточная вены.

Головная вена (v. cephalica) начинается на тыле кисти, откуда следует на лучевую сторону предплечья, затем переходит на плечо, где залегает в латеральной борозде кнаружи от двуглавой мышцы, поднимается до ключицы и впадает в подмышечную вену. Основная вена (v. basilica) также начинается на тыле кисти, поднимается по локтевой стороне предплечья на плечо, где впадает в плечевую вену. В области локтевой ямки между головной и основной подкожными венами руки имеется хорошо выраженный анастомоз – промежуточная вена локтя (v. intermediana cubiti) [4]. Их пальпация может быть затруднена при различных патологиях, таких как ожирение, контрактура конечности и др. Дополнительная ультразвуковая навигация, проводимая медицинской сестрой, сделает катетеризацию вены более безопасной, сократив количество попыток пункции.

Также при наличии УЗ аппарата выполняется пункция не только венозных сосудов, но и артериальных. Несмотря на то, что подобная манипуляция прописана в профессиональном стандарте врача, медицинская сестра под его контролем также может проводить пункцию артерии с целью забора крови. Артериальная кровь берётся на анализ для последующего определения КОС (кислотно-основного состояния) крови, которое требует постоянного мониторинга в ряде случаев. Во время пандемии COVID-19 количество исследований КОС артериальной крови резко выросло. Это связано с тем, что артериальная кровь имеет большее диагностическое значение в сравнении с венозной при определении эффективности выставленных параметров искусственной вентиляции легких. Наиболее безопасным доступом для забора крови является лучевая артерия. Лучевая артерия располагается близко к коже с вентролатеральной стороны дистальной части запястья, немного медиальнее головки лучевой кости и латерально к сухожилию лучевого сгибателя запястья. Обычно, сложностей в пальпации пульсации не возникает, но с возрастанием числа исследований доступ может затрудняться. Проведение большого числа пункций лучевых артерий сопровождалось появлением гематом, отёчности, выраженной болезненности в области запястья. Именно поэтому в личной сестринской практике было принято решение применения дополнительной навигации. Ультрасонография позволила в значительной мере снизить количество неудачных попыток пункций артерии, а значит, и уменьшить число осложнений артериального доступа. Сложно говорить об экономии времени при применении УЗ аппарата, поскольку необходимо каждый раз заранее готовить оборудование к работе. Но лечение осложнений, вызванных многочисленными попытками, также может быть в перспективе затратным по времени. Здесь можно сделать вывод, что УЗ навигация зачастую не экономит время, потраченное на выполнение манипуляции, но имеет ряд существенных преимуществ для самого пациента.

УЗ контроль при пункции артерии позволил осуществлять забор крови после первого же прокола, что в свою очередь снизило количество наносимых пациенту повреждений и болезненных ощущений. Предварительно сканирование области пункции позволяет определить глубину залегания артерии и подобрать размер иглы в соответствии с этим критерием. Также, использование дополнительной навигации предотвращает случайное попадание в венозное русло, что является нежелательным результатом, если пациенту уже назначен КОС артериальной крови. Результаты могут быть неверно интерпретированы, но чаще всего пациенту назначают повторный анализ, а это вновь потраченное время медицинского персонала и определенный стресс для пациента. Любое вмешательство с нарушением целостности кожных покровов сопровождается не только дополнительным дискомфортом, но и дополнительным риском инфицирования раны. Даже небольшое повреждение у ослабленных реанимационных пациентов может стать причиной ИСМП. Исходя из вышеперечисленных факторов, можно сделать вывод, что применение в работе медицинской сестрой дополнительной УЗ навигации профилактирует осложнения у пациента и их последующее лечение.

ОБЩИЙ ИТОГ

Сложно говорить об отдаленных последствиях регулярных пункций лучевой артерии, но учитывать потенциальные риски необходимо уже сейчас. Следовательно, если медицинские сестры отделения анестезиологии и реанимации самостоятельно проводят такие манипуляции как пункция лучевой артерии, необходимо проводить дополнительную подготовку по ультразвуковой навигации. Это касается и катетеризации периферических вен, если имеются проблемы сосудистого доступа, но у пациента нет четких показаний к установке центрального катетера. Нет необходимости применять дополнительную навигацию абсолютно каждому пациенту, однако, возрастающее число пациентов с ожирением зачастую требует использования вспомогательных средств контроля. Встречаются и другие клинические случаи, например, пациенты, перенесшие химиотерапию, пациенты с наркоманией или пациенты, перенесшие металлоостеосинтез обеих лучевых костей. Решение о необходимости применения ультрасонографии принимается медицинской сестрой после предварительного осмотра и сбора анамнеза, а также исходя из своего опыта и квалификации.

Применение современных технических решений в работе ни в коем случае не говорит об отсутствии классических навыков у среднего медперсонала. Наоборот, идти в ногу со временем и повышать свою компетентность - это то, к чему должны стремиться все медицинские сестры в настоящее время. Обучаться новым методам можно без затрат личного времени прямо на рабочих местах, обмениваясь опытом с другими коллегами. УЗ навигация должна стать рутинной процедурой в сестринской практике, поскольку это не только стимулирует профессиональный рост, но и повышает эффективность в работе. Не исключено, что по мере появления новых технологий и их внедрения в медицинскую практику, будут пересмотрены и профессиональные стандарты медицинских работников с последующим увеличением критериев подготовки.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 27 августа 2018 г. N 554н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач - анестезиолог-реаниматолог"
2. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 июля 2020 г. №471н "Об утверждении профессионального стандарта "Медицинская сестра - анестезист"
3. Yiju Teresa Liu MD, Harbor-UCLA Medical Center Peripheral vein catheterization under ultrasound guidance, 2020
4. Ультразвуковое исследование артерий и вен верхних конечностей : Учебное пособие / Е.М. Носенко, Н.С. Носенко, Л.В. Дадова. – Моск ва: Из да тельс кий дом Ви дар#М, 2020. – 240 с. ил. ISBN 978#5#88429#262#8

ПРОО МРСП - ПРОВАЙДЕР ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

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

АНЕСТЕЗИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 (пер. с англ.)

Аннотация

В недавнем совместном заявлении Американского общества регионарной анестезии и медицины боли (ASRA) и Европейского общества регионарной анестезии и терапии боли (ESRA) пациентам с коронавирусной болезнью 2019 года (COVID-19) была рекомендована блокада нейроаксиальных и периферических нервов. Выявлены очевидные преимущества регионарных методов анестезии не только в отношении результатов лечения у отдельных пациентов, но и для системы здравоохранения в целом.

В настоящее время регионарные методы продвигаются не только в комплексе сочетанных анестезий, но и в качестве самостоятельного анестезиологического пособия. Использование только блокад проводящих нервных путей позволяет сократить число процедур, связанных с применением газообразных или летучих анестетиков. Однако уход за пациентами с заболеванием COVID-19 требует быстрого пересмотра преимуществ и рисков — как для пациентов, так и для практикующих специалистов. Они должны быть полностью проанализированы в контексте имеющихся доказательств и экспертного заключения.

В статье представлены две противоположные точки зрения на рекомендации ASRA/ESRA. Выделены области, вызывающие споры, и возможности для проведения исследований по устранению пробелов в знаниях.

Пандемия коронавируса 2-го типа с тяжелым острым респираторным синдромом (SARS-CoV2) представляет собой беспрецедентную проблему для анестезиологов во всем мире. Клинические решения, которые не так давно были рутинными, сегодня заметно усложнились. При каждом выборе анестетика по-прежнему требуется тщательное изучение рисков, преимуществ и альтернатив.

Исторически принимались решения, ориентированные больше на пациента, чем на предпочтения врача или потребности медицинской команды. Пандемия SARS-CoV 2 нарушила этот процесс так, что теперь безопасность медицинских работников учитывается в большем объеме при планировании анестезиологического пособия. Кроме того, потенциальный выбор анестетика и его применение должны ориентироваться на возможности системы здравоохранения. Необходимо разумно подходить к расходу потенциально дефицитных ресурсов, если возникнет такая потребность. Эти факторы присутствовали всегда, но сегодня они выходят на первый план в вопросах принятия решений.

В свете этих проблем извечный вопрос ‘что лучше — регионарная анестезия (РА) или общая анестезия (ОА)?" приобретает еще большее значение применительно к оказанию помощи пациентами с коронавирусной болезнью (COVID-19). В когортах неинфицированных пациентов были установлены преимущества РА перед ОА в отношении исходов у пациентов, включая легочные, болевые, желудочно-кишечные и тромбоэмболические осложнения. Аналогичным образом, риски выбора РА у пациентов с лихорадкой, бактериемией или виремией, вероятно, невелики и, вероятно, преимущества будут их перевешивать.

Несмотря на эти данные и недавно выпущенное практическое руководство, рекомендующее нейроаксиальную анестезию и блокаду периферических нервов при заболевании COVID-19, остаются 3 важных вопроса:

Материалы подготовили:
[1]Цуцунава М.Р., [2]Малюченкова Е.А.
[1] ФГОБОУ СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова
[2]СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия»

Можно ли предположить, что регионарные методы дают аналогичные преимущества без увеличения риска в когортах COVID-19?

В отсутствие доказательств, которыми можно было бы руководствоваться, следует ли полагаться на мнение эксперта?

Действительно ли РА безопаснее для врачей по сравнению с ОА?

Далее рассматриваются эти вопросы и предлагаются две различные точки зрения на выше упомянутые практические рекомендации.

ДА, МЫ ГОТОВЫ РЕКОМЕНДОВАТЬ НЕЙРОАКСИАЛЬНУЮ АНЕСТЕЗИЮ И ПЕРИФЕРИЧЕСКУЮ БЛОКАДУ ПАЦИЕНТАМ С КОВИД-19

Учитывая то, что SARS-CoV 2 появилась недавно, многое неизвестно, и имеется крайне ограниченное число данных, которые помогут принять решение об оптимальном выборе анестетика пострадавшим пациентам. Клиническая потребность высока, поэтому мнение экспертов в сочетании с экстраполяцией известных преимуществ от здоровых пациентов к пациентам с COVID-19 является уместным и прагматичным. Это соглашение ни в коем случае не является чем-то необычным: действительно, 41% рекомендаций, содержащихся в основных руководствах по кардиологической помощи, спонсируемых обществом, основаны на мнении экспертов. Этот подход также согласуется с недавним совместным заявлением, в котором РА рекомендуется для пациентов с COVID-19.

Тем не менее, следует начать с изучения влияния нашего выбора на результаты лечения пациентов. Там, где РА и ОА являются подходящими вариантами для пациента, РА обычно ассоциируется с эквивалентными или превосходящими результатами после операции. Для особых групп населения, подверженных более высокому риску неблагоприятных исходов, это может быть более полезно. Эти группы населения частично пересекаются с теми, кто подвержен риску заражения COVID-19 из-за возраста или иммунного статуса. Например, у акушерских пациенток нейроаксиальная анестезия ассоциируется с меньшей предполагаемой материнской кровопотерей и более высокими показателями по шкале Апгар, а при переломе бедра у пожилого пациента - с более низкой смертностью, меньшим числом случаев делирия, менее продолжительным пребыванием в отделении интенсивной терапии (ОИТ) и меньшей потребностью в поддержке аппарата искусственной вентиляции легких.

Кроме этих хорошо охарактеризованных преимуществ РА, отказ от ОА может понизить уровень стресса, связанный с операцией, что положительно скажется на послеоперационных исходах у пациентов с COVID-19. Это подтверждается недавним ретроспективным анализом бессимптомных пациентов, которые перенесли ряд хирургических вмешательств и у которых впоследствии был диагностирован COVID-19. Несмотря на небольшой размер выборки, 44% пациентов нуждались в интенсивной терапии, а уровень смертности составил 20,5%. Важным плюсом применения нейроаксиальных и регионарных блокад является пролонгированное действие анестетика, которое способствует исключению необходимости дополнительного обезболивания пациента в раннем послеоперационном периоде. Данное преимущество может быть существенно для пациентов со средней и тяжелой формой COVID-19, получающих серьезную медикаментозную нагрузку.

Способность РА минимизировать легочные и тромбоэмболические осложнения делает этот метод особенно уместным в отношении пациентов с заболеванием COVID-19. При пневмонии, вызванной COVID-19, ожидается, что на фоне нейроаксиальной анестезии сохранится дыхательная функция и число послеоперационных легочных осложнений будет минимальным. Кроме того, состояние гиперкоагуляции все чаще рассматривается признаком COVID-

19, и было продемонстрировано, что нейроаксиальная анестезия снижает риск венозной тромбоэмболии. Механизмы, с помощью которых достигаются эти преимущества, не полностью поняты, но могут быть объяснены, по крайней мере частично, уходом от ОА. В дополнение к негативным клиническим последствиям, в последующем эти факторы приведут к увеличению потребления ресурсов и продолжительному повышенному объему стационарной помощи.

Хотя возросшие требования к послеоперационному уходу в отделении интенсивной терапии не повлияют на возможности системы здравоохранения в обычное время, сейчас явно необычные времена. В регионах с особо высокой заболеваемостью оборот коечного фонда реанимации превысил стандартные значения на несколько сотен процентов. Этот возросший спрос не только существенно повысил нагрузку на бригады интенсивной терапии, но и поднял вопрос о нормировании ухода. В подобной ситуации крайне важны именно те способы анестезии, которые, как доказано, могут сократить число пациентов, требующих проведения послеоперационного мониторинга в условиях отделений интенсивной терапии, а также сократить расход немногочисленных ресурсов. Несмотря на ограниченные данные, по сравнению с РА, ОА является значительным фактором риска госпитализации в отделение интенсивной терапии и повышенного потребления ресурсов после ортопедической операции.

Главной проблемой в нынешней пандемии, которая влияет на выбор между РА и ОА, является безопасность медицинских работников в операционной. Это беспокойство вполне обосновано, поскольку, по последним оценкам, 20% всех случаев COVID-19 приходится на медицинских работников. Нет окончательных данных, позволяющих предположить, что проведение ОА у пациентов с COVID-19 безопаснее, чем РА; напротив, данные свидетельствуют о том, что ОА может увеличить риск заражения и передачи от пациента к медработнику.

Статистические данные, базирующиеся на опыте работы в условия нынешней пандемии, находятся на стадии формирования и аккумулирования. Однако, можно руководствоваться результатами, собранными во время вспышки коронавируса SARS (SARS-CoV) в 2003 году. Здесь риск заражения медработников SARS-CoV во время процедур, генерирующих аэрозоль, был в шесть раз выше по сравнению с риском во время процедур, не связанных с подачей ингаляционных смесей. Взятые вместе, эти данные свидетельствуют о том, что необходимо избегать эндотрахеальной интубации или манипуляций с дыхательными путями. Однако они также предполагают, что риски для медицинских работников могут быть дополнительно снижены путем включения других защитных мер (например, маски для пациента сводят к минимуму количество аэрозоля, образующегося при кашле). Риск кашля и перехода в ОА при манипуляциях с дыхательными путями может быть дополнительно сведен к минимуму путем обеспечения минимального седативного эффекта при ОА. Наконец, надлежащее использование средств индивидуальной защиты (СИЗ), вероятно, еще больше снизит риск передачи инфекции медработникам. Цель «нулевой» передачи вполне может быть достигнута за счет сочетания этих дополнительных мер вместе с РА. Об этом свидетельствует недавний ретроспективный обзор 17 пациентов с COVID-19, перенесших кесарево сечение. Четырнадцать пациентов получили РА, и не было зарегистрировано ни одного случая передачи инфекции анестезиологам.

Несмотря на эти обнадеживающие сообщения, нет исследований, которые оценивали бы последующее воздействие ОА на других медработников. Доступные ретроспективные анализы были сосредоточены главным образом на процедурах, при этом очень мало внимания уделялось оценке риска сотрудников палат пробуждения и сотрудников отделений, оказывающих постанестезиологическую помощь (ПАП). Если ОА является фактором риска послеоперационного кашля, тошноты и рвоты, возникает вопрос о том, подвергаем ли мы дополнительно наших сотрудников ПАП и находящихся в палате коллег большему риску воздействия аэрозолированного вируса.

Вывод

Знаем ли мы наверняка, что при выборе РА вместо ОА для пациента с COVID-19 последуют лучшие результаты, снижение нагрузки на систему здравоохранения и снижение передачи инфекции медперсоналу? Нет. Имеющиеся в настоящее время доказательства не подтверждают этот вывод. Однако, когда мы объединяем то, что мы знаем о сравнительных преимуществах РА и ОА для здорового населения, уроки, извлеченные во время пандемии SARS-CoV, и мнение экспертов, из этого следует, что мы готовы рекомендовать РА в качестве предпочтительного метода анестезии для пациентов с COVID-19.

НЕТ: МЫ НЕ ГОТОВЫ РЕКОМЕНДОВАТЬ НЕЙРОАКСИАЛЬНУЮ АНЕСТЕЗИЮ И БЛОКАДУ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПАЦИЕНТАМ С COVID-19

До тех пор, пока у нас не будет доказательств улучшения результатов в когортах пациентов с COVID-19 и санитарно-эпидемиологической безопасности для медицинского персонала, нельзя утверждать, что РА является предпочтительным методом лечения. Несмотря на то, что потенциальная польза может быть получена в когорте неинфицированных пациентов, существует также серьезная причина для беспокойства.

Все чаще описываются факторы риска, влияющие на уместность РА для пациентов с COVID-19. Главными из них являются коагулопатия и тромбоцитопения, о которых часто сообщают при заболевании COVID-19. Эти же факторы прогнозируют тяжесть заболевания и смертность. Тщательная предоперационная оценка должна включать количество тромбоцитов и параметры свертывания. Нестабильность гемодинамики связана с ОА при критических состояниях; однако вероятность неблагоприятных исходов, связанных с гипотензивными эффектами нейроаксиальных или паравертебральных методов, также может ограничить использование РА.

В настоящее время нет четких данных об отдаленных последствиях применения центральной и регионарной блокады у пациентов с нарушенной функцией дыхания на фоне COVID-19. Нередко у пациентов на фоне COVID-19 имеются нарушения функций сердца, почек и печени, а значит метаболизм и конъюгация местных анестетиков может меняться.

Несмотря на недавно опубликованные практические рекомендации об обратном, пациентам с COVID-19, вероятно, показано снижение дозы, особенно пациентам с метаболическим или респираторным ацидозом. Это требование неясно отчасти потому, что большинство исследований уровня местных анестетиков в плазме крови не проводились у пациентов в критическом состоянии. Любой из этих факторов в отдельности или в комбинации значительно повышает риск системной токсичности местных анестетиков (СТМА). Избегать СТМА еще более важно во время нынешней пандемии, учитывая потенциальную потребность в ограниченных ресурсах в рамках лечения, включая поддержку аппарата искусственной вентиляции легких или искусственного кровообращения. Статистические данные об увеличении числа случаев СТМА при РА на фоне сопутствующего COVID-19 в настоящий момент отсутствуют. До начала пандемии процент случаев СТМА был достаточно низким: около 0,03%, или 0,27 эпизода на 1000 выполненных периферических нервных блоков.[1]

В недавно озвученной рекомендации по РА в отношении пациентов с COVID-19 не проводится различие между пациентами с тяжелой формой заболевания и средней тяжести. В этой области еще меньше доказательств, которыми можно руководствоваться при принятии

[1] Local Reg Anesth. 2018; 11: 35–44. Published online 2018 Aug 8. doi: 10.2147/LRA.S154512 Local anesthetic systemic toxicity: current perspectives: Kariem El-Boghdadly,1,2 Amit Pawa,1 and Ki Jinn Chin

решений. Данные в поддержку РА при критических состояниях получены из небольших серий неконтролируемых исследований или экстраполированы из исследований, проведенных в когортах неинфицированных пациентов. В единственном систематическом обзоре по этой теме сделан вывод о том, что РА может быть уместна в отношении пациентов в тяжелом состоянии, однако убедительных доказательств, подтверждающих это предположение, не существует. Важно отметить, что уместность ОА в отношении пациентов с заболеванием COVID-19 с тяжелым течением также не установлена и может быть связана с конкретными неблагоприятными исходами. Однако до тех пор, пока не будут проведены целенаправленные исследования сравнительных преимуществ РА и ОА у пациентов с COVID-19, вопросы относительной безопасности и эффективности методов остаются открытыми.

Как всегда, в идеале следует избегать перехода РА в ОА. Оценка частоты ‘неудачного РА’ у пациентов с COVID-19 пока еще не проведена, но уже есть предположения, что она может быть высокой: ношение СИЗ ухудшает остроту зрения и слуха, подвижность, ловкость и коммуникацию. Хотя эти факторы и не являются противопоказаниями для выполнения РА, их следует признать и изучить, поскольку каждый из них может повлиять на концентрацию оператора, успех техники РА и безопасность практикующего.

Кроме того, факторы, связанные с пациентом, могут влиять на переход от РА к ОА при заболевании COVID-19. К ним относятся ожирение, обструктивное апноэ во сне, беспокойство пациентов и дополнительная потребность в кислороде. Эти факторы должны быть идентифицированы и учтены при принятии решений об анестезии, чтобы свести к минимуму риск перехода от РА к ОА.

Безопасность врача является ключевой предпосылкой недавних рекомендаций, основанных на РА как на важном механизме сокращения "процедур, генерирующих аэрозоль". Предполагается, что РА исключает эндотрахеальную интубацию, тем самым защищая медработников от перекрестной инфекции. Однако, это теоретическое преимущество предполагает несколько факторов, которые еще не доказаны: (1) что альтернатива (т.е. спонтанная вентиляция легких) связана с меньшим риском передачи инфекции от пациента к медработнику; (2) что риски, связанные с интубацией или манипуляцией дыхательными путями, не могут быть должным образом устранены; и (3) во время операции не произойдет никаких других ситуаций, вызывающих образование аэрозоля.

Имеющиеся данные по этому вопросу получены из систематического обзора, проведенного в 2021 г., в котором оценивался риск передачи SARS-CoV от пациента к медработникам. Авторы обзора, который включил10 нерандомизированных исследований, пришли к выводу, что эндотрахеальная интубация последовательно ассоциировалась с повышенным риском передачи SARS-COV от пациента к медработнику. Однако авторы сформулировали четкое предостережение при интерпретации этих результатов: все исследования, вошедшие в обзор, были очень низкого качества, с очень высоким потенциалом предвзятости. Кроме того, они подчеркнули, что эти данные позволяют выдвинуть гипотезу, указав на пробел в необходимых исследованиях и призвав к проведению более качественных исследований, прежде чем можно будет установить риск передачи SARS-CoV от пациентов к медработникам, выполняющим процедуры, генерирующие аэрозоль.

Характер риска для медработников во время интубации, вероятно, является многофакторным, и в значительной степени нивелируется при соответствующем использовании СИЗ. Самый ранний пример этого обнаружен в ретроспективной серии исследований факторов риска передачи SARS-CoV между пациентами и медицинскими работниками, в которых самыми наглядными предикторами передачи были инфекционная активность пациента и соблюдение алгоритмов инфекционного контроля. В недавно проведенном ретроспективном исследовании, проведенном в Ухане, не было выявлено ни одного случая передачи SARS-CoV2 медработникам от 202 пациентов, перенесших экстренную интубацию. Авторы объясняют эти

результаты строгим соблюдением требований к СИЗ, профилактикой инфекции и протоколами менеджмента дыхательных путей.

В дополнение к неопределенному риску, связанному с интубацией, в других исследованиях предполагают альтернативные стратегии организации вспомогательной и принудительной вентиляции с повышенным риском передачи респираторных патогенов от пациента к медработникам. К ним относятся неинвазивная вентиляция легких и использование высокопоточной подачи кислородно-воздушной смеси (hi-flow вентиляция), каждый из которых может потребоваться во время операции при РА у пациента с новой коронавирусной инфекцией.

Еще большую озабоченность вызывают недавние сообщения о передаче SARS-CoV2 медработникам в отсутствие процедур, генерирующих аэрозоль, и повышении риска, когда эпизоды ухода за пациентом длились 120 минут или дольше. Это согласуется с недавним ретроспективным исследованием, в котором оценивалась частота передачи SARS-CoV2 анестезиологам, проводившим спинномозговую анестезию при кесаревом сечении или операциях на нижних конечностях, в 11,4%, несмотря на использование средств индивидуальной защиты и противовирусную профилактику.

Источник заражений медработников может быть связан с тесным контактом и образованием респираторных частиц из незащищенных дыхательных путей. Хотя кашель и чихание не ге-

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

АНТИЭМЕТОГЕННАЯ ПОЗИЦИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТОШНОТЫ И РВОТЫ

Одним из наиболее частых анестезиологических осложнений, существенно ухудшающим течение послеоперационного периода, является синдром послеоперационной тошноты и рвоты (ПОТР). По данным различных источников частота встречаемости ПОТР составляет 18-80 %.

На сегодняшний день профилактика ПОТР может быть специфической и неспецифической: специфическая профилактика ПОТР осуществляется с помощью противорвотных препаратов и их комбинаций, в то время как под неспецифической профилактикой ПОТР подразумевается концепция анестезиологического обеспечения с антиэметогенных позиций.

Указанная концепция включает в себя антиэметики и исключает препараты и манипуляции, способные провоцировать развитие ПОТР. В связи с этим многие полагают, что снижение доз опиоидных анальгетиков и кетамина, отказ от применения ингаляционных анестетиков и игнорирование неостигмина для декураризации позволяют снизить частоту развития ПОТР. В то же время целесообразно с целью предупреждения ПОТР включение в схему анестезии пропофола и бензодиазепинов.

Выраженной антиэметической активностью обладают препараты группы бутирофенонов - droперидол и галоперидол. Высокая продолжительность противорвотного действия droперидола (около 24 часов) позволяет, применяя его в низких дозах (10-25 мкг/кг), значительно снижать частоту ПОТР. Однако использование его в более высоких дозах может сопровождаться развитием состояния минерализации и избыточной седации после выхода из анестезии, а также вызвать экстрапирамидные нарушения и возбуждение, что ограничивает его применение с антиэметогенной целью. Недостаток галоперидола с доказанной выраженной противорвотной активности - кратковременность действия (около 3 часов)

Не до конца изученным является вопрос о влиянии на частоту ПОТР уровня оксигенации крови во время анестезии. Имеются противоречивые сведения о том, что дополнительное насыщение крови кислородом до уровня 80 % за счет увеличения концентрации кислорода во вдыхаемой смеси во время интраоперационной искусственной вентиляции легких (ИВЛ), снижает частоту развития ПОТР.

Источник: Дальневосточный медицинский журнал

нерируют аэрозоль, они могут образовывать внушительное облако респираторных частиц значительного размера. Ожидается, что кашель, отличительный признак COVID-19, будет возникать во время процедуры, проводимой при РА с седативным эффектом.

Вывод

Пока нет доказательств того, что РА ассоциируется с улучшением исходов у пациентов с COVID-19. Важно отметить, что уникальные риски РА в этой популяции определены не полностью. Кроме того, эндотрахеальная интубация может быть безопаснее для анестезиолога, а последующий мониторинг и уход за пациентом при РА менее благоприятным, чем считалось ранее. Из этого следует, что до тех пор, пока не будут получены данные более высокого качества, которыми можно оперировать в качестве доказательств, мы не готовы рекомендовать РА в качестве предпочтительного метода для пациентов с COVID-19.

ОБЩИЙ ВЫВОД

Представленные данные в недавно опубликованных рекомендациях Американского общества регионарной анестезии и обезболивающей медицины / Европейского общества регионарной анестезии и обезболивающей терапии, отвечая на одни вопросы, приводят к появлению новых. Очевидно, что требуются доказательства более высокого качества, чтобы понять влияние принятия клинических решений во время пандемии SARS-CoV2.

РА, по сравнению с ОА, продемонстрировала преимущества в отношении множества исходов для отдельных пациентов, групп населения и потребления ресурсов. Хотя вполне вероятно, что аналогичные преимущества будут продемонстрированы у пациентов с заболеванием COVID-19, в настоящее время нет доказательств, подтверждающих это предположение. До тех пор, пока эти данные не будут доступны, мнения экспертов и обычной экстраполяции может быть достаточно — однако осторожность оправдана, учитывая клиническую неопределенность, связанную с заболеванием COVID-19 и его прогрессированием. В частности, необходимо уточнить соотношение риска и пользы при проведении РА у пациента с тромбоцитопенией и коагулопатией. Вопрос передачи инфекции медработникам также неясен, но имеющиеся данные свидетельствуют о том, что риск в большей степени зависит от СИЗ и протоколов инфекционного контроля, чем от выбора РА или ОА как таковых. До тех пор, пока тенденция и специфика передачи SARS-CoV2 не будет полностью описана и объяснена, нет необходимости полностью исключать из анестезиологических алгоритмов манипуляции, связанные с повышенным образованием аэрозолей. Можно сделать вывод, что оптимальное анестезиологическое пособие пациентам с COVID-19 является спорным, есть аргументы как за, так и против РА и ОА. Время, опыт и данные - главные составляющие окончательно сформированных рекомендации любого характера.

(Источник: Singleton MN, Soffin EM. Daring discourse: are we ready to recommend neuraxial anesthesia and peripheral nerve blocks during the COVID-19 pandemic? A pro-con. Reg Anesth Pain Med. 2020 Oct;45(10):831-834. doi: 10.1136/rapm-2020-101653. Epub 2020 May 23. PMID: 32447292; PMCID: PMC7513257)

ОЦЕНКА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19, НАХОДЯЩИХСЯ НА ИВЛ

Шерстнева Е. И., Губанов А.П.

СПб «Городская больница Святого Великомученика Георгия»

Аннотация

Вирусные респираторные инфекции, в том числе COVID-19 часто приводят к развитию осложнений и присоединению бактериальной флоры. На сегодняшний день значительное количество бактериальных штаммов устойчиво к различным антибиотикам. В тяжелых случаях необходима интенсивная терапия с применением методов респираторной поддержки, что увеличивает риск возникновения нозокомиальных пневмоний, как внутрибольничных, так и ИВЛ-ассоциированных.

Цель - оценить риск возникновения нозокомиальных пневмоний у пациентов с COVID-19, находящихся на ИВЛ

Методы: исследование выполнялось с использованием п*рограммы WHONET (т. е. обработка результатов микробиологических лабораторных исследований мокроты и бронхиального аспирата)*

Участники: в исследование были включены пациенты с диагнозом «новая коронавирусная инфекция» (COVID-19), осложненная пневмонией, и подозрение на нее, находящиеся на ИВЛ

Результаты: развитие нозокомиальной пневмонии, связанное с применением ИВЛ, возникло в 100% случаев.

Выводы: требуется обратить внимание и решить ряд организационных вопросов

Ключевые слова: ковид, ИВЛ, пневмония

Abstract

Viral respiratory infections, including COVID-19, often lead to the development of complications and bacterial flora invasion. To date, a significant number of the bacterial strains are resistant to the various antibiotics. In the severe cases, intensive therapy with the use of respiratory support methods is required, which increases the risk of nosocomial pneumonia, both nosocomial and ventilator-associated.

Purpose is to assess the nosocomial pneumonia risk in patients with COVID-19 being supported with a mechanical ventilation

Methods: the study was performed with the use of the WHONET program (i.e. processing the results of microbiological laboratory tests of sputum and bronchial aspirate)

Participants included patients with a diagnosis of "new coronavirus infection" (COVID-19), complicated with pneumonia, and suspected one, being supported with a mechanical ventilation

Results: the development of the nosocomial pneumonia associated with the use of a mechanical ventilation occurred in 100% of cases.

Conclusions: it is to pay attention to and to solve a number of the organizational issues

Key words: COVID, mechanical ventilation, pneumonia

11 марта 2020 г. ВОЗ объявила о начале пандемии COVID-19 [1]. С 16 марта 2020 года по настоящее время Городская больница Святого Великомученика Георгия оказывает помощь пациентам с новой коронавирусной инфекцией.

Вирусные респираторные инфекции, в том числе COVID-19 часто приводят к развитию осложнений и присоединению бактериальной флоры. Вероятность, что некоторые пациенты умирают от сочетанной бактериальной инфекции, а не от самого вируса очень велика. На сегодняшний день значительное количество бактериальных штаммов устойчиво к различным

антибиотикам. Таким образом, присоединение нозокомиальной флоры считается критическим фактором риска тяжести и показателей смертности от COVID-19.

В тяжелых случаях необходима интенсивная терапия с применением методов респираторной поддержки (~ 5–15%) [2], что увеличивает риск возникновения нозокомиальных пневмоний, как внутрибольничных, так и ИВЛ-ассоциированных. Они занимают третье место среди всех внутрибольничных инфекций. Частота их развития зависит от:

- специфики основной патологии пациентов
- длительности искусственной вентиляции легких
- применения в дыхательных контурах защитных фильтров

Риск развития после проведения трех дней ИВЛ с каждым днем возрастает на 1%. Большинство авторов указывают, что частота развития ИВЛ-ассоциированной пневмонии составляет от 35 до 68%. [4].

Цель данной работы – оценить риск возникновения нозокомиальных пневмоний у пациентов с COVID-19, находящихся на ИВЛ, выявить проблемы и предложить пути их решения.

Эпидемический процесс: учитывая, что эпидемический процесс состоит из 3-х звеньев, для достижения данной цели было необходимо изучить как источник инфекции (выявив превалирующие), так и пути передачи (мониторируя объекты окружающей среды и изделия медицинского назначения), а также восприимчивый организм (в лице пациентов, находящихся на ИВЛ).

Участники: в исследование с соблюдением всех этических нор**м** были включены пациенты с диагнозом «новая коронавирусная инфекция» (COVID-19), осложненная пневмонией, и с подозрением на нее, находящиеся на ИВЛ. Как правило, это группа пациентов - лица пожилого возраста с наличием различной сопутствующей патологии, доставленные в стационар «скорой медицинской помощью» из дома или из стационаров города, а также переведенные из других отделений. У всех был собран эпидемиологический анализ.

Задачи:

1. Разработка чек-листа наблюдения за пациентами, находящимися в ОРИТ.
2. Организация микробиологического мониторинга за пациентами и состоянием внешней среды в ОРИТ
3. Оценка риска возникновения нозокомиальных пневмоний у пациентов, находящихся на ИВЛ.
4. Выявление недостатков в работе и проведение обучения медицинского персонала по вопросам инфекционного контроля.

Методы

Для исследования были использованы следующие методы:

1. Анализ информационных источников – тематической литературы, Санитарных правил и норм, Стандартных операционных процедур;
2. Изучение: исследование выполнялось с использованием п*рограммы WHONET (т. е. обработка результатов микробиологических лабораторных исследований мокроты и бронхиального аспирата)*;
3. Метод статистического исследования (был выполнен *расчет интенсивных и экстенсивных показателей)*

Одним из ключевых нормативных документов явились Методические Рекомендации от 18 января 2021 года, описывающие оказание медицинской помощи пациентам с Новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) в стационарных условиях. Также исследование велось согласно другим правилам и нормам, ранее действующим, либо вновь появившимся.

Этапы исследования

Весь период работы был разделен на несколько этапов:

1. Набор целевой группы
2. Микробиологический мониторинг внешней среды на условно-патогенную микрофлору
3. Бактериологическое исследование биологических жидкостей пациентов и изделия медицинского назначения, используемых у данных пациентов
4. Расчет показателей плотности инцидентности для оценки риска развития ИВЛ-ассоциированных пневмоний

За период наблюдения с 07.03.2021 по 07.04.2021 пролечено 90 пациентов мужского и женского пола поровну – по 45 человек, с диагнозом новая коронавирусная инфекция (COVID-19) и подозрение на нее, осложненные вирусной пневмонией. Возрастная структура представлена следующим образом: 20 пациентов в возрасте от 18 до 64 лет, 70 - старше 65. Всего проведено 432 койко-дня, средняя продолжительность пребывания - 4,8 к/д. Крайне тяжелая степень наблюдалась в 69%, тяжелая в 31%.

Ход исследования. Результаты

Наблюдение велось согласно разработанному чек-листу. В исследуемый период был организован микробиологический мониторинг состояния внешней среды в отделении на условно-патогенную микрофлору, согласно Методическим Рекомендациям 3.1.0229-21. Брались смывы с объектов внешней среды с тестированием микрофлоры на чувствительность к антибиотикам. Всего взято смывов за весь период - 50, из них рост условно-патогенной микрофлоры отмечался в 5 пробах от 31 марта:

От 17.03.2021 – в 10 пробах роста нет.

От 23.03.2021 – в 10 пробах роста нет.

От 25.03.2021 – в 10 пробах роста нет.

От 31.03.2021 – в 5 пробах роста нет, в 5 пробах рост УПФ (таблица1).

От 07.04.2021 – в 10 пробах роста нет.

Смывы были взяты с монитора пациента, ножного конца и поручня функциональной кровати и наружной поверхности маски.

Тип образца	**Даты исследования**	**Результат исследования**	**Примечание**
Монитор пациента	31.03.2021	Acinetobacter sp.	панрезистентный
Ножной конец кровати	31.03.2021	Acinetobacter sp.	панрезистентный
Наружная поверхность маски	31.03.2021	Enterococcus faecium	Резистентный к ципрофлоксацину
Монитор аппарата ИВЛ	31.03.2021	Enterococcus faecium	Умеренно резистентный
Поручень кровати	31.03.2021	Acinetobacter sp.	панрезистентный

В целях изучения возникновения нозокомиальных пневмоний у пациентов были проведены исследования мокроты и аспирата после санации трахеобронхиального дерева. По результатам посевов на 1-2 день поступления пациентов наиболее часто выявлены:

Klebsiella pneumoniae – 29%

Acinetobacter sp. - 20%

Staphylococcus aureus -11%

Enterococcus faecalis -7%

24% роста условно-патогенной микрофлоры не обнаружено.

9% - другая УПФ.

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Вентилятор-ассоциированная пневмония (ВАП) у пациентов с COVID-19

Цели: изучить частоту ВАП и состав бактериального микробиома легких у пациентов с COVID-19 и без COVID-19, находящихся на ИВЛ.

Методы
Проведено сравнение заболеваемости ВАП и вторичными инфекциями с применением комбинации микробной культуры и мультипатогенного массива TaqMan; определен состав микробиома легких с помощью анализа 16S РНК. В исследовании приняли участие 81 пациент с COVID-19 и 144 пациента без COVID-19, получавших инвазивную вентиляцию легких в университетской клинической больнице в период с 15 марта 2020 года по 30 августа 2020 года.

Результаты: у пациентов с COVID-19 вероятность развития ВАП значительно выше, чем у пациентов без COVID с плотностью заболеваемости 28/1000 дней ИВЛ по сравнению с 13/1000 для пациентов без COVID ($p = 0,009$). Хотя распределение микроорганизмов, вызывающих ВАП, было сходным между двумя группами, а легочный микробиом был схожим, выявлены 3 случая инвазивного аспергиллеза среди пациентов с COVID-19, но ни одного в когорте без COVID-19. Активация герпесвирада также встречалась чаще у пациентов с COVID-19.

Вывод: COVID-19 связан с повышенным риском ВАП, что не полностью объясняется увеличением продолжительности ИВЛ. Легочный дисбактериоз, вызванный COVID-19, и наблюдаемые возбудители вторичной пневмонии аналогичны наблюдаемым возбудителям у пациентов в критическом состоянии, находящихся на ИВЛ по другим причинам.

Источник Pubmed

На 5 день исследования помимо посевов мокроты и аспирата с определением чувствительности выделенной флоры, также исследовали:

- область носовых ходов, если носовые канюли
- ротовая полость, если эндотрахеальная трубка проходит через полость рта
- область трахеостомы, если интубация проводится через трахеостомическое отверстие. Всего отобрано 18 проб.

У 6 пациентов (66%) обнаружен рост Acinetobacter sp., Enterococcus faecalis, Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus aureus, у 34% пациентов роста нет. Из 9 пациентов на 10 койко-дней находилось 3 человека и у всех 3х - положительный бактериологический посев (100%). Большинство микроорганизмов, обнаруженных в результате исследования в 90 %, имели устойчивость к антибиотикам.

Результаты проведенного исследования показали, что развитие нозокомиальной пневмонии, связанное с применением ИВЛ, возникло в 100% случаев.

При оценке риска развития ИВЛ-ассоциированных пневмоний был произведен расчет показателей плотности инцидентности. Так, за исследуемый период в отделении пациенты провели 384 ИВЛ-дня, зафиксировано 9 ИВЛ-ассоциированных пневмоний. Таким образом, плотность инцидентности инфекций нижних дыхательных путей составила 23 случая на 1000 ИВЛ-дней.

Выявленные проблемы

По результатам выполненного исследования были выявлены следующие проблемы:

1. Организационные

<u>Проектирование и размещение</u>

- Перегруженность отделения
- Отсутствие помещения для хранения и обработки дыхательной аппаратуры
- Отсутствие изоляторов для пациентов

<u>Материально- технические</u>

- Качество отечественной продукции не соответствует высокому уровню зарубежных аналогов, стоимость которых постоянно увеличивается
- Наблюдается дефицит расходного материала.
- Повышенная нагрузка на дыхательную аппаратуру

Кадровое обеспечение

- Дефицит среднего и младшего медицинского персонала
- Отсутствие или недостаточность специальной подготовки персонала

2. **Санитарно-гигиенические:**

- Отсутствие современных вентиляционных систем

3. **Противоэпидемические:**

- Трудности в выполнении текущих, генеральных и заключительных уборок, связанные с чрезмерным потоком пациентов (18-20 пациентов на 12 коек)

ПУТИ РЕШЕНИЯ

1. Организационные
2. Проектирование и размещение
3. Организовать дополнительные помещения для хранения и обработки дыхательной аппаратуры

Предусмотреть изоляторы для больных с инфекционными осложнениями и панрезистентной госпитальной микрофлорой.

Материально- технические

- строгий контроль использовани**я** медикаментов и товаров медицинского назначения в отделении реанимации с более точным учетом расходов и внедрением персонального учета
- При составлении годовой заявки, руководствуясь действующими Санитарными правилами и Нормами, запланировать необходимое количество медикаментов и расходного материала с возможностью расширения объема работы отделения.
- Рассмотреть варианты закупки и использования закрытых герметичных санационных систем
- Пересмотреть кратность и объем планового технического осмотра дыхательной аппаратуры с обработкой или заменой комплектующих

Кадровое обеспечение

- Достаточная комплектация отделения персоналом, снижение соотношения больной/сестра максимум 2:1.
- Проведение плановых тематических занятий с персоналом по вопросам инфекционного контроля, доказательных приемов ухода за пациентами, изучение действующих СОПов и алгоритмов
- Использование стимула материальной заинтересованности (это оценки эффективности деятельности)

2. Санитарно-гигиенические:

- Установить вентиляцию в отделении с контролем температурных режимов и Влажности

3.Противоэпидемические:

-Проведение внутреннего аудита службой инфекционного контроля стационара, согласно разработанным чек-листам

-Усиление контроля за работой персонала по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи

Использованная литература

1. Актуальные вопросы инфекционной безопасности в деятельности СМП в условиях распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19. СПб ГБПОУ «МК №3»
2. Цзу З, Цзян М., Сюй П, Чен В., Ни Кью, Лу Г, Чжан Л. Коронавирусная болезнь 2019 (COVID-19): взгляд из Китая. Радиология. 2020; 296 (2): E15-25.
3. Möhlenkamp S, Thiele H. Вентиляция пациентов с COVID-19 в отделениях интенсивной терапии. Герц. 2020; 1–3
4. Боровик А.В., Руднов В.А. Нозокомиальная пневмония при проведении продленной ИВЛ // Вестник интенсивной терапии. 1996; 2-3: 29-33
5. Чучалин А.Г., Синопальников А.И. и др. Нозокомиальная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике (Пособие для врачей) // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2005; 1 (7): 4–31
6. Киреев С.С., Асланян В.А., и др. Внеорганная детоксикация у больных с абдоминальной инфекцией // Вестник новых медицинских технологий. 2009Т. 16, № 2 С. 98–99.].
7. МР 3.1.0229-21 Рекомендации по организации противоэпидемических мероприятий в медицинских организациях, осуществляющих оказание медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) (подозрением на заболевание) в стационарных условиях.

К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (ШКОЛАХ)

Канунникова Е.И., Цуцунава М.Р.

ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им.И.И.Мечникова»

Аннотация

Несмотря на реализацию профилактических программ по здоровьесбережению, в средних образовательных учреждениях, на протяжении последних 20 лет наблюдается стойкая тенденция ухудшения здоровья детей и подростков России. Таким образом, встает вопрос об оценке разрабатываемых программ. Отсутствие оценки профилактических программ и фактических данных об эффективности вмешательств заставляет усомниться в целесообразности выделения ресурсов на программы.

Цель исследования – установить факт проведения оценки эффективности профилактической работы в образовательных учреждениях – школах.

Участники: 1 медицинская сестра (щкольная), 3 завуча по воспитательной работе из 3 школ, школьники 9-10 классов, студенты 1 курса СЗ ГМУ им.Мечникова (всего – 31 участник)

Методы сбора данных: полуструктурированное интервью из 7 вопросов; анкета для школьников (9-11 класс) и студентов первого курса медицинского университета. Интервью были транскрибированы с учетом установленных требований

Результаты: результаты интервью – оценка реализуемых профилактических программ не проводится

Выводы: ограниченное количество участников не позволяет сделать какие-либо обобщения. Однако данному направлению в исследовании следует действительно уделить внимание.

Ключевые слова: профилактика, здоровье школьников, оценка профилактических программ

Abstract

Despite the implementation of the health promotion programs in secondary educational institutions, over the past 20 years there has been a persistent trend of deterioration in the health of children and adolescents in Russia. Thus, the question arises about the evaluation of the programs being developed. The lack of evaluation of preventive programs and actual data on the effectiveness of interventions makes us doubt the appropriateness of allocating resources to programs.

The purpose of the study is to determine whether there is an evaluation of the effectiveness of health promotion programs in the secondary schools.

Participants: one school nurse, three head teachers of educational work from three schools, school children of grades 9-10, the first year students of the NW SMU named after Mechnikova (total – 31 participants)

Data collection methods: semi-structured interview including seven questions; questionnaire for schoolchildren (grades 9-11) and the first-year students of the Medical University

Results: interview results – evaluation of the implemented preventive programs is not carried out

Conclusions: the limited number of the participants does not allow making any conclusions. However, this direction requires attention in the further studies.

Key words: prevention, health of schoolchildren, evaluation of the health promotion programs

На протяжении последних 20 лет наблюдается стойкая тенденция ухудшения здоровья детей и подростков России. За 20 лет распространенность заболеваний у детей до 14 лет увеличилась на 72,0% при росте первичной заболеваемости на 70,4%. У подростков 15-17 лет за этот период выявлен более выраженный рост показателей, распространенности как общей, так и первичной заболеваемости, которая увеличилась практически в 2 раза.

Среди школьников отмечается высокая распространенность неблагоприятных факторов, обусловленных образом жизни: гиподинамия, нездоровое питание, несоблюдение норм гигиены, продолжительное выполнения домашних заданий (особенно в 1-2 класс), недостаточное время прогулок на свежем воздухе. В динамике обучения достоверно возрастает распространенность дефицита ночного сна, дополнительная образовательная нагрузка, длительное время нахождения перед телевизором и компьютером [3].

Отсутствие оценки профилактических программ и фактических данных об эффективности вмешательств заставляет усомниться в целесообразности выделения ресурсов на такие программы

Школа - идеальное место для осуществления профилактических и оздоровительных программ. Практически все школы проводят весь комплекс медицинских, физкультурных и педагогических мероприятий, регламентированный нормативными актами [1]. Однако на сегодняшний день число отечественных исследований, оценивающих эффективность проведенных программ, крайне ограничено. Например, Васильев В.В. и Перекусихин М.В. в своём исследовании изучали гигиеническую оценку реализации мероприятий по снижению рисков, сохранению и укреплению здоровья детей в общеобразовательных организациях [2]. Сазонова О. В. и соавт. в своей работе подняли тему значения санитарно-гигиенических факторов внутришкольной среды в формировании показателей здоровья обучающихся [7]. Темой исследования Рапопорта И.К. и соавт. стала «Систематизация профилактических и оздоровительных технологий как инструмент совершенствования здоровьесберегающей деятельности в школах» [6].

При этом есть ряд зарубежных исследований оценки профилактических программ. Например, школьные программы по предотвращению курения изучили Роджер Э. Томас и соавт [15]. Клэр О'Коннор и соавт. изучили эффективность школьных программ, нацеленных на психическое здоровье и эмоциональное благополучие [10]. Banayejeddi M. и соавт. оценили реализацию национальной программы укрепления здоровья (посредством обучения правильному питанию и приема добавок железа среди старшеклассниц [8].

Bustos N, Olivares S. И соавт. изучили эффективность вмешательства в школе для контроля и/или снижения уровня детского ожирения у детей в возрасте от 6 до 10 лет. Как считают авторы, отсутствие оценки профилактических программ и фактических данных об эффективности вмешательств заставляет усомниться в целесообразности выделения ресурсов на программы [9]. По мнению Schutt A. И соавт., тщательная оценка эффективности программ по благополучию учащихся необходима для информирования о распределении ресурсов и разработке программ [16]. Flynn AB. и соавт., которые изучали проблему наркомании в школах, утверждают, что отсутствие надежной оценки программ снижает эффективность школьных программ по профилактике злоупотребления наркотиками в целом [12].

Таким образом, целью данной работы стала установление факта проведения оценки эффективности профилактической работы в образовательных учреждениях – школах.

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ПЛОЩАДКА

Исследование проводилось при участии трех учебных общеобразовательных учреждений: школа №1 – 508 учащихся, школа №2 – 693 учащихся и школа №3 – 750 учащихся, а

также на кафедре гериатрии, пропедевтики и управления в сестринском деле ФГБОУ ВО «СЗГМУ имени И. И. Мечникова» - 29 учащихся.

УЧАСТНИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Были проинтервьюированы одна медицинская сестра и три завуча по воспитательной работе в трёх образовательных учреждениях. Участникам исследования были гарантированы анонимность и конфиденциальность, при этом сами респонденты отнеслись к этической стороне исследования нейтрально.

В анкетировании приняли участие учащиеся школ с 9 по 11 класс, которые посещали медицинский университет для проведения внеурочных занятий на кафедре сестринского дела, а также студенты первого курса СЗГМУ имени И. И. Мечникова (недавние школьники).

МЕТОДЫ СБОРА ДАННЫХ

В данном исследовании был применен качественный подход. Учитывая тот факт, что исследовательский вопрос не разработан, было важно не ограничивать непосредственных участников исследования анкетированием и позволить им высказаться полностью на предложенные вопросы.

Было разработано полуструктурированное интервью, которое включало 7 вопросов. Длительность интервью составила от 20 до 30 минут. Интервью было разработано на основе результатов научных исследований, где поднимались вопросы об организации, о проблемах реализации и об оценке профилактических мероприятий.

Перед составлением вопросов для интервью выборочно были изучены сайты нескольких образовательных учреждений (школ) Санкт-Петербурга, чтобы удостоверится в действительности существования профилактических программ для учащихся. На основе полученной информации был выделен ряд вопросов, которые смогли показать, как обстоят дела в школах на предмет здоровья и благополучия детей с помощью проведения профилактических мероприятий.

Интервью было записано на диктофон и транскрибировано. Интерпретация основывалась на методе контент-анализа.

Дополнительно была разработана анкета для школьников (9-11 класс) и студентов первого курса медицинского университета. Составление вопросов для анкеты происходило на основе научных данных касательно наиболее часто встречающихся заболеваний среди учащихся школ, а также описания программ, направленных на здоровьесбережение и осуществление профилактических мероприятий. Анкета включила 6 вопросов. В общей сложности было получено 31 заполненная анкета.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты интервью

«Какие на данный момент существуют профилактические программы, проводимые у вас в учреждении?»

Участник №1: «Специфическая – это вакцинация. Когда они приходят к нам в сентябре, то, как правило, мы начинаем вакцинацию профилактику против гриппа…» «…профилактические прививки делаем по национальному календарю…».

Участник №2: «У нас три часа физкультуры…, но это не наша программа это по учебному плану…всё остальное у нас в виде лекций…никаких программ у нас нет…». «…У нас есть программа «Здоровье школьника», в нее, в том числе входит профилактика». «Проводятся классные часы, где рассказываем про суицидальные высказывания или действия…»

Участник №3: «У нас есть программа воспитания, которая делится на несколько модулей – классное руководство, школьный урок, курсы внеурочной деятельности, работа с родителями, самоуправление, профориентация, ключевые общественные дела, школьные медиа, экскурсии, экспедиции походы. В каждом из этих направлений в принципе отражены здоровьесберегающие технологии и технологии профилактики». «…мы взаимодействуем с медицинским техникумом №2... есть целый проект «Равный равному», где студенты проводят лекции, игры…волонтёры из первого медицинского приходят, читают лекции и участвуют в мероприятиях нашей школы».

Участник №4: «У нас работает служба сопровождения и в ней состоят педагог-психолог, медицинский работник, который не является работником школы, но он входит в совет профилактики…совет профилактики - это и есть служба сопровождения, туда входит заместитель директора по воспитательной работе, заместитель директора по организации воспитательной работы, педагог организатор…». «В школе есть медико-психолого-педагогический консилиум, но в условиях нашей школы мы не обращаемся, к консилиуму…дети с какими-то проблемами со здоровьем у нас есть, но их не так много и они на учёте стоят». «Проводятся пять профилактических бесед ежемесячно, и их проводит классный руководитель, одна из них посвящена здоровью, по этому же плану у нас раз в год проводится неделя просветительской работы по ВИЧ инфекций…».

«У каждого классного руководителя есть план работы как минимум одна беседа в месяц, но всего три беседы по здоровью проходит каждый месяц по профилактике ЗОЖ и туда же профилактика употребления ПАВ и профилактика ранних половых связей…». «При коронавирусе COVID-19 классные часы также проводились, но уже дистанционно...». «Первой группы здоровья почти нет или очень редко встречается, буквально два человека на класс…в основном встречается вторая группа здоровья… в большинстве случаев вторая группа по зрению…много сколиоза, много заболеваний ЖКТ, много детей с гастритом…есть дети с астмой и аллергией».

«Реализуются ли программы, направленные на здоровьесбережение (против употребления наркотиков, алкоголя и курения)?»:

Участник № 1: «Это уже не мы проводим, это воспитательная работа… по наркомании они проводят занятия …добровольно и по желанию…». «Неспецифическая всё просто - дезинфекция конечно сейчас во время карантина...». «Генеральная уборка раз в месяц, ежедневная два раза в день…бактерицидные лампы из класса в класс возят и обязательное мытье рук».

Участник №2: «У нас всё-таки коррекционная школа и тут спокойно, а если даже и есть что-то, то с ними профилактические беседы ведутся…». «Был два года назад бум на курительные смеси и только один ребёнок отравился…». «Мы как школа можем только проговаривать, показывать научные фильмы, презентации…»

Участник №3: «По профилактике у нас существуют взаимодействия с профилактикой разных структур МВД, которые затрагивают темы распространения и потребления наркотических веществ и их вреда их…». «Организация, с которой мы взаимодействуем, называется «Учителя трезвости» …это добровольная организация и они проводят беседы с ребятами с пятого по одиннадцатый класс о вреде потребления, о зависимости, о ядах».

Участник №4 – «Два года назад большое расследование по поводу употребления курительных смесей и узнали, где продают и где покупают...». «Сейчас проблема электронных сигарет…они не распознаются и заметить их сложно, если сравнить то время, когда сигареты курили…» «Медицинский работник участвует в профилактических программах…». «Работает городская программа «Здоровый школьник» совместно с педиатрическим университетом…студенты приезжают и проводят лекции».

«Существуют ли программы по репродуктивному просвещению учащихся?»

Участник №2: «У нас отдельные беседы для девочек, отдельно - для мальчиков…по поводу гигиены девочек: там затрагивается сексуальное воспитание, но всё это в поверхностном виде, потому что родители не одобряют, кто-то «за» кто-то «против»». «Родители хотят, чтобы ребенок знал или не хотят, чтобы этот вопрос освещал кто-то другой».

Участник №3: «С репродуктивным освещением у нас большие проблемы…про сексуальное просвещение хотелось бы говорить больше и лучше…». «Есть организация, которая с нами взаимодействует, читает лекцию девочкам про гигиену и приносит и раздаёт прокладки девочкам…». «Хотелось бы больше об этом говорить…сейчас эта такая тема, что не многие к ней готовы педагоги, хотя это необходимо и нужно». «На уроках ОБЖ есть пара тем, которые это затрагивают». «Программ общепринятых рекомендованных нет, всё в рамках биологии и ОБЖ…».

Участник №4: «Со второго класса уже начинают проводить беседы по половому воспитанию…». «У каждого классного руководителя есть план (большая таблица с профилактикой) и в этой таблице прописаны беседы…» каждый год приходят организации и проходят беседы с девочками с седьмого класса…».

«Принимают ли участие родители в осуществлении здоровьесберегающих программ, проводимые в вашей школе?»:

Участник №1: «Не так уж это часто, потому что попробуйте, соберите всех родителей в актовом зале, но кто-то приходит, потому что проводится по ПДД и другие…приглашают и проводят лекции».

Участник №3: «Да, с родителя мы проводим различные родительские собрания…». «Систематические родительские собрания с приглашением специалиста по данной теме…так же у нас работает служба медиации - это специальный педагог – педагог-психолог, который освещает вопросы и с ним конкретно разговаривают родители…».

Участник №4: «У нас есть традиция - школьная спартакиада осенняя и весенняя, родители участвуют, во-первых, в волейбольном турнире между детьми и родителями…учителя физкультуры проводят. В начальной школе весёлые старт, весенние игры с родителями и детьми – семейные команды…есть туристический отряд «шторм», который функционирует с 2003 года на базе нашей школы…».

«Ведутся ли отчёты и иная документация о проводимых программах?»:

Участник №1: «У нас статистика не проводится, у нас совершенно другие отчеты — это опять же манту, это прививки, патологическая пораженность тех, кто с хроническими заболеваниям, ежемесячная заболеваемость…». «Так же отчеты по профилактическому медицинскому осмотру, когда приходят врачи…ЭКГ и УЗИ в поликлинике».

Участник №3: «Конечно…в конце года каждый классный руководитель и я как заместитель директора по воспитательной работе, производит анализ…». «У нас есть месячник здорового образа жизни – это март…каждый год мы пишем отчёт завучи, который называется «Самообследование» и там есть глава, которая как раз по здоровьесбережению…». «Соответственно показатели у нас хорошие…действительно тенденция прослеживается лучше, то есть если мы намечаем какую-то проблему и начинаем делать на неё упор, то постепенно не уходит, но становится меньше».

Участник №4: «Это отчёт классного руководителя, отчёт социального педагога и отчёт педагога психолога, который делает срезы два раза в год, смотрит в начале и в конце…». «Особенно наблюдем за классами, которые на адаптационном периоде, это - вторые, пятые и девятые классы».

«Каково ваше мнение о проводимых программах?

Участник №3: «Всё отправлено на откуп учреждению, то есть мы можем сами под себя какие-то мероприятия назначить, оформить, то на что нам необходимо сделать упор…и какие-

то общие целевые программы конечно же есть и разные классные часы, беседы, мероприятия…но есть большая область для творчества…мы берём то что есть и адаптируем под нашу образовательную организацию…».

Участник №4: «Явной динамики улучшения здоровья нет…в целом с хроническими заболеваниями цифра не очень меняется…дети уже приходят в школу с хроническими заболеваниями…и ухудшений тоже нет…мы не отслеживали динамику». «При коронавирусе COVID-19 у нас не было большого количества заболевших…у нас гораздо меньше, чем в соседних школах…классов много и… все ограничения были соблюдены».

Результаты анкетирования

В общей сложности анкету заполнил 31 респондент.

Ответы на вопрос «Какие заболевания диагностированы у участников на момент проведения исследования?»:

близорукость – 42,9%, аллергия – 35,7%, болезни органов пищеварения – 32,1%, сколиоз – 25%, повышенное или пониженное давление – 21,4%, астма – 17,9%, атопический дерматит – 10,7%, депрессия – 10,7%, хроническая болезнь почек – 3,6%, ожирение – 3,6%, отсутствие заболеваний – 3,6%.

Ответы на вопрос «В каких профилактических программах, реализуемых в школах, вы участвовали?»:

- Программа профилактики против табакокурения - 64,3%
- Программа профилактики против злоупотребления наркотиками и другими психоактивными веществами - 57,1%
- Программа пропаганды здорового образа жизни («Здоровье в школе») - 53,6%
- Программа против употребления алкогольных и спиртосодержащих напитков - 46,4%
- Уроки полового воспитания («Не будем об этом говорить», «Здоровое поколение») - 28,6%
- Программа по профилактике суицидального поведения среди детей и подростков - 17,9%
- Уроки здоровья. Здоровое питание школьников -14,3%
- Программа, направленная на ранее выявление у детей и подростков расстройств тревожно-депрессивного характера - 7,1%
- Программа «Семья и школа вместе» (для помощи в адаптации ребенка в школе, поддержки семей, оптимизации отношений внутри семьи и построении сети поддержки по месту жительства и учебы детей) - 3,6%
- Программа профилактики гиподинамии (снижение двигательной активности, которое приводит к нарушениям функции двигательной системы организма) - 3,6%

Ответы на вопрос «Где вы впервые узнали о папилломавирусной инфекции?»: 21,4% - в школе, 51,7% - в университете, 24,1% не знали о заболевании.

Ответы на вопрос «Проводились ли в школах отдельно уроки полового воспитания?»: 51,7% - «нет», на уроках биологии об этом узнали 17,2%, на отдельных классных часах – 13,8%, в беседе с родителями – 13,8%, от приглашенного медицинского работника или студентов волонтёров медицинского колледжа – 17,2%.

ОБСУЖДЕНИЕ

Школьные мероприятия по здоровому образу жизни играют многообещающую роль в профилактике и борьбе с проблемами, встречающимися в детском возрасте [14]. Учитывая бремя проблем со здоровьем в детском возрасте, необходимо понимать факторы, гарантирующие эффективность профилактических программ. При этом некоторые авторы указывают на

отсутствие знаний о том, как отдельные компоненты программы способствуют эффективности школьных профилактических программ [13].

Например, в работе Ларичевой Е. Г. по оценке эффективности функционирования "Школы юного джентльмена" в рамках проекта "Школа репродуктивного здоровья" отделения медико-социальной помощи подросткам детской поликлиники, указано на высокую результативность проводимых мероприятий в формировании здоровьесберегающего поведения в области репродуктивного здоровья, однако оценки компонентов, которые способствовали «высокой результативности», нет. При этом автор указала на недостаточную роль семьи в процессе полового воспитания [4].

Как показывают немногочисленные исследования, эффективность программы зависит от того, кто участвует в её разработке. Например, в разработке и реализации успешной программы «Чистый воздух вокруг нас» (Czyste powietrze wokół nas, 1997г.), принимали участие учителя, администрация школ, ученики и их родители [5].

На сегодняшний день в нашей стране в проведении профилактических мероприятий принимает участие только педагоги, администрация и ученики. Очень важно, чтобы в проведении профилактических программ принимали участие не только дети, но и их родители. Для долгосрочных результатов важно участие семьи, школы и сообщества, а также правительства в разработке политики, которая помогает создать среду и возможности для здорового образа жизни [11].

Список литературы

1. Алексеев С. В. Аналитическая справка по результатам проведения мониторинга «Здоровье в школе» // Комитет по образованию Санкт-Петербурга ГБУ ДПО. 2021. 184 с.
2. Васильев В.В., Перекусихин М.В. Гигиеническая оценка реализации мероприятий по снижению рисков, сохранению и укреплению здоровья детей в общеобразовательных организациях // Анализ риска здоровью. 2018. №3. Стр.129,132
3. Жигарева Н. С. Особенности формирования отклонений в состоянии здоровья младших школьников в динамике обучения // Диссертация и автореферат по ВАК РФ 14.00.07. 2008. Стр.18
4. Ларичева Е. Г., Мещеряков В. В. Оценка результативности инновационного проекта «Школа репродуктивного здоровья» для юношей // Социальные аспекты здоровья населения. 2019. №2 (66). Стр. 17
5. Мордвинова И. В. Содержательные основы здоровьесберегающего воспитания в школах Польши // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. 2013. № 11 (105). Стр.107
6. Рапопорт И.К., Соколова С.Б., Чубаровский В. В. Систематизация профилактических и оздоровительных технологий как инструмент совершенствования здоровьесберегающей деятельности в школах // ЗНиСО. 2016. Стр. 26-28
7. Сазонова О. В. Значение санитарно-гигиенических факторов внутришкольной среды в формировании показателей здоровья обучающихся // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2021. №2. Стр. 203-208
8. Banayejeddi M, Masudi S, и соавт. Implementation evaluation of an iron supplementation programme in high-school students: the crosswise model. Public Health Nutr. 2019 Oct;22(14):2635-2642.
9. Bustos N, Olivares S, et al. Impact of a school-based intervention on nutritional education and physical activity in primary public schools in Chile (KIND) programme study protocol: cluster randomised controlled trial. BMC Public Health. 2016 Dec 3;16(1):1217.
10. Clare A O'Connor и соавт. Do universal school-based mental health promotion programmes improve the mental health and emotional wellbeing of young people? A literature review // J Clin Nurs. 2018 Feb;27(3-4):e412-e426.
11. Dabas A, Seth A. Prevention and Management of Childhood Obesity. Indian J Pediatr. 2018 Jul;85(7):546-553.
12. Flynn AB, Falco M, Hocini S. Independent Evaluation of Middle School-Based Drug Prevention Curricula: A Systematic Review. JAMA Pediatr. 2015 Nov;169(11):1046-52.
13. Gubbels J, van der Put CE, и др. Effective Components of School-Based Prevention Programs for Child Abuse: A Meta-Analytic Review. Clin Child Fam Psychol Rev. 2021 Sep;24(3):553-578.
14. Ling J, King KM, и др. Preliminary assessment of a school-based healthy lifestyle intervention among rural elementary school children. J Sch Health. 2014 Apr;84(4):247-55.
15. Roger E Thomas и соавт. School-based programmes for preventing smoking // Cochrane Database Syst Rev. 2013 Apr 30;2013(4):CD001293.
16. Schutt A, Chretien KC, и соавт. National Survey of Wellness Programs in U.S. and Canadian Medical Schools. Acad Med. 2021 May 1;96(5):728-735.

КАЧЕСТВО СЕСТРИНСКОГО УХОДА. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС VS...

Лаптева Е.С., Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н.

ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им.И.И.Мечникова»

Аннотация

25 лет тому назад, в 1997 году, вышел в свет приказ Минздрава РФ «О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала». Именно этот документ впервые в истории сестринского дела в нашей стране обязал медицинскую сестру «…осуществлять все этапы сестринского процесса при уходе за пациентами (первичную оценку состояния пациента, интерпретацию полученных данных, планирование ухода совместно с пациентом, итоговая оценка достигнутого)».

Цель систематического обзора* – анализ научных публикаций (оригинальных исследований), и установление факта использования метода сестринского процесса в системе здравоохранения

*** Систематический обзор** (англ. *Systematic review*) — научное исследование, представляющее обзор ряда опубликованных законченных работ, выполненных исследователями, учёными или практикующими специалистами, с целью критического анализа, оценки и обобщения данных в рамках чётко сформулированного вопроса с использованием заранее определённого протокола, использующего повторяемые и исключающие предвзятость методы.

Методы: Поиск информации осуществлялся в научной электронной библиотеке Cyberleninka, построенной на концепции открытой науки. Преимуществом данного ресурса является его свободный доступ. Критериями для поиска статей были следующие: период публикации - с 2010 г. по наст. время, ключевые слова – качество сестринского ухода

Результаты: В общей сложности было найдено 34 работы. Контент-анализ выявил работы, которые были посвящены, в частности, вопросам оценки качества сестринской помощи с участием пациентов и медицинских работников (9). Кроме того, были найден материалы, обсуждающие взаимосвязь между качеством сестринского ухода и уровнем образования или квалификации специалистов (7). Работы, проведенные за пределами РФ (3) (были исключены из обзора). В итоге в систематический обзор было включено 14 работ, демонстрирующие диапазон интересов специалистов в нашей стране в области качества сестринской помощи и уровня понимания места метода сестринского процесса в решении задачи обеспечения качества сестринской помощи в стране. Список изученных публикаций представлен в Таблице 1 (печатается в сокр.)

Выводы: Сегодня метод сестринского процесса, который за свою более чем полувековую историю доказал свою эффективность в системах здравоохранения разных стран и фактически выступающий гарантом качества сестринского ухода, в России по большому счету остается декларированным. В поиске средств или методов, способных повысить качество сестринской помощи, специалисты работают в таких направлениях как, например, разработка СОПов и научных технологий. Понятие «сестринский процесс» используется не как концепция,

а как способ осовременить профессиональный язык, что подтверждают имеющиеся публикации, в названии которых используется словосочетание «сестринский процесс».

Abstract

25 years ago, in 1997, there was issued the order of the Russian Federation Ministry of Health "On the nomenclature of the specialties of nursing and pharmaceutical personnel". Historically, it was the first paper that obliged a nurse

"...to carry out all the nursing process stages when nursing for the patients (initial assessment of the patient's condition, interpretation of the data obtained, planning care together with the patient, final assessment of what has been achieved)".

The purpose of the systematic review is to identify any evidence of using the nursing process as a method in terms of the health care system and to determine the quality of nursing care from the point of view of the specialists in our country

Methods: The search for information was carried out in the Cyberleninka, which is a scientific electronic library, built on the concept of open science, and provides free access to a number of the scientific articles. The criteria for searching were as follows: publication period - from 2010 to the present, keywords - quality of nursing care. The list of the publications studied is presented in Table 1 (short version).

Results: there were found 43 articles. Content analysis revealed works that were devoted, in particular, to the patients and health care workers opinions based assessment of the quality of nursing care (8). In addition, there were found some materials discussing the relationship between the quality of nursing care and the level of education or qualifications (7); the works performed outside the Russian Federation (3) were excluded. As a result, 14 studies were included in the systematic review. The list of studied publications is presented in Table 1

Conclusion: Today, a method of the nursing process, which has proven its effectiveness for more than 60 years and actually acts as a guarantor of the quality of nursing care, by and large remains declared in Russia. There is no irrefutable evidence that, for one reason or another, a method of the nursing process is not what our health system is in a need of.

Таблица 1.

Источник	**Актуальность / Цель исследования**	**Результаты и выводы**
Бардышева Ю.В., Страхов К.А. Качество сестринской помощи в санатории // Медицинская сестра. 2015. №2.	Цель – разработка системы показателей, характеризующих ее качество, а также процедуры оценки и контроля качества	Приведенная методика позволяет оценить качество сестринской помощи в лечебном учреждении
Журавлев Ю. И., Пальчук Е. В. Разработка сестринской полипараметрической технологии оценки проблем пациента // Фундаментальные исследования. 2015. №1-8. С.1586-1590.	Цель – разработка сестринской полипараметрической технологии оценки проблем пациента	СПТОПП позволяет автоматизировать анализ проблем пациента, выражать их степень в количественных показателях (баллах) Благодаря этому существенно оптимизируется сестринский процесс и, в частности, – независимые сестринские вмешательства. Использование СПТОПП на практике позволит существенно повысить качество медицинской помощи, прежде всего – за счет улучшения логистических показателей.

Голева О. П., Федорова Г. В. и соавт. Медико-социальное исследование качества сестринской помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015. №2	Цель исследования — изучение качества сестринской помощи специалистами сестринского дела в зависимости от уровня квалификации, а также организация обучения и систематического контроля знаний и умений среднего медицинского персонала в медицинских организациях	Для обеспечения качества медицинской помощи, оказываемой средним медицинским персоналом, большое значение имеет периодичность контроля их знаний и умений по различным направлениям деятельности
Блохина М.В., Сафина О.Г. Оценка качества сестринской медицинской помощи акушерско-гинекологической службы крупной многопрофильной больницы // ПМ. 2021. №4.	Цель исследования — на основании оценки качества работы среднего медицинского персонала акушерско-гинекологической службы ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ» разработать и обосновать мероприятия по улучшению качества сестринской медицинской помощи в акушерстве и гинекологии	Регулярно проводить мониторинг уровня удовлетворенности пациентов работой медицинских сестер (акушерок) с помощью анонимного анкетирования
Консон К.К., Фролова Е.В. Стандартные операционные процедуры в работе медицинской сестры гериатрического профиля как элемент управления качеством медицинской помощи // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2020. № 3-4.	Цель исследования - разработка стандартных операционных процедур для медицинских сестер гериатрического профиля	Внедрение стандартных операционных процедур в деятельность медицинских сестер по профилю «гериатрия» будет способствовать повышению качества сестринской гериатрической медицинской помощи.
Журавлев Ю. И., Пальчук Е. В. Проблемы управления качеством независимой сестринской помощи на современном этапе // Актуальные проблемы медицины. 2019. №10 (129).	Цель – рассмотреть факторы, обеспечивающие качество медицинской (в том числе – сестринской) помощи	Научная разработка технологий независимых сестринских вмешательств способны повысить качество деятельности практикующей медсестры
Богуш Е.А., Двойников С.И. Экспертиза сестринской помощи - основа управления качеством медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019. №6.	Цель: разработка экспертной системы оценки качества сестринской помощи	Разработанная модель оценки качества позволила объективно оценить все направления профессиональной деятельности медсестер, что позволило в итоге разработать систему управления качеством сестринской помощи
Хохлова А. С. Мнения участников лечебно-диагностического процесса о качестве работы медицинских сестер хирургического стационара // БМИК. 2015. №5.	Цель исследования: анализ существующих процедур оценки качества работы среднего медицинского персонала на основе изучения мнения участников лечебно-диагностического процесса хирургического отделения стационара	дальнейшее развитие системы управления обеспечением качества сестринской помощи заключаются в разработке стандартов по всем номенклатурам специальностей в сестринском деле, в обучении сестринского персонала методике оценке качества сестринской помощи, в привлечении пациентов и их родственников, независимых экспертов для предупреждения возможного снижения качества сестринской помощи, создание системы управления качества в отделениях, в участии в развитии инноваций в сестринском деле и новых сестринских технологий в хирургии.

Чулкова Н.В. Сестринская помощь беременным и родильницам в условиях специализированного родильного дома // Медицинская сестра. 2013. №3.	Цель: разработать рекомендации по совершенствованию сестринской помощи беременным и родильницам в родильном доме при ТКБ № 7 Москвы.	На качество сестринской помощи влияют следующие факторы**:** благоприятный психологический климат, достаточная укомплектованность штатов медсестер, Хорошее оснащение медицинским оборудованием, повышение профессионального уровня, материальное стимулирование
Каспрук Л.И., Снасапова Д.М., Жакупова Г.Т. Актуальные аспекты совершенствования организации и повышения качества работы участковых медицинских сестер // ЗВ. 2015. №3 (27)	Цель исследования**:** анализ модели по контролю и совершенствованию организационной работы участковой медицинской сестры.	Чтобы улучшить качество медицинской помощи, нужно: • предупреждать появление ошибок; • выявлять ошибки на начальном этапе процесса оказания медицинской помощи и своевременно их устранять.
Кириченко Ю. П. Нормирование труда медицинской сестры стационара // БМИК. 2015. №5.	Цель исследования: изучение затрат рабочего времени медицинской сестры хирургического отделения стационара.	Повышение качества сестринской помощи зависит от эффективной организации работы сестринских служб: рациональной расстановки кадров, распределения функции между средним и младшим медперсоналом, планирования работы, снижения непроизводственных затрат рабочего времени.
Выскубова О. Ю., Семикина Н. А. Проблемы стандартизации сестринской деятельности // БМИК. 2013. №12.	Цель – изучение проблем и мнений сестринского персонала о стандартизации сестринской деятельности в России	Организация деятельности медицинского персонала в соответствии с профессиональными стандартами выполнения конкретных медицинских услуг способствует повышению качества оказываемой медицинской помощи, служит основой для оценки полноты и качества выполняемых услуг, их стоимости, а также для защиты прав пациента.
Масляков В.В., Павлова О.Н., Романова И.В. Характеристика физиологических показателей трудоспособности медицинских сестер военно-медицинских учреждений с учетом возрастных групп // Ученые записки Брянского государственного университета. 2020. №3	Цель - совершенствование управления качеством работы среднего медицинского персонала	Основой повышения качества сестринской помощи должны стать: эффективное использование мотивации профессиональной деятельности, совершенствование структуры, материально-технической базы подразделений и повышение оплаты труда среднего медицинского персонала.
Каримова Р. Б., Хайруллин Ильдар И. Новые методы организации труда медицинских работников, как средство повышения качества медицинской помощи // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2012. №5.	Описан опыт модернизации здравоохранения и внедрения новых методов повышения качества оказания медицинской помощи, увеличения производительности труда.	Качество сестринского ухода и выполнения плана лечебных мероприятий можно повысить, закрепив за каждой медсестрой 10-15 пациентов, с которыми она будет работать с момента поступления до выписки

Обсуждение

25 лет тому назад, в 1997 году, вышел в свет приказ Минздрава РФ «О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала». Именно этот документ впервые в истории сестринского дела в нашей стране обязал медицинскую сестру

«…осуществлять все этапы сестринского процесса при уходе за пациентами (первичную оценку состояния пациента, интерпретацию полученных данных, планирование ухода совместно с пациентом, итоговая оценка достигнутого)».

Сестринский процесс – это научный подход к оказанию квалифицированной сестринской помощи [9]. Десятью годами раньше выхода приказа, упомянутого выше, Cunning, B., & Pflederer, D. (1986) озвучили необходимость во внедрении сестринского процесс в каждом учреждении здравоохранения, в больницах, а также в сообществе в целом. На протяжении не одного десятка лет было продемонстрировано, что эффективное внедрение сестринского процесса приводит к повышению качества медицинской помощи и стимулирует накопление теоретических и научных знаний, основанных на передовой клинической практике [7], а также может привести к улучшению здоровья населения в целом [8].

Сегодня сестринский процесс как метод применяется не только в развитых странах, но и в таких как Страна Басков. Как показывают исследования, там сестринский процесс применяется в 98% центров: во всех государственных и 18 из 21 частных центров. Авторы указали, что для его применения используется модель Вирджинии Хендерсон, в большинстве центров используются сестринские диагнозы, стандартизированные планы ухода [6].

В России есть специалисты, которые связывают качество сестринской помощи с сестринским процессом, рассматриваемым как характеристика, отражающая своевременность и правильность реализации этапов сестринского процесса с применением современных сестринских технологий, соблюдением алгоритмов сестринских стандартов деятельности и выполнением медицинской сестрой своих непосредственных обязанностей в соответствии с возможностями конкретного учреждения [4]. При этом считается, что для достижения высокого уровня качества медицинской, в том числе сестринской помощи необходимо обеспечить надлежащие условия для пациентов при оказании сестринским персоналом медицинских услуг [1].

Как показал систематический обзор, сама концепция (а правильнее сказать – словосочетание) «сестринский процесс» встречается в научных публикациях, однако, сегодня она является одним из примеров наличия в профессиональном языке современных понятий. И только. Публикации могут звучать под такими названиями как, например, «Сестринский процесс в клинической токсикологии», «Сестринский процесс в детском инфекционном отделении». «Сестринский процесс в стома-кабинете» и т.д. Однако, когда кто-то рассказывает о сестринском процессе, он или она должны указать при этом, какая документация (планы ухода) разработана на отделении, какая модель ухода применяется, есть ли стандартные сестринские диагнозы, разработаны ли стандартные планы ухода, как это продемонстрировали специалисты Страны Басков (см. выше).

Литературный обзор выявил только одну работу, в которой идет речь о разработке сестринской полипараметрической технологии оценки проблем пациента, сутью которой и является метод сестринского процесса [2]. Однако авторы не установили никакой связи между своей разработкой и сестринским процессом.

Стоит ли удивляться тому, что сестринский процесс по большому счету так и не прижился в стране, ведь сегодня до сих пор при его реализации специалисты сталкиваются с различными проблемами. Основными при этом являются непонимание концепции сестринского процесса, различные взгляды на процесс, дефицит знаний и низкая осведомленность среди медсестер, участвующих в реализации процесса [9] (а это уже «камешек» в сторону системы образования…) Недостатка знаний о сестринском процессе в свою очередь имеет последствия для профессионального развития и теории сестринского дела [5].

Таким образом, возникает вопрос: вместо того, чтобы искать черную кошку в темной комнате, не лучше ли сосредоточить свои усилия на стандартизации сестринских диагнозов и

на разработке стандартных планов ухода, помогая тем самым медицинским сестрам предупреждать появление ошибок и выявлять ошибки на начальном этапе процесса оказания медицинской помощи и своевременно их устранять, о чем в своей работе писали Каспрук Л.И., Снасапова Д.М., Жакупова Г.Т.? [3]

Список использованной литературы

1. Володин А.В. К вопросу управления качеством сестринской помощи в учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь лицам пожилого возраста // Оренбургский медицинский вестник, Том IV, № 3 (15)
2. Журавлев Ю. И., Пальчук Е. В. Разработка сестринской полипараметрической технологии оценки проблем пациента // Фундаментальные исследования. 2015. №1-8. С.1586-1590
3. Каспрук Л.И., Снасапова Д.М., Жакупова Г.Т. Актуальные аспекты совершенствования организации и повышения качества работы участковых медицинских сестер // ЗВ. 2015. №3 (27)
4. Ключникова, В. Е. Проблемы организации сестринской работы в геронтологии // Медицинская сестра. 2008. № 10. С. 23-26.
5. Chenitz WC, Swanson JM. Surfacing nursing process: a method for generating nursing theory from practice. J Adv Nurs. 1984 Mar;9(2):205-15. doi: 10.1111/j.1365-2648.1984.tb00362.x. PMID: 6562143.
6. Huitzi-Egilegor JX, Elorza-Puyadena MI и соавт. Use of the nursing process at public and private centers in a health area. Rev Lat Am Enfermagem. 2012 Sep-Oct;20(5):903-8. English, Portuguese, Spanish. doi: 10.1590/s0104-11692012000500012. PMID: 23174835.
7. Madhusoodan , S. C. Sharma , MahipalSingh. Effectiveness of Nursing Process in Providing Quality Care to Cardiac Patients // IJLTEMAS. Vo. IV, Issue X, October 2015
8. Pérez Rivas FJ, Martín-Iglesias S, и др. Effectiveness of Nursing Process Use in Primary Care. Int J Nurs Knowl. 2016 Jan;27(1):43-8. doi: 10.1111/2047-3095.12073. Epub 2015 Jan 27. PMID: 25622991
9. Zamanzadeh V, Valizadeh L, et al. Challenges associated with the implementation of the nursing process: A systematic review. Iran J Nurs Midwifery Res. 2015 Jul-Aug;20(4):411-9. doi: 10.4103/1735-9066.161002. PMID: 26257793; PMCID: PMC4525336.

С 01.06.2022 мораторий на аккредитацию, установленный при covid-19, отменен.
С этого момента **медработники должны в обязательном порядке пройти аккредитацию для допуска к работе**.
с 1 марта 2022 года на основании приказа 1081н действует новое положение об аккредитации.

Для лиц, планирующих прохождение периодической аккредитации, **с 01 марта 2022 года документы по электронной почте не принимаются** согласно пункту 54 приказа Минздрава России от 22.11.2021 г. №1081н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов»**.**
Для прохождения периодической аккредитации документы **в электронном виде** могут быть представлены **только через личный кабинет медицинского работника.**

ЛЕКЦИЯ

ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ ГИПОТЕРМИЯ

Цуцунава М.Р.

ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова

Аннотация

В статье представлен краткий обзор концепции «периоперационная гипотермия», подготовленный на основе имеющихся научных данных по таким вопросам как негативные последствия, связанные с переохлаждением во время операции и анестезии, группы пациентов, подверженных переохлаждению, профилактика и лечение непреднамеренной периоперационной гипотермии.

Под периоперационной гипотермией понимают снижение температуры ядра тела пациента ниже 36 °С в период предоперационного периода (1 час перед проведением анестезии) и в послеоперационном периоде (первые 24 часа после проведения анестезии). Периоперационная (непреднамеренная) гипотермия в отличие от терапевтической (лечебной, искусственной) гипотермии развивается спонтанно, как следствие хирургического вмешательства и анестезии в результате нарушения соответствия теплопродукции теплопотерям и подавления компенсаторного ответа. Непреднамеренная гипотермия приводит к развитию многих осложнений, возникающих как непосредственно во время гипотермии, так и в период восстановления нормальной терморегуляции. Являясь постоянным спутником оперативных вмешательств (от 60% до 90% по зарубежным литературным данным), гипотермия продолжает оставаться актуальной проблемой.

Данное явление было разделено на фазы:

Фаза 1 — снижение температуры ядра тела пациента на 05,-1 °С в первые 60 минут за счет перераспределения тепла;

Фаза 2 — теплопотеря за счет перераспределения тепла из ядра тела на периферию, приводящая к снижению температуры ядра тела до 35 °С на протяжении от 2 до 4 часов анестезии;

Фаза 3 — срабатывание механизмов периферической вазоконстрикции, которая обусловливает стабилизацию температуры ядра тела при достижении температуры 33—35 °С (фаза плато), что характерно для периода 3—4 часа проведения анестезии.

Нормой мировой медицинской практики по борьбе с гипотермией стала температура тела пациента не ниже 36,0 С. Стандартный набора действий включает строгое соблюдение санитарно-эпидемиологических требований, подогрев всех инфузионных сред, использование систем обогрева пациентов. Данный набор значимо уменьшает количество жалоб пациентов, связанных с переохлаждением, и повышает качество анестезиологического обеспечения.

Важным является начало согревания пациента в предоперационном периоде, позволяющее снизить различие между температурой ядра тела и периферической температурой, упреждая таким образом внутреннее перераспределение тепла; подключение температурного датчика на кардиомониторе; подогрев растворов.

НЕГАТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ, СВЯЗАННЫЕ С ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЕМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ И АНЕСТЕЗИИ

Недооценка влияния периоперационной гипотермии на течение и исход послеоперационного периода при проведении как плановых, так и ургентных оперативных вмешательств приводит к повышению уровня осложнений, удорожанию и длительности лечения пациентов.

При общем переохлаждении отмечается развитие гипергипокалиемии, метаболического ацидоза, дефицита оснований.

Непреднамеренная интраоперационная гипотермия значительно увеличивает риск кардиальных и инфекционных послеоперационных осложнений, на её фоне возрастают послеоперационная кровопотеря и потребность в гемотрансфузии. Пациенты в условиях гипотермии медленнее просыпаются, их пробуждение чаще сопровождается мышечной дрожью. Периоперационная гипотермия приводит к увеличению сроков госпитализации и внутрибольничной летальности.

Периоперационной гипотермии наблюдается у большинства пациенток в онкогинекологии, оперированных в условиях спинальной анестезии. Доказан вред периоперационной гипотермии для беременных женщин, а также женщин, с болезнями мочеполовой системы.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИИ НЕПРЕДНАМЕРЕННОЙ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ГИПОТЕРМИИ

Предотвращение непреднамеренной периоперационной гипотермии - важная часть анестезиологического обеспечения больного во всех областях хирургии. Поддержание нормотермии во время операции служит важной составляющей всех программ ранней послеоперационной активизации больных.

Использование методов контроля потерь тепла, а также конвекционных систем обогрева в периоперационном периоде обеспечивает повышение безопасности анестезиологического пособия и эффективность интенсивной терапии. Доказано, что использование в комплексе интенсивной терапии конвекционной системы согревания позволяет быстро и эффективно нормализовать температурный гомеостаз у критических пациентов с политравмой. Использование предоперационного конвекционного обогревания и введения трамадола позволяет ограничить снижение центральной температуры и явления периоперационной гипотермии у пациенток онкогинекологического профиля.

В сравнительном исследовании двух согревающих устройств в группах больных, оперированных по поводу варикозной болезни вен нижних конечностей в условиях спинальной анестезии с внутривенной седацией в интра- и послеоперационном периодах установлено, что согревание с помощью одеял с технологией активного самонагревания более эффективно для профилактики и лечения интраоперационной гипотермии по сравнению с резистивными матрасами. При использовании одеяла с технологией активного самонагревания согласно инструкции по применению не выявлено побочных эффектов системного или местного воздействия; одеяло с технологией активного самонагревания рекомендуется к применению для профилактики и лечения интраоперационной гипотермии.

Список использованной литературы

1. Ахметзянов Ф.Ш., Шаймарданов И.В., и соавт. Профилактика и лечение непреднамеренной периоперационной гипотермии//Казанский медицинский журнал. 2018. Т. 99. № 1. С. 70-78
2. Козлов С.П., Крайник В.М. Эффективность одеял с технологией активного самонагревания в периоперационном периоде // Вестник анестезиологии и реаниматологии. 2015. Т.12. №5. С.24-30
3. Крутова В.А., Чуприн С.В., Сушкова О.В.К вопросу профилактики периоперационной гипотермии в условиях гинекологического стационара // Кубанский научный медицинский вестник. 2014. № 4 (133). С. 64-66
4. Пашеев А.В., Саетгараев А.К., Муфтахутдинова Г.Ш. Эффективность предоперационного согревания пациенток, оперированных в условиях спинальной анестезии, в онкогинекологической хирургии//Региональная анестезия и лечение острой боли. 2017. №11(1). С.41-45
5. Столяров С.А., Ахмедов И.Н. и соавт. Исследование эффективности периоперационной коррекции гипотермии у экстренных пациентов хирургического профиля при помощи устройства «transfusion composition XPRO // Вестник медицинского института "РЕАВИЗ": реабилитация, врач и здоровье. 2017. № 6 (30). С. 118-123
6. Царев А.В., Мынка В.Ю., Кобеляцкий Ю.Ю. Периоперационная гипертония: современные принципы профилактики и лечения // Медицина неотложных состояний. 2015. №2(65). С.158-163
7. Царев А.В. Целевой температурный менеджмент в устранении послеоперационной непреднамеренной гипотермии // Медицина неотложных состояний. 2016. №5(76). С.83-85

Правила оформления статей в журнал «Специалист здравоохранения»

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

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

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

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

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

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

Примеры оформления списка литературы:

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

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

Клюжев В.М., Акимкин В.Г. Внутрибольничные инфекции: значение, определение, причины возникновения, структура, основные противоэпидемические мероприятия. Роль медицинского персонала в профилактике внутрибольничных инфекций. Режим доступа http://www.epidemiolog.ru/publications/detail.php?ID=824. Дата обращения 11.02.22.

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

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

«СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

2022, № 28

E-mail: **sp-zdrav2013@gmail.com**

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