

2023, № 33

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

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

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

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

Аристидова С.Н., зав.уч.ч., ассистент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗГМУ 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 РИНЦ (Российский Индекс Научного Цитирования – Science Index)

Адрес редакции:

Санкт-Петербург, Пискаревский пр., 47

Кафедра гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. Мечникова»

Оригинал-макет –

Цуцунава М.Р.

Онлайн версия журнала доступна на сайте ПРОО МРСП amspiter.ru

На первой странице обложки – будущее поколение медсестер-бакалавров

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

Наличие перевода отдельных разделов статей на английский язык является одним из требований международных классификаторов, в которых индексируются профессиональные журналы и, таким образом, становятся доступными для широкого круга читателей.

ISSN 2413-6271
2023, № 33

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

ОТ РЕДАКЦИИ	3
МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ «ПУШКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ»	5
АНАЛИТИКА Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н. ПРЕАНАЛИТИЧЕСКИЙ ЭТАП. ПЕРЕЗАГРУЗКА	17
КОМПЕТЕНЦИИ Цуцунава М.Р. СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ АБИЛИТАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ МЛАДЕНЦЕВ.....	23
Цуцунава М.Р. К ВОПРОСУ О СТАНДАРТНОМ ПЛАНЕ УХОДА ЗА КОЖЕЙ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА.....	29
ЭССЕ Цуцунава М.Р., Подопригора Г.М. ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ ИЛИ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА ЧЕРЕЗ ШЕСТЬ ЛЕТ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ НАЦИОНАЛЬНОГО СТАНДАРТА.....	33

ОТ РЕДАКЦИИ

Уважаемые коллеги!

Наступил новый учебный год, и на кафедре появились новоиспеченные студенты-бакалавры, которые будут изучать Сестринское дело по программе высшего образования. На дневном отделении – это недавние школьники. Зная состояние дел в профессии и существующие проблемы, мы задались вопросом: каким образом или почему выбор пал на Сестринское дело?

Можно было бы довольствоваться самым простым ответом. В последние годы абитуриенты поступают (точнее, сдают документы для поступления) сразу в несколько вузов. Безусловно, есть те, кто идет целенаправленно в тот вуз и на ту специальность, к которой готовился последние, как минимум, пару лет. Однако профессию медицинской сестры едва ли можно отнести к таким профессиям. Увы, сюда попадают студенты, за редким исключением, по остаточному принципу, то есть, не попали туда, куда хотелось изначально и, чтобы не терять времени, решили – таки остаться...

Однако такое умозаключение не делает чести такому великому собранию как университет и говорит об абсолютно поверхностном представлении о том, чем сегодня живут молодые поколения; поэтому в этом году мы решили получить информацию из первых уст и выяснить, а что знают недавние школьники о сестринской профессии, и на одном из занятий дали им задание – написать эссе на тему «Что я знала / знал о сестринском деле и о чем я узнала/узнал, став студенткой/студентом». Мы попросили ребят быть предельно откровенными, и вот, что мы узнали:

Максим В.: *До поступления на специальность “сестринское дело” я слабо представлял, что это за профессия. И, более того, не задумывался об этом. Мне казалось, что медицинская сестра – это только помощник врача, выполняющий простейшие действия. За всю мою жизнь голову ни разу не занимал вопрос о том, какие у медсестры обязанности. Сейчас пришло понимание, что всему виной малая информированность и колоссальное смещение фокуса внимания на врачей. Медицинские сестры всегда остаются в тени, хотя на самом деле они способны на многое, от оказания первой помощи до управления целым коллективом.*

Валерия Т.: *... Профессия медсестры в сознании у многих — не повод гордиться. Я же хочу, чтобы это мнение поменялось, ведь медсестра – это не прислуга, а дипломированный и полноправный специалист. Да, лечение назначает врач, но его реализация, особенно в стационаре – это работа медицинской сестры...*

Анастасия Н.: *Я прекрасно знала и понимала важность профессии «медицинская сестра» и никогда не думала о различиях в социальном положении врача и медсестры. Поступив в университет, для меня стало удивительным такое различие, быть может, я раньше не обращала внимания, но сейчас остро ощущаю разницу в отношении к будущему врачу и будущей медицинской сестре, но что самое интересное – эта разница чувствуется только в общении между студентами. Каждый преподаватель понимает важность нашей профессии...*

Валерия Б.: *Многие отговаривали меня от этой идеи, говорили, что эту профессию не ценят и плохой заработок... Изначально я очень хотела пойти на лечебное дело, но не получилось. Но я очень рада, что смогла поступить в Мечникова. Еще в школе мне говорили, что сюда поступить сложно и почти невозможно. И у меня появилось большое желание поступить и доказать, что это возможно. Когда мне отказали на лечебном деле, я очень расстроилась и думала, что не видать мне высшего образования и уже ехала подавать документы в колледж, мне пришло сообщение, что меня взяли на сестринское дело в Мечникова.*

Я сразу же привезла оригиналы... Я подумала, что судьба решила меня отправить на сестринское дело, может это мое призвание...

Евгения М.: *к огромному сожалению, на сегодняшний день у людей остается неправильное, стереотипное мышление о данной профессии... Данная профессия претерпела множество изменений и стала комплексной и сложной для изучения дисциплиной, требующей усовершенствованного образования, обширной осмысленной клинической практики и непрерывного профессионального интереса*

Максим К.: *До того, как стать студентом СЗГМУ имени И.И. Мечникова по направлению Сестринское дело, я, признаюсь, обладал некоторыми предрассудками относительно данного направления медицины. Причиной данных предрассудков в первую очередь являлась плохая осведомленность... Во-первых, банальное отсутствие примеров подражания. Я не думаю, что человек никак не связанный или заранее не ознакомленный с данной профессией, смог бы назвать имена более одной или двух известных ему Медицинских сестер-героев. По крайней мере я бы не смог, хотя и считал себя в тот период времени человеком эрудированным... Имена Великих людей той или иной профессии играют ключевую роль в популяризации данной профессии и распространении информации о ней.*

Елизавета Ф.: *для меня стало открытием узнать, что существует такое разнообразие медицинских сестер. Я привыкла получать помощь от них и не задумывалась, насколько велика и важна данная профессия в сфере медицины. Сейчас я сама учусь на первом курсе Северо-Западного Государственного медицинского университета им.Мечникова на факультете сестринского дела и стала знакомиться с данной профессией, с другой стороны. Мое отношение к медицине... изменилось в лучшую сторону благодаря общей атмосфере и преподавателям, которые заставляют меня изменить мое мировоззрение своими наставлениями и пожеланиями.*

Карина К.: *До начала обучения этой профессии, мои взгляды.. в отношении неё были немного ограниченными. Хотя я и считала всегда работу медицинской сестры очень тяжелой, но особо не углублялась в причины, почему же так, думая, что сложность заключается лишь в уходе за пациентами, помощи врачу и просто большой физической нагрузке в виде долгих смен, как дневных, так и ночных.*

Однако, интересуясь данной профессией еще до поступления и уже непосредственно на самом обучении, я узнала не только о ее многогранности и разнообразии, но и о множестве стереотипов, которые могут негативно влиять на восприятие этой работы и на саму практику сестры, а также на желание учиться сестринскому делу.

Марьяна З.: *Я считаю, что с медицинской сестры и начинается современная медицина, оказание медицинских услуг, ведь именно ее руками вводятся препараты, берутся анализы, именно она сопровождает пациента все то время, что он находится в медицинском учреждении.*

Ясмينا Б.: *Я поступила... совершенно случайно, не вникая в суть данной профессии, в её актуальность и важность, но, немного проучившись, нисколько не пожалела, что оказалась именно здесь и сейчас. Ранее я представляла профессию медсестры узконаправленной, заключающейся только в помощи врачам, выполнении указаний с минимальной оплатой... Мне безумно нравится данное направление, оно... имеет много перспектив в развитии...*

Нас не удивило то, что в целом у недавних школьников было стереотипное представление о профессии, не удивило нас и то, что в школах отсутствует какая-либо профориентация, направленная на популяризацию таких профессий, как медицинская сестра. Это осталось, увы, в прошлом... Однако искренне порадовало то, что в каждом просматривается живое доброе и светлое начало, которое надо беречь и культивировать в профессии, иногда забывающей о своей духовной составляющей. А задача эта – общая, как для нашей альма матер, так и для представителей практического здравоохранения!

От редакции,

Цыцунява М.Р.

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

РОЛЬ МЕТАБИОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В СХЕМАХ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБИОТИК-АССОЦИИРОВАННОЙ ДИАРЕИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Ярошева В.А., Королева А.С., Степанушкин П.В., Авалуева Е.Б., Серкова М.Ю., Сухомлинова И.М.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург
yarosheva.vlada@yandex.ru, номер 89377333799

Актуальность: Высокая частота использования антибактериальных препаратов в условиях стационара приводит к развитию антибиотик-ассоциированной диареи (ААД) у пациентов, находящихся в зоне риска, в том числе у лиц старше 65 лет, имеющих тяжелые соматические заболевания в анамнезе.

Цель исследования. Оценить клинико-лабораторные особенности и состав кишечной микробиоты у пациентов пожилого и старческого возраста с ААД, оценить роль метабиотических препаратов в схемах терапии.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 28 пациентов Госпиталя для ветеранов войн в возрасте от 60 до 95 лет, с клиническим диагнозом ААД. Всем пациентам вначале исследования и на 28-й день проводилась количественная оценка состава микробиоценоза толстого кишечника с помощью анализа "Колонофлор"-16, респрос и оценка жалоб с помощью аналоговой шкалы стандартизированного опросника, оценка дневника частоты стула (1-й, 5-й, 14-й день), оценка результатов клинического анализа крови, б/х анализа крови, копрограммы, анализа кала на токсины клостридий А,В. 12 пациентов основной группы, принимали метабиотический комплекс Бактимунал по 1 капсуле 2 раза в день в течение 28 дней дополнительно к основному лечению. 16 пациентов контрольной группы получали антибактериальную терапию и не получали дополнительно метабиотическую поддержку.

Результаты исследования. По результатам лабораторных исследований, у 50% пациентов отмечается лейкоцитоз, у 100% пациентов – повышение СРБ. По данным копрологического исследования у 57,1% пациентов выявлено наличие слизи в кале, у 42,8%- наличие лейкоцитов в кале и йодофильная флора. У 28,6% пациентов выявлено наличие дрожжевых blastospores, у 28,6% пациентов - дрожжевого псевдомонелия. По результатам Колонофлор-16 у пациентов основной и контрольной группы отмечается снижение ОБЧ (от $5 \cdot 10^7$ до $9 \cdot 10^{10}$). У 77,7% пациентов отмечается снижение *Lactobacillus spp.*, при этом, у 22,2% пациентов – повышение. У всех пациентов отмечается снижение числа *Bifidobacterium spp.* Повышение количества *Escherichia coli* отмечается у 77,7% пациентов. *Clostridium difficile* обнаружены у 44,4%. *Klebsiella pneumoniae* обнаружена у 33,3%. У 11,1% пациентов выявлена *Candida spp.* По результатам повторного Колонофлор-16 у 40% пациентов основной группы на фоне метабиотической поддержки отмечается увеличение *Lactobacillus spp.*, *Bifidobacterium spp.* у 50 %, также отмечается снижение числа условно-патогенной микрофлоры в исследуемом материале у 100% пациентов.

Выводы. По результатам исследования кала Колонофлор-16 у всех пациентов с ААД отмечается снижение ОБЧ, снижение *Lactobacillus spp.* (77,7%), снижение числа *Bifidobacterium spp.* (100%). Повышение количества УПФ выявлено преимущественно за счет *Escherichia coli* (77,7%), *Clostridium difficile* (44,4%), *Klebsiella pneumoniae* (33,3%), *Candida spp.* (11,1%).

На фоне дополнительного применения метабиотика были выявлены положительные изменения в составе микробиоты кишечника в виде увеличения *Lactobacillus spp.* у 40% пациентов и *Bifidobacterium spp.* у 50 %, снижение числа условно-патогенной микрофлоры у 100% пациентов.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Соловьева С.Л.

ФГБОУ «СЗГМУ им.И.И.Мечникова»

Принято считать, что большинство психических функций и способностей человека формируются и развиваются в первой половине жизни, достигая максимума в среднем возрасте (акме), а во второй половине жизни снижаются. Однако пожилой возраст отличается наличием некоторых психологических ресурсов, которые могут наполнять жизнь содержанием и смыслом (концепция продуктивного старения).

Содержание психологической реальности пожилого человека наполнено не только полученными в процессе жизни знаниями, умениями, навыками, но также опытом переживания разнообразных жизненных ситуаций и совладания с ними. Взаимодействие с разными людьми формирует широкий репертуар знаний о богатстве и неисчерпаемости человеческой природы, которая по умолчанию заслуживает уважения как наиболее сложный, глубокий и интересный феномен. Разнообразие пережитых жизненных ситуаций, радостных и печальных, помогает выработать систему психологической адаптации, включающей в себя навыки преодоления потерь, совладания с негативными эмоциями, философское отношение к трудностям и проблемам. Наиболее сложные ситуации в жизни – ситуации неопределенности и оживания с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом – пожилым человеком переживаются легче, не порождая, как в молодости, растерянности и тревоги.

Важным приобретением пожилого возраста является толерантность (терпимость), основанная на способности воспринимать человеческую природу во всей ее сложности, со всеми положительными и отрицательными качествами, достоинствами и недостатками. При этом проявляется терпимость не только в отношении окружающих людей, но также и в отношении самого себя: человек принимает самого себя таким, какой он есть, не страдая, как в молодости, перфекционизмом, не предъявляя к себе слишком высоких требований, не испытывая чрезмерного чувства вины перед лицом неудач. Самооценка пожилого человека, как правило, стабильна, его взаимоотношения с самим собой позитивны, что позволяет подвести позитивный итог прожитой жизни.

К пожилому возрасту в полной мере формируется функция прогнозирования, позволяющая на основании богатого жизненного опыта предвидеть развитие событий, предсказывать наиболее вероятные реакции окружающих людей, видеть неочевидный, скрытый смысл происходящего, который для молодых людей становится заметным лишь спустя длительное время. В этой связи пожилого человека трудно удивить: как правило, он уже когда-то переживал что-то подобное и понимает, что любые трудности когда-то кончаются. На этой основе возникает философски-отстраненный взгляд сверху, оценивающий происходящее в контексте целостной жизни, что снижает остроту эмоциональных реакций на неприятности повседневной жизни.

В то же время в пожилом возрасте ярче воспринимаются незначительные проявления человеческого существования: теплый взгляд, доброе слово, удачное стечение обстоятельств.

Наиболее полно переживаются такие обычные явления, как первый снег, листопад золотой осени, первые зеленые листья на деревьях, цветение сирени. Все эти мелочи доставляют удовольствие, наполняя повседневную жизнь радостью и теплом.

Однако эти психологические приобретения характеризуют лишь тех, кто сумел реализовать свой творческий потенциал, жил полной и насыщенной жизнью, внес свой вклад как в развитие событий, так и в формирование окружающих людей.

Контакты: СПб, Кирочная ул., 41; 8 921 561 5776; S-Solovieva@ya.ru

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТАРНОГО ПРОФИЛЯ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Щетинина Н.А.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
e-mail: shchetinina.2016@inbox.ru

Большая часть пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) страдает депрессией. Депрессия связана с различными негативными последствиями для здоровья кардиологических пациентов и считается независимым фактором риска сердечно-сосудистых осложнений и риска смертности. С увеличением возраста повышается вероятность развития когнитивных нарушений, тревожно-депрессивного синдрома среди пациентов с коморбидной артериальной гипертензией (АГ) и ИБС, которые редко анализируются среди вышеуказанного контингента.

Цель исследования - изучение особенностей психологического дефицитарного профиля пожилых пациентов с возрастассоциированной коморбидной патологией.

Материалы и методы. В период стационарного лечения пациентов 60-74 лет проведено изучение когнитивных нарушений, тревожности и депрессии у 212 пациентов с изолированной АГ, 208 пациентов с изолированной ИБС и 223 пациентов с коморбидной АГ и ИБС (АГ+ИБС). Пациенты указанных групп сопоставимы по основным демографическим и медицинским характеристикам, заболевания находились в стадии компенсации. В исследование не включались пациенты других возрастных категорий, с преастицией и синдромом старческой астении. Оценка когнитивной дисфункции выполнена по шкале Mini-Mental-State-Examination, депрессии и тревожности по шкале Hospital anxiety and depression scale (HADS).

Результаты. Среди пациентов с изолированной АГ средний балл по MMSE составил $24,7 \pm 0,3$, изолированной ИБС – $21,3 \pm 0,2$ и коморбидной АГ и ИБС – $14,2 \pm 0,2$ со статистически значимым различием во всех группах ($p < 0,001$). Следовательно, степень когнитивной дисфункции существенно изменяется у пациентов пожилого возраста с изолированной АГ по сравнению с пациентами 60-74 лет с изолированной ИБС и ещё более существенно относительно пациентов того же возрастного ценза с наличием одновременно коморбидной АГ и ИБС. Величина среднего балла уровня тревожности достигла соответственно $8,4 \pm 0,2$; $9,1 \pm 0,2$ и $11,2 \pm 0,3$ баллов с достоверным различием между группами. Это свидетельствует о наиболее неблагоприятном воздействии именно коморбидной, чем изолированной АГ и ИБС на состояние тревожности пациентов 60-74 лет. По шкале HADS-D средний балл уровня депрессии среди выделенных клинических групп составил $8,7 \pm 0,3$; $9,6 \pm 0,2$ и $11,5 \pm 0,4$ баллов соответственно с достоверным различием во всех случаях. Уровень депрессии у пациентов с комор-

бидной АГ и ИБС, в отличие от пациентов изолированной АГ и ИБС, соответствовал клинически выраженной депрессии, что указывает на более значительное влияние коморбидной АГ и ИБС на состоянии депрессии пожилых пациентов.

Выводы. Коморбидная АГ и ИБС наиболее негативно влияет на все составляющие психологического дефицитарного профиля пожилых пациентов, обуславливая формирование деменции средней тяжести, клинически выраженной тревоге и депрессии. Изолированная АГ и изолированная ИБС способствуют развитию менее выраженных дефицитов психологического домена.

БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ И РИСК РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-ГО ТИПА

Лев И.В.

«Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова», Тамбов,
e-mail: mihina.inna@mail.ru

Диабетическая ретинопатия (ДР) является частым микрососудистым осложнением сахарного диабета (СД) 2-го типа и занимает первое место среди причин необратимой потери зрения у лиц трудоспособного возраста. Однако, независимо от гендерных особенностей, среди факторов риска развития ДР при СД 2-го типа неизвестным остаётся влияние биологического возраста, а также опережение биологического возраста величины хронологического или календарного возраста, несмотря на то, что у пациентов с СД 2-го типа показана сильная ассоциация различных параметров микроциркуляции только с биологическим возрастом и отсутствие связи с хронологическим возрастом. Биологический возраст как фактор риска ДР у пациентов 45-59 лет с СД 2-го типа в настоящее время не рассматривался как в отечественных, так и зарубежных научных публикациях.

Цель исследования - изучение биологического возраста и риска развития ДР у пациентов с СД 2-го типа.

Материалы и методы. В исследовании, выполненном в Тамбовском филиале ФГАУ НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. академика С.Н. Фёдорова», приняли участие 580 пациентов зрелого возраста с ДР при СД 2-го типа, проходивших стационарное обследование и лечение в 2021-2022 гг. Верификация диагноза ДР осуществлялась в соответствии с Клиническими рекомендациями Общероссийской ассоциации врачей-офтальмологов «Сахарный диабет: ретинопатия диабетическая, макулярный отёк диабетический» и результатами комплексного офтальмологического обследования.

У 580 пациентов фиксировался хронологический или паспортный возраст, а в дальнейшем по методике Войтенко В.П. рассчитывался биологический возраст с учётом гендерной принадлежности обследованных пациентов 45-59 лет.

Результаты. ДР у пациентов 45-59 лет с СД 2-го типа и с превышением биологического возраста хронологического выявлена практически в 2 раза чаще по сравнению с пациентами аналогичного возраста с СД 2-го типа с соответствием биологического и хронологического возраста ($p < 0,001$). Кроме того, среди пациентов с СД 2-го типа с превышением биологического возраста величины хронологического ДР развивается статистически значимо раньше по хронологическому возрасту – в 47,69 лет, тогда как в группе пациентов с СД 2-го типа с соответствием биологического и хронологического возраста существенно позже – в 50,23 лет ($p < 0,01$).

Однако биологический возраст диагностирования ДР у пациентов 45-59 лет с СД 2-го типа с ускорением биологического возраста достоверно выше относительно пациентов того же возраста с СД 2-го типа, имеющих совпадение биологического и хронологического возраста. Превышение биологического возраста величины хронологического оказалось значительным, составляя $+8,44 \pm 1,86$ лет, что указывает однозначно на преждевременное старение пациентов 45-59 лет с опережением биологического возраста параметра хронологического и является фактором риска ДР при СД 2-го типа. При этом разница между биологическим и хронологическим возрастом у пациентов с соответствием вышеназванных показателей невысока и составляет $-0,62 \pm 0,09$ лет с достоверным различием к одноимённой величине пациентов с СД 2-го типа с ускорением биологического возраста.

Выводы. У пациентов 45-59 лет с СД 2-го типа с превышением биологического возраста величины хронологического наблюдается высокая частота ДР, которая практически в 2 раза выше относительно пациентов такого же возраста с СД 2-го типа с соответствием биологического и хронологического возраста. При ускорении биологического возраста у пациентов с СД 2-го типа ДР развивается на $2,54 \pm 1,15$ лет раньше, чем при соответствии биологического и хронологического возраста. Поэтому биологический возраст следует рассматривать как новый значимый фактор риска развития ДР при СД 2-го типа.

ВЛИЯНИЕ САРКОПЕНИЧЕСКОГО ОЖИРЕНИЯ НА УРОВЕНЬ ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

Копылов А.Е.

«Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова», Тамбов,
e-mail: mntk@mntk-tambov.ru

С возрастом у людей происходит неуклонное снижение мышечной массы и увеличение жировой массы. Такое сочетание чрезмерного ожирения и низкой мышечной массы получило название «саркопеническое ожирение», которое активно изучается в последние годы и становится актуальной проблемой геронтологии, гериатрии и здравоохранения. Саркопеническое ожирение снижает различные проявления функциональной активности людей, негативно влияет на физическую активность, психологический домен. Однако у пациентов с нарушением зрения вследствие глаукомы и катаракты саркопеническое ожирение практически не анализировалось и не рассматривалось в качестве фактора риска депрессии.

Цель исследования – изучение влияния саркопенического ожирения на уровень депрессии у пациентов с нарушением зрения.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 187 пациентов пожилого возраста, страдающих первичной открытоугольной глаукомой и катарактой, проходивших стационарное лечение в Тамбовском филиале «МНТК «Микрохирургия глаза имени академика С.Н. Фёдорова». Диагностика первичной открытоугольной глаукомы и катаракты осуществлялись в соответствии с Национальными рекомендациями по глаукоме и катаракте. Выявление саркопении проводилось по шкале European Working Group on Sarcopenia in older people. Ожирение определялось по индексу массы тела. Уровень депрессии изучался по шкале Hospital Anxiety and depression scale (HADS). Контролем служили 125 пациентов 60-74 лет с первичной открытоугольной глаукомой и катарактой без саркопенического ожирения.

Результаты. Распространённость депрессии по шкале HADS у пожилых пациентов с саркопеническим ожирением и патологией зрения оказалась наивысшей и достигала

28,1±2,8%, что статистически значимо выше, чем у пациентов аналогичного возрастного ценза с первичной открытоугольной глаукомой и катарактой с отсутствием саркопенического ожирения. В контрольной группе распространённость депрессии была более чем в 2 раза ниже, составляя 12,8±1,9% ($p<0,001$).

Величина среднего балла депрессии по шкале HADS у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой, катарактой и саркопеническим ожирением составила 11,3±0,4 балла. В контрольной группе данный показатель составил 8,6±0,3 балла. Различие в величине среднего уровня депрессии в сравниваемых группах статистически значимо ($p<0,001$). Значения баллов по шкале HADS позволяют говорить о наличии у пациентов 60-74 лет с нарушением зрения и саркопеническим ожирением клинически выраженной депрессии, а у пациентов без саркопенического ожирения – о субклинической депрессии.

Выводы. Саркопеническое ожирение у пожилых пациентов с первичной открытоугольной глаукомой и катарактой повышает не только распространённость депрессии, но и степень тяжести депрессивного статуса, что необходимо учитывать в проведении геронтопрофилактики саркопенического ожирения и коррекции депрессии среди такого контингента.

АССОЦИАЦИЯ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗРИТЕЛЬНЫМ ДЕФИЦИТОМ

*Агарков Н.М.¹, Лев И.В.², Копылов А.Е.²,
Османов Р.Э.², Попова Н.В.², Неудахин М.А.²*

¹Юго-Западный государственный университет», Курск;
²«Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова», Тамбов,
e-mail: vitalaxen@mail.ru

Зрительный дефицит представляет опасное для зрения осложнение и часто сочетается с развитием когнитивных нарушений. Однако связь между зрительным дефицитом и когнитивными нарушениями неясна из-за неоднозначных результатов исследований и отсутствия долгосрочных данных.

Цель исследования – изучение ассоциации интерлейкинов в плазме крови у больных со зрительным дефицитом с легкими и умеренными когнитивными нарушениями.

Материалы и методы. В 2021-2022 г. на базе Тамбовского филиала МНТК «Микрохирургия глаза имени академика С.Н. Федорова» изучены изменения интерлейкинового статуса у 54 пациентов пожилого возраста с зрительным дефицитом с легкими когнитивными нарушениями и у 62 больных пожилого возраста с зрительным дефицитом с умеренными когнитивными расстройствами. Оценка когнитивных функций выполнена посредством валидированной шкалы Mini-Mental-State-Examination (MMSE). Для изучения интерлейкинов в плазме крови забор последней осуществлялся в утренние часы, а затем иммуноферментным анализом с использованием набора «Протеиновый контур» изучалось содержание интерлейкинов в указанных ранее клинических группах: IL-1 α , IL-1 β , IL-4, IL-5, IL-6, IL-7, IL-8, IL-9, IL-10, IL-12, IL-17 и IL-18.

Результаты. Сравнивая содержание интерлейкинов крови у пожилых пациентов со зрительным дефицитом с легкими и умеренными когнитивными нарушениями, обращает, прежде всего, внимание многократное увеличение уровня провоспалительного интерлейкина крови – IL-6 среди больных зрительным дефицитом с умеренными когнитивными нарушениями по сравнению с когортой пациентов такого же возраста, страдающих зрительным дефицитом и

легкими когнитивными нарушениями ($24,3 \pm 2,0$ пг/мл против $5,0 \pm 0,9$ пг/мл). У пациентов пожилого возраста, страдающих зрительным дефицитом и умеренными когнитивными нарушениями, диагностировано также выраженное статистически значимое повышение в плазме крови IL-8 по отношению к пациентам со зрительным дефицитом и легкими нарушениями когнитивных функций ($36,6 \pm 3,5$ пг/мл против $10,4 \pm 2,2$ пг/мл). Обсуждаемые группы больных зрительным дефицитом достоверно отличаются и по содержанию в плазме крови IL-1 β и IL-17, уровень которых выше в 2,1 раза и в 2,6 раза соответственно при наличии у обследованных умеренной ментальной дисфункции, чем при легкой степени.

Уровень противовоспалительных интерлейкинов крови, напротив, среди больных зрительным дефицитом с умеренными когнитивными нарушениями статистически значимо снижен в отличие от больных с аналогичной офтальмологической патологией, но с легкими нарушениями когнитивной функции. Так, уровень IL-4 в плазме крови у пациентов 60-74 лет, страдающих зрительным дефицитом и умеренными нарушениями ментальности снижен в 1,6 раза ($3,4 \pm 0,5$ пг/мл против $2,1 \pm 0,3$ пг/мл). Содержание другой изученной противовоспалительного IL-10 в плазме крови больных зрительным дефицитом с умеренными когнитивными нарушениями по сравнению с пациентами со зрительным дефицитом с легкой когнитивной дисфункцией уменьшилось в 1,8 раза.

Выводы: На основании вышепредставленных результатов можно утверждать, что развитие умеренных когнитивных нарушений среди пожилых больных зрительным дефицитом сопровождается более существенными изменениями системного интерлейкинового профиля, чем у больных с зрительным дефицитом и лёгкой когнитивной дисфункцией. Это свидетельствует о том, что более выраженное повышение провоспалительных интерлейкинов и снижение противовоспалительных интерлейкинов в плазме крови способствует формированию умеренных когнитивных нарушений.

СИСТЕМНЫЕ ЦИТОКИНЫ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В РАННЕМ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТНОМ ПЕРИОДЕ

Агарков Н.М.¹, Негребецкий В.А.²

¹Юго-Западный государственный университет», Курск;

²Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», Москва,
e-mail: vitalaxen@mail.ru

Пандемия новой короновиральной инфекции, ассоциируемая с COVID-19, и официально признанная Всемирной организацией здравоохранения в марте 2020 г. сохраняет свою актуальность и в настоящее время. В настоящее время показаны ассоциация между выраженностью экспрессии цитокинов и тяжестью COVID-19, однако у людей, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС), содержание системных цитокинов после перенесённого COVID-19 в раннем периоде выздоровления остаётся неизвестным.

Цель исследования - определение содержания системных цитокинов у пациентов с ишемической болезнью сердца после COVID-19 в раннем реконвалесцентном периоде.

Материалы и методы. В рамках данного исследования сформированы две клинические группы, рандомизированных по возрасту, полу и сопутствующей патологии: основная группа

- пациенты 60-74 лет с ИБС и перенесённым COVID-19 средней тяжести в количестве 40 человек и контрольная группа - пациенты 60-74 лет с ИБС в количестве 38 человек с отсутствием COVID-19 в анамнезе и отрицательным тестом ПЦР.

Диагностика ИБС выполнялась по совокупности результатов электрокардиографического, эхокардиографического и лабораторных исследований с наличием патогномоничных нарушений в содержании сердечного тропонина, энзимных показателей. Определение содержания цитокинов проводили в плазме крови на аппарате «Beckton Dickinson FACS Canto 2 (USA)» методом проточной цитометрии с применением специальных наборов CBA (BD Biosciences, USA).

Результаты. В раннем реконвалесцентном периоде после перенесённого COVID-19 у пациентов с ИБС концентрация многих изученных цитокинов в плазме крови оставалась повышенной. Крайне высоким в этот период оставался в плазме крови уровень провоспалительного IL-6, когда его содержание в 5,1 раза превышало аналогичный параметр пациентов такого же возраста с ИБС без COVID-19 в анамнезе со статистически значимым различием между группами ($32,9 \pm 2,3$ пг/мл против $6,5 \pm 0,7$ пг/мл). Среди пациентов с ИБС и перенесённым COVID-19 средней степени тяжести в раннем реконвалесцентном периоде выявлено высокое содержание IL-17 по сравнению с группой пациентов с ИБС без COVID-19 ($25,3 \pm 1,8$ пг/мл против $7,9 \pm 0,6$ пг/мл).

Следует указать также на значительно повышенные уровни TNF- α ($128,5 \pm 2,7$ пг/мл против $56,4 \pm 2,1$ пг/мл) и INF- γ ($97,5 \pm 3,1$ пг/мл против $68,4 \pm 2,0$ пг/мл) в плазме крови пациентов с ИБС и COVID-19 в раннем реконвалесцентном периоде по сравнению с пациентами аналогичного возраста, страдающих ИБС, и не имевших COVID-19 в анамнезе. На момент обследования пациентов с ИБС и перенесённым COVID-19 высоким оставалось и содержание противовоспалительного цитокина - IL-10 - в плазме крови со статистически значимым различием к группе сравнения в 1,7 раза.

Выводы. В раннем реконвалесцентном периоде после перенесённого COVID-19 у пациентов с ИБС в плазме крови сохранялись повышенные уровни большинства исследованных цитокинов. При этом наиболее повышенными в названной группе пациентов оставались уровни IL-6, IL-17, TNF- α и INF- γ , которые можно использовать в качестве ведущих маркеров восстановления пожилых пациентов с ИБС в раннем реконвалесцентном периоде.

НАРУШЕНИЕ ЗРЕНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

*Агарков Н.М.¹, Лев И.В.², Копылов А.Е.²,
Османов Р.Э.², Попова Н.В.², Неудахин М.А.²*

¹Юго-Западный государственный университет», Курск;
²«Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова», Тамбов,
e-mail: vitalaxen@mail.ru

Среди возраст-ассоциированной офтальмопатологии, сопровождающейся выраженным зрительным дефицитом, наиболее распространёнными и социально-значимыми выступают во многих странах катаракта и первичная глаукома. Несмотря на проводимые исследования, остаётся неизвестным связь степени выраженности когнитивных нарушений в зависимости от зрительного дефицита, обусловленного катарактой и глаукомой, оцененного по величинам остроты зрения без коррекции и максимальной корригированной остроте зрения.

Цель исследования – изучение зрительного дефицита в качестве маркера когнитивных нарушений у пациентов с катарактой и глаукомой.

Материалы и методы. Исследование проводилось в Тамбовском филиале МНТК «Микрохирургия глаза имени академика С.Н. Фёдорова» в 2022 г., в котором приняли участие 326 пациентов пожилого возраста с катарактой и 318 пациентов пожилого возраста с первичной открыто угольной глаукомой (ПОУГ).

Всем обследованным пациентам выполнялось комплексное офтальмологическое обследование с последующим определением величины зрительного дефицита по остроте зрения без коррекции и максимальной корригированной остроте зрения. При этом для обоих показателей использовалась единая градация величины зрительного дефицита: до 0,20; 0,21-0,30; 0,31-0,40; 0,41-0,50; 0,51-0,60; свыше 0,61. У пациентов с катарактой и ПОУГ, включенных в исследование, определялась степень выраженности когнитивных нарушений по шкале Mini-Mental-State-Examenation (MMSE).

Результаты. Анализ степени выраженности когнитивных нарушений у пациентов пожилого возраста с остротой зрения до 0,20 выявил наличие деменции средней степени тяжести по шкале MMSE. При остроте зрения без коррекции среди обследованных пациентов от 0,21 до 0,30 когнитивные нарушения соответствовали также, как и при остроте зрения без коррекции до 0,20, средней степени тяжести. Однако у пациентов с более низким зрительным дефицитом (0,31-0,40) когнитивный статус верифицирован как лёгкая деменция. Острота зрения без коррекции в диапазоне от 0,41-0,50 не оказала существенного влияния на изменение когнитивного профиля пациентов с офтальмопатологией по сравнению с предыдущим зрительным дефицитом 0,31-0,40, и когнитивный статус соответствовал деменции легкой степени. При остроте зрения без коррекции, равной 0,51-0,60 и свыше 0,61, средний балл шкалы MMSE статистически значимо не различался ($p > 0,05$), а когнитивные нарушения являлись субъективными когнитивными расстройствами.

При крайне низкой максимальной корригированной остроте зрения – до 0,20 – у пациентов отмечалась тяжелая деменция. Выраженное снижение когнитивных функций установлено и при максимальной корригированной остроте зрения, равной 0,21-0,30, когда степень ментальных нарушений соответствовала деменции средней степени тяжести. У пациентов с максимальной корригированной остротой зрения 0,31-0,40 и 0,41-0,50 не установлено статистически значимых различий в величине среднего балла, а когнитивные нарушения в обоих случаях соответствовали легкой деменции.

Выводы. Повышение зрительного дефицита, установленного на остроте зрения без коррекции и максимальной корригированной остроте зрения, у пожилых пациентов с катарактой и глаукомой сопровождается ухудшением гериатрического статуса с развитием деменции средней степени тяжести и тяжёлой деменции. Острота зрения без коррекции и максимальная корригированная острота зрения имеют достоверную прямую умеренную корреляционную связь с показателями шкалы MMSE, что свидетельствует об ухудшении когнитивного профиля пациентов 60-74 лет с катарактой и глаукомой вследствие развития выраженного зрительного дефицита.

ОПЫТ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ И МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В СПБ ГБУЗ «ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 28 «МАКСИМИЛИАНОВСКАЯ»

Каларащук А.В.

СПБ ГБУЗ «Городская больница № 28 «Максимилиановская»

Аннотация

В докладе представлен опыт организации социальной работы на базе стационара. Раскрыта значимость слаженного взаимодействия между различными ведомствами при оказании медико-социальной помощи оказании. В докладе обозначена специфика стационара, порядок госпитализации на стационарные отделения и порядок курации пациентов выездной патронажной службой. Обозначена роль социальных работников и нюансы их работы на разных отделениях стационара. Озвучены сложности межведомственного взаимодействия. Обозначены перспективы развития, к которым хочется стремиться.

История нашей больницы началась с открытия лечебницы св. Лазаря для проходящих больных, преимущественно бедных, в 1850 г. Попечителем был герцог Максимилиан Лейхтербергский. В 1852 году после кончины герцога Лейхтербергского в "ознаменование особенной признательности к памяти покойного" лечебницу назвали Максимилиановской. Имя, которого больница носит и по сей день, продолжая славные традиции, заложенные более 150 лет назад при ее основании.

В структуре коечной мощности стационара из 305 развернутых коек – 225 коек паллиативного профиля. Это два отделения паллиативной медицинской помощи на 96 коек и 3 отделения сестринского ухода на 120 коек. Функционирует выездная патронажная служба на 800 тысяч взрослого населения, для курации паллиативных пациентов на дому, амбулаторно. В штате каждого отделения имеются социальные работники – 6 человек. Наш стационар – единственное в своем роде государственное учреждение с такой коечной мощностью.

Госпитализация на отделения паллиативного профиля осуществляется исключительно в плановом порядке. Существует электронная очередь. Постановку, на которую осуществляют врачи многопрофильных стационаров или поликлиник. Наши пациенты — это любой пациент старше 18-ти лет с соматическим заболеванием в терминальной стадии, кроме онкологического.

Существует разница в порядке госпитализации на отделения сестринского ухода и отделения паллиативной медицинской помощи. Для госпитализации на отделение сестринского ухода лечащий врач (многопрофильного стационара или поликлиники) должен выписать направление и поставить пациента на электронную очередь на госпитализацию, заполнив необходимые данные. Для госпитализации на отделение паллиативной медицинской помощи направление не нужно, а необходимо заключение врачебной комиссии о признании пациента нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи.

В настоящее время выездная патронажная служба работает параллельно со стационаром и оказывает помощь более 400 пациентов. Медицинская сестра делает от 5 до 7 посещений в день. Врач посещает пациентов при постановке на учет и в плановом порядке не реже 1 раза в месяц. При наличии показаний частота вызовов увеличивается. При необходимости больной госпитализируется по согласованию с заведующим отделением.

В выездной патронажной службе помимо медицинской помощи активно ведется медико-социальная работа. Работа соцработника ВПС направлена на повышение качества жизни пациентов, обеспечение услугами социального значения. Выявляются проживающие, нуждающиеся в социальной помощи того или иного характера, выясняются их интересы и потребности, трудности и проблемы. Активно проводится работа по оформлению документов на получение сложных технических средств реабилитации для пациентов с хронической дыхательной недостаточностью (инсуфляторы, кислородные концентраторы, аппараты НИВЛ), система компьютерного управления взором ТОВИ для пациентов с боковым амиотрофическим склерозом. Одно из приоритетных направлений медико-социальной работы отделения – поддержка семей, осуществляющих многолетний уход за пожилыми родственниками на дому.

Поддержка осуществляется в виде консультаций, при возникновении необходимости – госпитализации (в рамках действующих нормативных актов, пациентов, признанных врачебными комиссиями, нуждающимися в оказании паллиативной помощи), а также на период отпусков родственников или решения ими других социально значимых вопросов.

Социальный работник выездной патронажной службы устанавливает причины социального неблагополучия, определяет характер и объемы необходимой социальной помощи и услуг, содействует их предоставлению. Составляет «социальный паспорт» семьи, осуществляет социальный патронаж, оказывает помощь в подготовке и оформлении документов для принятия нуждающихся на постоянное или временное социальное обслуживание, для опеки и попечительства, госпитализации, консультирует граждан по социальным вопросам.

На отделениях паллиативной медицинской помощи и сестринского ухода несколько другая специфика работы специалистов по социальной работе. Основные направления социальной работы на отделениях это: восстановление утраченных документов, вопросы установления личности и восстановления гражданства, оформление инвалидности, оформление пенсии, постановка на социальный учет лиц без определенного места жительства и помощь в дальнейшем жизнеустройстве.

Одним из самых важных аспектов в такой работе – это работа с родственниками. Прежде всего это поиск родственников, как ни прискорбно, но многих родственников сначала необходимо разыскать. Проведение разъяснительных бесед с ними, консультирование и предоставление необходимой информации в рамках своих компетенций, а также моральная поддержка и эмоционально-психологическая помощь.

Социальные работники принимают активное участие в дальнейшем жизнеустройстве наших пациентов. Заключается это в следующем: организация в учреждения временного или постоянного проживания, отправка в другие регионы РФ или страны СНГ/бывшие республики СССР и организация надомного социального обслуживания.

В процессе работы мы сталкиваемся с необходимостью взаимодействовать с различными ведомствами. Очень важно именно наладить межведомственное взаимодействие. Это и учреждения социального обслуживания населения ЦОСО, подразделения УМВД и УФСМС, МСЭ.

В работе с лицами БОМЖ невозможно без взаимодействия с Центром учета и социального обслуживания граждан РФ без определенного места жительства, Дома ночного пребывания для лиц БОМЖ, Межрегиональная благотворительная общественная организация помощи бездомным «Ночлежка», Санкт-Петербургская общественная благотворительная организация «Покровская община», Мальтийская служба помощи, Ночлежный дом и другие благотворительные религиозные организации.

В процессе работы мы достаточно часто сталкиваемся с трудностями: сложности межведомственного взаимодействия, отсутствие преемственности и маршрутизации пациентов. Препятствиями на пути развития становятся: ригидность системы, не вовлеченность медицинских работников смежных организаций; отсутствие понимания у специалистов на местах что представляет собой паллиативный пациент, что может привести к несвоевременной оценки тяжести состояния и прогнозов по инкурабельности диагноза, и как следствие: пациент либо не вовремя получает помощь, либо вовсе остается лишенным качественной паллиативной медицинской помощи.

К сложностям в работе соцработников также можно отнести: дефицит информации об обновлениях в законодательстве по социальной работе, отсутствие доступа к социальному регистру Санкт – Петербурга, бюрократические препоны при взаимодействии с органами УМВД.

Не миновали нас и сложности взаимодействия с родственниками пациентов. У тяжелых пациентов всегда сложная жизненная ситуация. Подчас вместо помощи и содействия, встречаемся либо с сопротивлением, либо с безграмотностью, когда родственники не выполняют в полной мере назначения, а делают по своему усмотрению, как считают нужным. Огромную сложность в работе нам создают завышенные ожидания и требования родственников пациентов, и низкая ответственность за судьбу родственников.

Какими нам видятся перспективы развития медико-социальной службы? Актуализация нормативной базы, повышение значимости и статуса социальных работников в медицинских организациях в качестве социального координатора. Этому могут способствовать организация и проведение регулярных собраний/конференции для обмена актуальной информацией/сведениями. Участие в межведомственном взаимодействии по вопросам создания системы долговременного ухода наравне со всеми заинтересованными ведомствами.

Уникальность нашего учреждения заключается в том, что мы являемся крупнейшим медицинским учреждением Санкт – Петербурга, занимающимся медико–социальной работой пациентов паллиативного профиля. Сотрудники больницы оказывают полное медико-социальное сопровождение, помогают в решении любых социальных вопросов всех без исключения категорий граждан.

В заключении уместно вспомнить цитату Аристотеля, которая очень созвучна рассматриваемой теме: «В чем смысл жизни? Служить другим и делать добро»!

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

К ВОПРОСУ О ПЕРЕДАЧЕ СОЦИАЛЬНЫМ РАБОТНИКАМ ЧАСТИ ФУНКЦИЙ МЛАДШЕГО И СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Социальные работники входят в число специалистов, наиболее тесно контактирующих с лицами, нуждающимися в медико-социальной помощи. У подавляющего числа получателей социальных услуг, помимо медицинских, имеется целый ряд социальных проблем. При этом недостатки во взаимодействии между медицинскими организациями и сотрудниками органов социальной защиты проявляются в первую очередь в ухудшении качества жизни лиц, находящихся в сложных жизненных обстоятельствах, отмечается некоторый дефицит специалистов, оказывающих социальную помощь населению.

Изучение мнения социальных работников о путях улучшения медико-социальной помощи населению выявило наличие ряда проблем в сфере медико-социальной помощи населению. Результаты данной работы дают основание заключить, что социальные работники, с одной стороны, вынуждены осуществлять значительное количество работ, которые не регламентированы их должностными обязанностями. С другой стороны, отсутствие необходимых компетенций не позволяет обеспечивать медико-социальную помощь потребителям медико-социальных услуг в достаточной мере. Причем обеспечение взаимодействия между медицинскими и социальными работниками в значительной степени ложится на плечи последних.

Специалистам по социальному обслуживанию приходится брать на себя ряд функций медиков (осмотр, временная остановка кровотечения, измерение артериального давления). Эти данные демонстрируют необходимость определенного расширения компетенций социальных работников, а также разработки четкого механизма разделения функций и объема работы медицинских и социальных специалистов.

В заключении авторы исследования подчеркивают целесообразность передачи социальным работникам части функций младшего и среднего медицинского персонала.

Источник: Королев М.А. Мнение социальных работников о путях совершенствования медико-социальной помощи населению // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022. №2.

ПРЕАНАЛИТИЧЕСКИЙ ЭТАП. ПЕРЕЗАГРУЗКА.*Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н.*

ФГБОУ «СЗГМУ им.И.И.Мечникова»

Аннотация

В образовательных программах по сестринскому делу до сих пор остается много учебного материала, представленного без учета имеющихся научных данных, с одной стороны, а, с другой, судя по контенту, преследующего цель сформировать самые базовые компетенции так называемого 1 уровня усвоения. Одним из таких вопросов остается вопрос участия медицинской сестры в подготовке пациента к обследованию, к сбору анализов и т.п.

Цель: обзор научной литературы, анализирующий указанный раздел работы медицинской сестры с использованием электронной базы данных Киберленинка

Результаты: найдено ограниченное число публикаций о совершаемых ошибках на так называемом преаналитическом этапе, за которые отчасти несет ответственность и медицинская сестра. Одной из проблем называется непонимание медицинскими сестрами значимости проводимой подготовки для постановки диагноза и дальнейшего лечения пациента.

Выводы: существует необходимость пересмотра учебного материала по указанному разделу сестринской работы с учетом имеющихся научных данных и изменение уровня усвоения учебного материала с применением в процессе обучения соответствующего подхода, формирующего когнитивные функции более высокого порядка.

Abstract

The nursing curriculum is still old fashioned learning materials oriented and ignores existing scientific data, and, according to the content, aiming at the development of the most basic cognitive competencies. One of these issues is that of nurse's participation in the patients' preparation for examination, collecting biomaterials, etc.

Purpose: to review scientific literature analyzing this section of the nursing work through using the Cyberleninka electronic database

Findings: Several publications were found about the errors made at the preanalytical stage, which a nurse is partly responsible for. One of the problems is misunderstanding of the importance of patients' preparation nurses are expected to provide for the diagnosis and further treatment.

Conclusions: there is a need in revising a learning material related to this part of the nursing work, taking into consideration scientific data available, and in changing a level of assimilation of educational material by using an appropriate approach to the learning process that develops higher-order cognitive functions.

ЧТО ТАКОЕ ПРЕАНАЛИТИЧЕСКИЙ ЭТАП?

Более 70% врачебных решений принимается на основании полученных результатов лабораторных исследований. При этом отмечено, что в 65% случаев результаты лабораторных исследований, выполненных по неотложным показаниям, приводят к коренному изменению терапии, что позволяет спасти жизни пациентов [7].

Преаналитический этап входит в цепочку этапов, связанных с проведением лабораторных анализов, и подразделяется на внутрилабораторную и внелабораторную фазы. К сестринской

деятельности относится внелабораторная фаза, которая включает в себя: прием и назначение пациенту необходимых лабораторных исследований, составление направления на бактериологическое исследование, получение пациентом инструкций медицинской сестры об особенностях подготовки к сдаче анализов или сбору биологического материала, взятие проб биологического материала у пациента, его правильное хранение и транспортировку [12].

Задача всех участников процесса заключается в том, чтобы как можно меньше изменить состав взятого у пациента образца и в результате анализа отразить с наибольшей точностью его составные и свойства, которыми обладает этот материал в организме пациента, и правильно интерпретировать результат, чтобы получить достоверную лабораторную информацию [6].

Появление даже незначительных ошибок на преаналитическом этапе неизбежно приводит к искажению качества окончательных результатов. Как бы хорошо в дальнейшем лаборатория не выполняла исследования, ошибки на преаналитическом этапе не позволят получить достоверные результаты [2] и могут привести к:

- неправильной постановке диагноза;
- неправильно назначенному лечению;
- назначению дополнительных исследований;
- увеличению числа койко-дней, проведенных пациентом в стационаре;
- повышению стоимости лабораторного анализа из-за повторов и поломок лабораторных анализаторов;
- увеличению стоимости лечения [8].

По данным зарубежных исследований, на преаналитический этап лабораторного исследования приходится от 35 до 70% ошибок [8]. Вследствие лабораторных ошибок до 6% пациентов могут получать неправильное лечение, а примерно 19% назначаются ненужные дополнительные исследования, приводящие к удлинению сроков лечения [1].

По мнению Дорошенко И., Рыков А, для достижения качественного результата и исключения большинства ошибок преаналитический этап должен быть стандартизирован [5]. Именно отсутствие стандартизации различных методов сбора образцов, обработки, транспортировки и подготовке образцов, а также пренебрежение уже имеющимися руководствами или рекомендациями считается ведущим фактором, способствующими повышению количества ошибок на преаналитическом этапе [9].

Задолго до этого Эмануэль В.Л. предложил, учитывая закономерный рост внимания медицинской общественности, как организаторов здравоохранения, так и практикующих клиницистов к лабораторной медицине, заложить в этот процесс принципы научного подхода [11].

ОТКУДА БЕРУТСЯ ОШИБКИ?

Известные на сегодняшний день ошибки можно разделить на две категории: связанные с логистикой и связанные с подготовкой персонала к данному разделу работы. Среди известной причины ошибочных результатов редкое использование одноразовых инструментов для взятия и транспортировки биоматериала, неправильное взятие проб или неправильное использование инструментов, нарушение условий хранения и сроков транспортировки, неквалифицированный медицинский персонал, отсутствие стандартов качества [3]. Как показало исследование Чуркиной Л.Е., в котором было проанализировано 221 проба, основными ошибками были гемолиз, недостаточный объем проб [10]. Одним из ведущих источников преаналитических ошибок остается технически неправильный забор крови [13].

Откуда берутся ошибки? Прежде всего, от незнания, а также недопонимания важности этого процесса для получения качественного и достоверного конечного результата [3], что связано, безусловно, с профессиональной подготовкой в период обучения. Основными факто-

рами, которые влияют на процедуру венопункции, являются: недостаточная подготовка флеботомистов, плохое соблюдение существующих рекомендаций и отсутствие стандартизации [9].

Бесмысленно проводить некоторые исследования при определенных условиях питания. Так, питание ребенка безлактозной смесью делает бессмысленным исследование кала на углеводы, а стартовое обследование для постановки диагноза «целиакия» должно быть проведено в активном периоде заболевания до назначения безглютеновой диеты.

- Как результаты могут повлиять на постановку диагноза врачом?

Клиницист должен знать, понимать и учитывать влияние условий забора, хранения, транспортировки проб биоматериала, а также биологических, аналитических и ятрогенных влияний на результаты лабораторных исследований. С другой стороны, его важнейшая обязанность заключается в учете влияния патологических факторов, определяющих отклонение результатов лабораторных исследований, от «нормальных величин» или референтных интервалов [1].

Возможно, кто-то из преподавателей (большинством из которых остаются специалисты с высшим медицинским образованием) и обращает внимание студентов-будущих медицинских сестер на эти вопросы, однако эмпирический опыт – это одно, а научный подход и его отражение в учебных изданиях – это совсем другое. Однако, учебные пособия, если и перевыпускаются, то без учета имеющихся научных данных.

На данный момент уже были предприняты попытки установить потенциальные проблемы, для предотвращения которых можно спланировать определенные действия. Однако, решение некоторых из них упирается в логистику или администрирование.

Например, решение такой проблемы как «Нарушение техники взятия проб венозной крови» предлагается решить на уровне отдела по АХЧ: обеспечить пункты сбора крови полными комплектами системы взятия крови и исключить получение образцов через шприц.

Решение проблемы «Гемолиз в пробирках для получения сывороток»: подготовка СОП по процедуре венопункции с учетом действующих нормативных документов, в том числе, регламентирующих комплектность системы взятия крови.

Решение проблемы «Недозаполнение пробирок с антикоагулянтами КЗЕ и цитратом натрия 3,8% и 3,2%»: разработка и внедрение регламента контроля качества проб в КДЛ по признаку гемолиза (критерий приемлемости или отказа в приеме проб).

Однако остаются нерассмотренными проблемы, предотвращение или решение которых возможно, если пересмотреть контент соответствующей темы в рабочей программе по дисциплине «Основы сестринского ухода». В таблице 1 собраны проблемы, которые сегодня обсуждаются в научной литературе, и которые должны найти свое отражение в учебной программе и учебных материалах, предлагаемых как в системе СПО, так и в системе ДПО.

На сегодняшний день одним из разделов в сестринской образовательной программе по старинке остается вопрос участия медицинской сестры в подготовке пациента к обследованию, к сбору анализов и т.п. Эти функции считались составными системы мероприятий, которая и представляла собой сестринский уход [4].

Как правило, в процессе обучения основные акценты делаются на правилах сбора биоматериала и на некоторых особенностях подготовки пациентов к той или иной процедуре. Связываются ли эти вопросы с такими, как, например,

- Какие факторы влияют на достоверность результатов анализов?
- От чего зависит достоверность?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На сегодняшний день имеется достаточно научных данных, свидетельствующих о том, что традиционные взгляды и подходы в сестринском образовании, лишённые научной основы, являются причинами ряда проблем, отражающихся не только на качестве сестринской работы, но и на качестве медицинской помощи в целом. Следует обратить внимание на контент учебного материала, предлагаемого будущим специалистам Сестринского дела в медицинских техникумах и колледжах.

Таблица 1.

Факторы, влияющие на параметры биоматериала	Компоненты биоматериала, изменяющиеся под влиянием определенных факторов. Рекомендации
сдача нормативов по физкультуре в школе или интенсивная тренировка в спортивной секции накануне диспансеризации	может привести к ложной протеинурии, эритроцитурии, изменениям в общем анализе крови, биохимическом анализе крови, повышению уровня КФК и др. <i>Рекомендации:</i> Исключение физических нагрузок за 3 дня до исследования концентрации в крови креатинфосфокиназы (КФК), миоглобина, а также до общего анализа мочи (ОАМ)
иглы малого диаметра (25 калибра или менее)	связаны со статистически значимым увеличением содержания калия и других аналитов в сыворотке крови вследствие гемолиза
Иглы большого диаметра (больше 19-го калибра)	могут вызывать гемолиз из-за турбулентности, т. е. увеличения неламинарного кровотока
Компоненты металлической иглы (например, хром, железо, марганец и никель)	могут загрязнять образцы крови и мешать последующим химическим реакциям или ложно повышать уровень металлов в крови
Использование шприцев вместо вакуумных пробирок	частота гемолиза в образцах, собранных с помощью шприцев, в 200 раз выше, чем в пробирках с вакуумом. Это связано с высокой нагрузкой на мембраны эритроцитов во время движения поршня шприца.
Время доставки материала	<i>Рекомендации:</i> Доставка собранного материала должна осуществляться в максимально короткие сроки: в течение 2 ч с момента забора (если нет транспортных систем). В транспортных системах (флаконы и пробирки со специальными средами фабричного производства) возможна доставка биоматериала в течение 48ч
Компоненты резиновых пробок	могут загрязнять образцы крови и вызывать ошибки анализа, так как в производстве резиновых пробок используются некоторые металлы, такие как кальций, алюминий, магний и цинк. Другие потенциальные загрязнители, обнаруженные в резиновых пробках, включают серу, серосодержащие ускорители вулканизации, жирные кислоты и пероксиды
Антибиотики	<i>Рекомендации:</i> Материал для исследования должен забираться до назначения антибиотиков и биопрепаратов или через 2 недели после их отмены. При отсутствии положительного эффекта от проводимой антибактериальной терапии и тяжелом состоянии пациента, возможна отправка его биоматериала в микробиологическую лабораторию на фоне применения АБТ, но отбор материала должен проводиться до введения очередной дозы
Время суток	Самая высокая концентрация мочевой кислоты в крови приходится на утренние часы, и в течение дня колебания ее содержания могут составлять от +50 до -60%. Для кальция колебания в течение дня могут составлять 80%, от максимальных значений в 20:00 до минимальных – в 3:00.

Очищение кожи перед взятием образца крови спиртом.	Если алкоголь не высыхает полностью перед венепункцией, он может случайно попасть в пробу крови. Это загрязнение может вызвать гемолиз или помешать измерению уровня этанола в крови
Исследования крови НЕ натошак	возможны завышенные показатели концентрации глюкозы, триглицеридов, холестерина, липопротеинов. Сыворотка при этом становится хилезной (мутной), что может привести к искажению других исследуемых параметров.
Длительное голодание (дольше 24 ч)	может привести к искажению результатов: снижению концентрации глюкозы, повышению уровня триглицеридов
Стресс и волнение	могут вызвать кратковременный лейкоцитоз, привести к снижению концентрации железа; увеличению концентрации катехоламинов, альдостерона, кортизола, пролактина, ангиотензина, ренина, соматотропного и тиреотропного гормонов, альбумина, глюкозы, фибриногена, инсулина и холестерина
Сильное беспокойство, сопровождаемое гипервентиляцией	может вызвать дисбаланс кислотно-основного состояния, при этом возможно увеличение концентрации лактата и жирных кислот в крови
Загрязнение лабораторных проб инфузионными растворами и гепарином	Пробу крови не следует брать из катетера, в который проводится инфузия, а также из сосуда, расположенного проксимально от места стояния катетера
Алкоголь	может повлиять на изменение концентрации в крови таких параметров, как глюкоза, билирубин, мочевая кислота, липиды и холестерин, пролактин
Употребление кофе/чая перед забором крови	может способствовать ложному снижению концентрации магния и глюкозы в крови, а также повышению концентрации катехоламинов и ренина <i>Рекомендации:</i> Перед взятием крови можно пить воду
Курение	приводит к увеличению концентрации гемоглобина, количества эритроцитов, ретикулоцитов, среднего объема эритроцита и снижению количества лейкоцитов. Возможны изменения в лейкоцитарной формуле: снижение количества эозинофилов, увеличение количества нейтрофилов и моноцитов. Отмечено повышение активности g-глутамилтрансферазы на 10% при выкуривании пачки сигарет в день. Выкуривание сигареты за 1 ч до запланированного забора биоматериала повышает концентрацию в крови адреналина, кортизола, альдостерона и свободных жирных кислот
Физиологические факторы, связанные со стадией менструального цикла	При подготовке к гормональному исследованию концентрации гормонов в крови – фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона, пролактина, эстриола, эстрадиола, прогестерона – следует указать фазу цикла
Рентгенография, ректальное исследование, физиотерапевтические процедуры, ультразвукового исследования (УЗИ)	Кровь <i>Рекомендации:</i> Исследование крови следует проводить до или через несколько дней после указанных видов обследования)
Питание	Кровь <i>Рекомендации:</i> избегать изменений в питании на протяжении 24 ч до взятия крови

Список использованной литературы

1. Бражникова О. В., Гавеля Н. В., Майкова И. Д. Типичные ошибки на преаналитическом этапе проведения лабораторных исследований // Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2017. №4

2. Буланова Э.В., Фролова И.А. Инновационные решения для стандартизации преаналитического этапа в судебной гистологии // Судебная медицина. 2015. №2.
3. Валиуллина И.Р., Кулагина Л.Ю., Кадысева Э.Р. и др. Преаналитический этап как показатель качества бактериологического исследования // Практическая медицина, 2021. Том 19. № 4.
4. Гребнев, А.Л., Шептулин, А.А. (1991). Основы общего ухода за больными. Москва: «Медицина»
5. Дорошенко И., Рыков А. Обеспечение качества лабораторного тестирования: современные подходы. URL: <http://therapia.ua>
6. Ибрагимова Э.И., Аимбетова Г.Е., и др. Ошибки в лабораторной медицине: обзор литературы // Вестник АГИУВ. 2020. №1.
7. Кишкун А.А., Гильманов А.Ж., Долгих Т.И. и др. Организация преаналитического этапа при централизации лабораторных исследований. Методические рекомендации. Поликлиника. 2013; 2: 6–27. / Kishkun A.A., Gil'manov A.Zh., Dolgikh T.I. i dr. Organizatsiia preanaliticheskogo etapa pri tsentralizatsii laboratornykh issledovaniy. Metodicheskie rekomendatsii. Poliklinika. 2013; 2: 6–27. [in Russian]
8. Косцова Н.Г., Свиридова Т.Б. Контроль качества преаналитического этапа // Медицинская сестра. 2018. № 6. С. 46–52
9. Пискунов Д. П., Данилова Л.А., Пушкин А.С., Рукавишников С.А. Влияние экзогенных и эндогенных факторов на качество преаналитического этапа лабораторных исследований (Обзор литературы) // Клиническая лабораторная диагностика. 2020. №1.
10. Чуркина Л.Е. Аудит преаналитического этапа лабораторного исследования // Здравоохранение Югры. 2021. № 2. С.47-49
11. Эмануэль В. Л. Принципы обеспечения качества лабораторной диагностики // Ж. акуш. и жен. болезн.. 2007. №S1.
12. Стандарты сестринской практики. Практическое пособие для сестринского персонала амбулаторно-поликлинической сети. Сост. В.А. Ржутский, Г.В. Кулагина, Мн., БГУ. 2001.
13. Ialongo C., Bernardini S. Phlebotomy, a bridge between laboratory and patient. *Biochemia Medica*. 2016; 26(1): 17-33

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

РОЛЬ ГЕЛЯ АЛОЭ ВЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОЛЕЖНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Одной из наиболее распространенных проблем на ортопедическом отделении являются пролежни. В проведенном исследовании приняли участие 80 пациентов. В каждой группе обычный ежедневный уход для профилактики пролежней выполняли медсестры. Однако в экспериментальной группе в дополнение к обычному сестринскому уходу для профилактики пролежней два раза в день (в 9 часов и в 21 час) втирали чистый гель Алоэ Вера в уязвимые места (бедро, крестец и пятки), при этом в контрольной группе применяли плацебо (гель из воды и крахмала). На 3, 7 и 10-е сутки в обеих группах проводили оценку крестца, тазобедренного сустава и пяток на предмет признаков пролежней.

Результаты показали, что в обеих группах выявлены статистически значимые различия в частоте возникновения пролежней. Это означает, что гель Алоэ Вера может предотвратить возникновение пролежней в группе вмешательства.

Заключение

В связи с тем, что гель Алоэ Вера участвует в регуляции температуры определенных участков тела, а также отечности и болезненности кожи исследуемых участков у госпитализированных пациентов ортопедического отделения, рекомендуется его применение для профилактики пролежней у пациентов с риском развития пролежней.

Источник: Hekmatpou D, Mehrabi F, et al. The effect of Aloe Vera gel on prevention of pressure ulcers in patients hospitalized in the orthopedic wards: a randomized triple-blind clinical trial. *BMC Complement Altern Med*. 2018 Sep 29;18(1):264. doi: 10.1186/s12906-018-2326-2.

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ АБИЛИТАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ МЛАДЕНЦЕВ

Цуцунова М.Р.

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им.Мечникова»

Аннотация

подавляющее большинство глубоко недоношенных детей нуждается в длительном медицинском наблюдении и лечении. Когда патологическое состояние возникло в раннем возрасте, речь идет об абилитации, цель которой – формирование и развитие новых навыков у ребенка первых лет жизни.

Цель: анализ литературы с целью определения современного представления об оптимальных путях выхаживания маловесных пациентов

Результаты: поиски оптимальных путей выхаживания маловесных пациентов при пребывании в ОРИТ привели к появлению программы развивающего ухода и к таким ее составляющим, в частности, как тактильный контакт, «кенгуру», тонкий пальцевой тренинг по Е. Токовой.

Выводы: современная концепция абилитации маловесных пациентов должна найти свое отражение в программе по подготовке педиатрических медицинских сестер.

Abstract

The vast majority of profoundly premature babies require a long-term medical supervision and treatment. If a pathological condition occurred at an early age, it is a question of habilitation, aiming at the development of new skills in the child of the first years of life.

Purpose: to analyze the literature for a current concept of the optimal ways of nursing for the low-birth-weight patients to describe

Findings: the search for the optimal ways for the low birth weight patients to nurse during their stay in the Intensive Care Unit has led to the developmental care program including a tactile contact, a "kangaroo", and a fine finger training by E. Tokova.

Conclusions: the current concept of a low birth weight patients' habilitation should be reflected in the pediatric nurse curriculum.

Дети, родившиеся с очень низкой массой тела (от 1000 до 1500 г, ОНМТ), и экстремально низкой массой тела (менее 1000 г, ЭНМТ), составляют значительную долю пациентов ОРИТ в учреждениях перинатального профиля. Подавляющее большинство глубоко недоношенных детей (далее - ГНД) нуждается в длительном медицинском наблюдении и лечении.

При рождении морфологическая незрелость ЦНС крайней степени в сочетании с воздействием других факторов способствует формированию детского церебрального паралича (ДЦП), нейросенсорных нарушений, когнитивных, психоэмоциональных и поведенческих расстройств. По сведениям Научного центра здоровья детей РАМН, 30 % детей в возрасте 6 лет не готовы к обучению в школе, из них половина – в результате преждевременных родов. В

связи с этим проблемы здоровья ГНД и отдаленные результаты их выхаживания становятся с каждым годом все более актуальными.

Концепция «абилитация» (от латинского *habilis* – удобный, ловкий, приспособительный) включает в себя комплекс лечебно-педагогических мероприятий, направленный на предупреждение и лечение у детей раннего возраста патологических состояний, приводящих к стойке утрате возможности учиться, трудиться и быть адаптированным в обществе. Об абилитации идет речь в тех случаях, когда патологическое состояние возникло в раннем возрасте, поэтому основная ее цель – формирование и развитие новых навыков у ребенка первых лет жизни [5].

ПРОГРАММЫ РАЗВИВАЮЩЕГО УХОДА

У ГНД абилитация предусматривает оптимизацию условий выхаживания (оптимизация условий окружающей среды как с первых минут, так и в последующие месяцы жизни). Поиски путей улучшения микросоциальной среды маловесных пациентов при пребывании в ОРИТ велись давно. Наибольшую известность в 1980-е гг. получила программа развивающего ухода для отделений реанимации и интенсивной терапии *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (США). На ее основе в России также была создана программа раннего вмешательства в реабилитацию для недоношенных детей.

Основные задачи этого вмешательства заключались в разработке и внедрении методик ранней профилактики нейросенсорных и когнитивных нарушений у недоношенного ребенка, осуществлении мер психологической поддержки матери и других членов семьи, охранительный режим с минимизацией факторов окружающей среды (шума, светового воздействия, вибрации) с соблюдением правила «ТТТ» (тепло, тихо, темно), ограничение манипуляций, создающих «дефицит отдыха» у недоношенного новорожденного.

Повсеместно в ОРИТ неонатологического профиля практикуется максимальный отказ от «агрессивных», инвазивных методов диагностики и лечения. У матерей, с первых дней имеющих возможность активного участия в развитии своего ребенка, позитивно меняется эмоциональный настрой, появляется готовность продолжить абилитацию ребенка после выписки из стационара.

В создание развивающего ухода входит психолого-педагогическая коррекция. Научно доказана высокая результативность применения в условиях ОРИТ и в ПИТах таких методик как тактильный контакт, «кенгуру», тонкий пальцевой тренинг по Е. Токовой, музыкотерапия. Применение этих альтернативных методик улучшает показатели соматического здоровья и неврологический статус у детей, обеспечивая состояние эмоционального комфорта у матерей. При использовании этих методик обычно сочетают 2–3 метода физического воздействия с психоэмоциональной и/или психосенсорной коррекцией. Указанные методики рекомендуется использовать и после выписки ребенка из стационара.

Музыкотерапия

Музыкальная терапия – это арт-терапевтическое направление, использующее музыку и музыкальные инструменты в качестве средства коррекции эмоциональных отклонений, двигательных и речевых расстройств, отклонений в поведении, при коммуникативных затруднениях, а также для лечения различных соматических и психосоматических заболеваний [3].

Начало применения музыкотерапии недоношенных детей приписывают к 1971 году, когда независимо друг от друга были опубликованы статьи В. Катза и М. Сегалла про акустическую стимуляцию детей. Однако впервые музыку для выхаживания новорождённых предполагал использовать ещё Д.О. Отт в начале XX века, однако по организационным причинам ему не удалось это осуществить [6].

Цель использования методик музыкотерапии - помочь новорожденному ребёнку (особенно недоношенному) успешнее адаптироваться к внеутробным условиям существования путем снижения перинатального стресса, что подразумевает, в т.ч., нивелирование «акустического стресса», обусловленного как лишением привычной для него внутриутробной акустической среды, так и возникновением новой «механизированной» акустической среды стационара [2].

В развитии музыкальной терапии недоношенных детей выделяют 3 основных этапа:

- 1) развитие простой рецептивной музыкотерапии (проигрывание ребёнку различных видов записанной музыки);
- 2) появление сложных видов рецептивной музыкотерапии;
- 3) развитие активной музыкотерапии, направленной на диаду «мать-ребёнок».

Как показал метаанализ, живая музыка улучшает сон в трех из четырех исследований и частоту сердечных сокращений в двух из четырех исследований. Записанная музыка улучшила частоту сердечных сокращений в двух из шести исследований. Лучшие результаты кормления и сосания были отмечены в одном исследовании с использованием живой музыки и в двух исследованиях с использованием записанной музыки [8].

В ряде исследований изучали долгосрочные эффекты ритмического музыкально-терапевтического воздействия на недоношенных. Ритмическое воздействие звуков, имитирующих дыхание, издаваемых плюшевыми игрушечными медведями («дышащих медведей») приводит к улучшению паттерна сна у детей в возрасте 5 недель, а ритмическое воздействие вместе с покачиванием кроватки и звуками бьющегося сердца улучшают психическое развитие к 24 месяцам жизни.

Большой интерес и актуальность в развивающем уходе имеет методика музыкотерапии для недоношенных детей, разработанная в клинике Научного центра здоровья детей РАМН (включает в себя индивидуально подбираемые программы (музыка в записи) и пение кормящих матерей). По утверждению ряда отечественных авторов, сенсорные и эмоциональные воздействия являются своего рода немедикаментозными «ноотропами» для развивающегося мозга незрелого ребенка.

Подборка произведений для музыкотерапии при перинатальной патологии ЦНС зависит от ведущего синдрома восстановительного периода. Например, при синдроме угнетения ЦНС, вегетативно-висцеральных нарушениях, снижении сосательного и глотательного рефлексов рекомендуются прослушивать такие произведения, как 1 часть «Маленькая ночная серенада» В. Моцарта и вальсы из балетов П.И. Чайковского. При этом длительность прослушиваний составляет от 7 до 10–15 мин, что предпочтительнее делать в первой половине дня.

Синдром гипервозбудимости ЦНС, срыгивания и другие расстройства автономной вегетативной иннервации - показание для прослушивания музыкальных фрагментов в темпе адажио и анданте. Длительность прослушивания обычно 5–7 мин между кормлениями. Существует мнение, что при наличии у ребенка гипертензионно-гидроцефального синдрома лучше всего использовать негромкое «живое» пение матери.

Оральная стимуляция как часть развивающего ухода в неонатологии

Своевременный переход с питания через гастральный зонд на кормление из бутылочки/материнской груди влияет на сроки госпитализации, так как активное сосание является одним из важных критериев готовности ребенка к выписке. Трудности с налаживанием орального кормления чреваты увеличением частоты случаев нозокомиальной инфекции, повышением нагрузки на персонал и финансирования ввиду увеличения сроков пребывания в стационаре и задержки выписки, травматизации слизистых ротоглотки, пищевода и желудка по причине продолжительного нахождения гастрального зонда, что, в свою очередь, может негативно сказываться на артикуляции, пищевом поведении и процессах становления речи в дальнейшем.

Недоношенность, которая непосредственно влияет на зрелость лицевой мускулатуры, легочной функции, поведенческих паттернов, координации актов сосания и глотания, лидирует среди этиологических факторов, вызывающих трудности при переходе к оральному кормлению после назо-/орогастрального зонда и к исключительно грудному вскармливанию.

Первичный протокол оральной стимуляции был разработан сертифицированным специалистом в области патологии речи и языка Американской ассоциации речи, языка и слуха (ASHA) Деброй Бекман для улучшения оральной моторики у пациентов разных групп, в частности, пострадавших после ДТП, пациентов с расстройствами аутистического спектра, неврологических, гериатрических больных. S. Fucile и соавт. изменили протокол, адаптировав под нужды недоношенных больных - «Орально-моторное вмешательство для недоношенных детей» (далее - PИOMI) или Программа оральной стимуляции для недоношенных детей. Сокращено количество шагов в протоколе и продолжительность времени, необходимого для его выполнения, специально для глубоконедоношенных детей (29 нед постменструального воз-

раста). (Исходные 11 шагов ВОМI были объединены в 8 шагов, а 15 мин сокращены до 5–10) [4].

Техника выполнения также адаптирована к небольшому размеру ротовой полости, учтено правильное позиционирование для обеспечения надлежащей поддержки головы и шеи недоношенного ребенка, включены параметры толерантности, характерные для физиологических и поведенческих сигналов недоношенного ребенка.

В отличие от традиционных типов оральной стимуляции, описанных ранее в литературе, PИOMI предназначен для усиления функциональной реакции на давление, движения и контроля движений губ, щек, челюсти и языка. Щеки (снаружи и внутри), губы,

десны, язык и нёбо предлагается стимулировать по специальному протоколу пальцами оператора / матери / медсестры. Она идеальна не только для тех, кто не может реагировать на команды во время процедуры, так как не требует когнитивного участия субъекта, но и для глубоконедоношенных пациентов благодаря адаптации.

Замена пальца взрослого на стерильный манипулятор позволяет снизить риск инфицирования пациента. Дополнительные преимущества программы - профилактика нарушений речевого развития у недоношенных детей, а также профилактика некачественной гигиены полости рта, боязни чистки зубов и осмотра стоматологом ребенка в будущем за счет его привыкания к регулярному проведению манипуляций во рту

У детей, которым проводилась оральная стимуляция, эффективное сосание позволяло раньше начинать пробные кормления из бутылочки в среднем на 10 дней, быстрее отказаться от зондового кормления и перейти полностью на кормление из бутылочки с соской при достоверно меньшей массе тела. Довольно быстрый перевод ребенка на самостоятельное сосание позволил раньше прикладывать его к груди, что является дополнительным стимулом поддержания лактации у матери.

Как показало исследование, 14 детей, у которых использовались приемы оральной стимуляции, выписывались на исключительно грудном вскармливании, 15 – докармливались специализированной смесью; таким образом, 29 из 34 детей основной группы получали нативное

У детей, которым проводилась оральная стимуляция, эффективное сосание позволяло раньше начинать пробные кормления из бутылочки в среднем на 10 дней, быстрее отказаться от зондового кормления и перейти полностью на кормление из бутылочки с соской при достоверно меньшей массе тела. Довольно быстрый перевод ребенка на самостоятельное сосание позволил раньше прикладывать его к груди, что является дополнительным стимулом поддержания лактации у матери.

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Натуральные масла в неонатологии

Натуральные масла используются во многих странах как часть ухода за кожей новорожденных, однако исследований, подтверждающих эффективность этой практики с точки зрения доказательной медицины, немного, и они достаточно противоречивы.

В развитых странах исследования смягчающего эффекта кремов и мазей на вазелиновой основе показали, что, несмотря на улучшение состояния кожи, эти средства повышают риск тяжелых инфекционных осложнений, в том числе сепсиса.

Показано благоприятное влияние кокосового масла на состояние кожи у недоношенных детей. При этом обработка кожи подсолнечным маслом может нарушить созревание кожного барьера и увеличить ТЭПВ у недоношенных детей. Использование оливкового масла как наружного средства популярно во многих странах, однако опубликовано лишь небольшое количество исследований, свидетельствующих о его эффективности в качестве смягчающего средства. Более того, исследования показали, что, в отличие от подсолнечного масла, местное использование оливкового масла, преобладающим компонентом которого является олеиновая кислота, значительно повреждает кожный барьер и, следовательно, может способствовать развитию и усугублять существующий атопический дерматит, поэтому не рекомендуется использовать чистое оливковое масло для смягчения сухой кожи и массажа у младенцев, однако это не относится к косметическим средствам, в том числе разработанным и для детей, в состав которых входит оливковое масло.

Недостаточное количество доказательных данных, противоречивые результаты не позволяют рекомендовать использовать местные смягчающие средства на основе вазелина, а также пищевое подсолнечное, оливковое и горчичное масло в рутинной практике ухода за кожей недоношенного ребенка.

Источник: Рюмина И. И. и соавт. Методические рекомендации по уходу за кожей недоношенных новорожденных (проект) // неонатология: Новости. Мнения. Обучение. 2023. №1 (39).

материнское молоко. Это существенно сократило пребывание ребенка в стационаре в среднем на 9 дней по сравнению с контрольной группой.

В настоящее время среди методов, с помощью которых можно сократить длительность питания через гастральный зонд и помочь недоношенному новорожденному в становлении сосания, применяются такие как:

- ненутритивное сосание;
 - различные виды стимуляции: ольфакторная – запахом грудного молока; тактильная – различные вариации прикосновений и массажных движений матери и/или медработника; аудиальная; оральная; мандибулярная «поддержка» – поддержание щек и нижней челюсти оператором/матерью/медсестрой во время орального кормления;
 - «упражнения» на глотание – активное ненутритивное сосание с болюсным введением от 0,05 до 0,2 мл молока (минимальный объем, необходимый для инициации глотательного рефлекса) с помощью шприца объемом 1 мл непосредственно на медиально-заднюю часть языка, чтобы вызвать глотание
- Однако эффективность этих методик требует подтверждения в дальнейших исследованиях.

Ненутритивное сосание как часть развивающего ухода

Ненутритивное или непитательное сосание – сложно скоординированный акт взаимодействия мышц ротовой полости и ЖКТ, основанный на рефлексе сосания, при котором питательный субстрат не поступает в полость рта. До сих пор нет единого подхода к оценке сосания, а также не

существует общепринятой методики стимуляции сосательного рефлекса и сокращения длительности зондового питания, особенно у недоношенных новорожденных [1].

Ненутритивное сосание может осуществляться как сосанием груди, когда предварительно сцежено молоко, так и сосанием пальца матери, пустышки. Известно, что ненутритивное сосание опорожненной груди способствует созреванию самого навыка сосания, повышению объема вырабатываемого молока, увеличению продолжительности периода лактации и исключительно грудного вскармливания.

Использование в неонатальной практике пустышек и бутылочек с соской часто является предметом дискуссий, так как, по мнению многих исследователей, детские бутылочки и пустышки могут влиять на эффективность грудного вскармливания, изменяя паттерны сосания. В настоящее время существует неопределенность в отношении влияния пустышек на грудное вскармливание и его продолжительность.

Сосание пустышки или опорожненной груди поддерживает и развивает сосательный рефлекс, особенно на фоне длительного зондового кормления. Применение ненутритивного сосания сокращает время перехода от зондового к полному оральному кормлению и уменьшает продолжительность пребывания недоношенного новорожденного в стационаре [7].

Заключение

Неонатология не стоит на месте. Поиски оптимальных путей выхаживания маловесных пациентов при пребывании в ОРИТ продолжаются. Последние, как минимум, 10 лет, в научных публикациях обсуждаются программы развивающего ухода и его составные. Однако вопрос заключается в том, находят ли эти новшества отражение в образовательных программах для педиатрических медицинских сестер, формируются ли соответствующие компетенции. Однако об этом пока мало, что известно.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Боброва А.М., Рюмина И.И. и др. Значение ненутритивного сосания в становлении энтерального вскармливания недоношенного ребенка // Неонатология: новости, мнения, обучение. Том 11, № 2, 2023
2. Думов Е.Л., Nöcker-Ribaupierre M., Андрущенко Н.В., Иова А.С. Музыкотерапия недоношенных новорожденных детей, успехи и перспективы // Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, 2015, № 4, с. 76-83
3. Ильшева М.А., Угрюмова Н.В., Детков А.А. Решение проблемы социально-психологической реабилитации людей с ограниченными возможностями и после тяжелых заболеваний с помощью музыкальной терапии // Дискуссия 2016. №7. С.76-84
4. Кухарцева М. В., Боброва А. М. и др. Оральная стимуляция как часть развивающего ухода в практике неонатолога // Неонатология: Новости. Мнения. Обучение. 2023. №2 (40).
5. Лебедева О. В., Полянина Э.З. и соавт. Абилизация глубоко недоношенных новорожденных: значение и перспективы развития // Астраханский медицинский журнал. 2019. №1.
6. Сайт ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта». <http://www.ott.ru/ru/history>.
7. Lubbe W., Ten Ham-Baloyi W. When is the use of pacifiers justifiable in the baby-friendly hospital initiative context? A clinician's guide. BMC Pregnancy Childbirth. 2017; 17 (1): 130
8. van der Heijden MJ, Oliai Araghi S, et al. Do Hospitalized Premature Infants Benefit from Music Interventions? A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. PLoS One. 2016 Sep 8;11(9): e0161848. doi: 10.1371/journal.pone.0161848. PMID: 27606900; PMCID: PMC5015899.

К ВОПРОСУ О СТАНДАРТНОМ ПЛАНЕ УХОДА ЗА КОЖЕЙ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА

Цуцунава М.Р.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им.Мечникова

Аннотация

Цель – идентифицировать сестринские проблемы, связанные с уходом за кожей недоношенного ребенка, и предложить научно обоснованные решения

Методы поиска: стандартная стратегия поиска в базе данных Киберленинка и Pubmed

Результаты: установлено 12 проблем, которые нашли объяснение с научной точки зрения у российских и зарубежных специалистов

Выводы: имеющиеся научные данные, связанные с уходом за кожей недоношенного ребенка, могут составить основу сестринского процесса, а, именно, стандартного плана ухода за кожей недоношенного ребенка, что, безусловно, будет способствовать повышению качества сестринской помощи.

Abstract

Purpose: To identify nursing problems associated with a skin care of preterm infants and to propose evidence-based solutions.

Methods: a standard search strategy in the Cyberleninka and Pubmed databases

Findings: 12 problems were identified that were explained from a scientific point of view by Russian and foreign specialists

Conclusions: The available scientific evidence related to the care of a premature baby skin can form the basis of the nursing process, namely, a standard plan for caring for the skin of a premature baby, which will certainly contribute to improving the quality of nursing care.

Преамбула

В далеком 1998 году появились размышления на тему - «Как создать такую систему управления качеством, которая бы позволила, с одной стороны, предупреждать появление ошибок, с другой – выявлять их на начальном этапе и своевременно устранять».¹ При этом в стране уже действовал приказ № 249 Минздрава РФ (от 19.08.1997), в котором впервые в истории сестринского дела был отражен и рекомендован принципиально новый подход к организации сестринской работы - «сестринский процесс». Однако не все это понимали (и, чего греха таить, не все явно были знакомы с данным приказом, да и с самой концепцией «сестринский процесс»).

До этого организация сестринской работы фактически на протяжении 70 лет была полностью зависима от врачебных назначений и лишена какой-либо возможности пересмотреть суть сестринской работы. На примере «сестринского процесса» наши зарубежные коллеги пытались нам показать реальную возможность повышения качества сестринской деятельности

¹ Лисанов А. Управление качеством медицинской помощи, оказываемой медсестрами // Сестринское дело № 2. 1998. стр. 5-6

как раз за счет профилактики осложнений или предупреждении появления ошибок, возможности их выявления на начальном этапе и своевременного устранения.

Однако вышеупомянутый приказ канул в Лету, забыв обеспечить преемственность в цепочке последующих приказов, исходящих от Минздрава РФ, и, тем самым потеряв нити, связанные с «сестринским процессом», вернув *не напрягающий* традиционный подход в сестринской работе.

При этом в истории профессии остались некоторые следы сестринского процесса, которые обнаруживаются, по крайней мере, в научных публикациях, и в которых речь идет о сестринской работе, а именно, в названиях этих публикаций:

- Сестринский процесс в клинической токсикологии
- Управление сестринским процессом в городском кардиологическом центре
- Сестринский процесс в детском инфекционном отделении
- Организация сестринского процесса в гериатрическом учреждении
- Сестринский процесс при синдроме Дауна у новорожденных
- Сестринский процесс в стома-кабинете
- Сестринский процесс в гирудотерапии и др.

Использованная литература:

1. Волянюк Е.В., Закирова А.М. Пограничные состояния в периоде адаптации поздних недоношенных детей // ПМ. 2020. №6.
2. Рюмина И. И., Марычева Н. М. и соавт. Методические рекомендации по уходу за кожей недоношенных новорожденных (проект) // Неонатология: Новости. Мнения. Обучение. 2023. №1 (39).
3. McCall EM, Alderdice F, et al. Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birth weight infants. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Feb 12;2(2):CD004210.

Статус и миссия высшего учебного учреждения диктует необходимость быть в авангарде профессии и поддерживать либо находить, обосновывать и предлагать то, что будет способствовать ее развитию и улучшению результатов деятельности. Понимая значимость сестринского процесса и ни на йоту не сомневаясь в его ценности этого метода как реально гарантирующего пользу для пациента (так как, помимо обозначенных выше преимуществ, он также способствует интеллектуальному развитию специалистов), мы предлагаем проект «Проблемы пациента /недоношенного новорожденного», который мог бы лечь в основу стандартного плана ухода за недоношенными.

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

ПРИЧИНА	ВМЕШАТЕЛЬСТВА
Гипотермия, повышенный риск	
Сниженная функция кожи в процессе терморегуляции, незрелость кожи относительно большей площади поверхности тела; гипогликемия, снижение продукции сурфактанта, метаболический ацидоз; купание	для профилактики - пластиковый мешок (пленку), чтобы избежать избыточной тактильной стимуляции, обсушивание пеленкой не рекомендуется; в дальнейшем соблюдать все рекомендации по профилактике гипотермии, согласно принципам «тепловой цепочки»; первое купание необходимо отложить на несколько дней до стабилизации состояния
Кожа, раздражение	
см. выше	использовать теплую стерильную воду

Микрофлора кожи, измененная	
Стерильность новорожденных при рождении подвергается сомнению, некоторые исследователи обнаружили бактериальную ДНК в плаценте, амнионе и тканях погибших плодов, включая жизнеспособные бактерии, визуализированные и культивированные в эксперименте, в то время как другим не удалось найти доказательства микробной колонизации до рождения, за исключением случаев клинически значимой инфекции у матери	купание каждые 4 дня не оказывает отрицательного воздействия на микрофлору кожи (по сравнению с купанием через день)
Сон, ухудшение паттерна	
	Ритмическое воздействие звуков, имитирующих дыхание, издаваемых плюшевыми игрушечными медведями («дышащих медведей») приводит к улучшению паттерна сна у детей в возрасте 5 недель, а ритмическое воздействие вместе с покачиванием кроватки и звуками бьющегося сердца улучшают психическое развитие к 24 месяцам жизни.
Трансэпидермальная потеря влаги (ТЭПВ), высокая	
Новорожденным, родившимся на 30–33-й неделе беременности, требуется около 1 нед для нормализации ТЭПВ	ПО ПРОТОКОЛУ УЧРЕЖДЕНИЯ
Срыгивания и другие расстройства автономной вегетативной иннервации	
Особенностями ЖКТ недоношенных детей являются повышенная проницаемость кишечной стенки (быстрое всасывание микробов и токсинов в кровь), снижение ее тонуса (метеоризм, парез кишечника), дефицит пробиотиков, транзитное снижение активности лактазы и др.	Прослушивание музыкальных фрагментов в темпе адажио и анданте. Длительность прослушивания обычно 5–7 мин между кормлениями
Пеленочный дерматит	
Кожа в области подгузника предрасположена к раздражению при длительном контакте с мочой и калом, что приводит к увеличению гидратации и рН кожи.	Поддерживать поверхность кожи сухой с частой сменной подгузников и бережным очищением кожи теплой водой с жидким средством с нейтральным рН, также рекомендуются одноразовые влажные салфетки с нейтральным рН, не содержащие спирт и отдушек. Крем или мази, содержащие оксид цинка, используются как для профилактики, так и для лечения пеленочного дерматита. Регулярное применение защитного крема при каждой смене подгузника - обязательный компонент терапии пеленочного дерматита
Кожа, риск инфицирования	

Трение подгузника и мацерация кожи приводят к разрушению кожного барьера и повышению проницаемости для раздражающих веществ. Эти факторы способствуют инфицированию кожи патогенными микроорганизмами и воспалению, в частности <i>Candida albicans</i> и <i>Staphylococcus aureus</i> , β -гемолитический <i>Streptococcus spp.</i> , <i>E. coli</i> и <i>Bacteroides spp</i>	
Пролежни	
У недоношенных детей до 32 нед ГВ пролежни могут возникать на любой части тела вследствие низкого содержания подкожного жира, который у более зрелых детей способствует равномерному распределению давления на большей площади поверхности, тем самым снижая давление в одной конкретной точке	гелевые матрасы, овчина; основное внимание уделять оценке состояния кожи и предотвращению пролежней при ежедневном уходе
Губы, повреждения	
в результате трения и давления при закреплении эндотрахеальных трубок	Для уменьшения давления или при закреплении интубационных трубок, катетеров рекомендуется использовать повязки с полимерными гелями, чтобы свести к минимуму давление на пораженный участок
Кожа, повреждения в виде глубоких эрозий	
<p>Интубационные трубки, датчики температуры кожи, датчики насыщения гемоглобина кислородом или внутривенные катетеры, питательные зонды, которые крепятся к коже с помощью пластыря</p> <p>Экстравазация растворов, вводимых внутривенно (растворы глюкозы, глюконата кальция; растворы для парентерального питания; гипертонические растворы; ионные или щелочные растворы, или инотропные препараты – дофамин, добутамин, адренилин).</p>	<p>Регулярное изменение положения датчиков и других устройств (не реже чем каждые 6 ч), осмотр и оценка состояния (отек, покраснение, побледнение, боль и/или подтекание раствора) места введения катетера не реже 1 раза в час.</p> <p>Не существует единых рекомендаций лечения поврежденных тканей при экстравазации растворов, рекомендуется симптоматическое лечение в зависимости от стадии повреждения: нанесение антисептических кремов с сульфадиазином серебра, с 0,2% хлоргексидином или без него либо обработка мазью, содержащей фибринолизин и дезоксирибонуклеазу, оперативное иссечение тканей в области некроза.</p>
Гипогликемия	
У недоношенных детей многочисленные причины для развития гипогликемии: меньше энергетических запасов (гликоген печени и жир); более высокие концентрации инсулина; гораздо хуже развиты механизмы гликонеогенеза.	Мониторинг глюкозы в течение раннего периода адаптации

ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ ИЛИ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА ЧЕРЕЗ ШЕСТЬ ЛЕТ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ НАЦИОНАЛЬНОГО СТАНДАРТА...

Цуцунава М.Р., Подопригора Г.М.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им.Мечникова

Аннотация

Введение Национального стандарта Российской Федерации «Надлежащая медицинская практика. Инфолингвистическая модель. Профилактика пролежней» подразумевало реорганизацию сестринской работы с целью внедрить в сестринскую практику инновацию, представленную современной методологией оценки степени риска развития пролежней с последующей разработкой программы профилактики. Реорганизация сестринской практики на фоне внедрения какой-либо инновации требует проведения оценки ее эффективности, что возможно посредством организации и проведения научного исследования. Гипотетически, за шесть лет должны были появиться оригинальные исследования и научные данные, обобщение которых поможет определить перспективы решения такой проблемы как пролежни. Отсутствие научных данных, нацеленных на оценку инновационных вмешательств, лишает возможности установить эффективность инновации и, что более важно, препятствует какому-либо улучшению сестринской практики.

Цель - обобщить опыт применения Национального стандарта за последние шесть лет (при наличии публикаций, его освещающих) в медицинских организациях страны.

Задачи: найти доказательства эффективности стандарта и применения его рекомендаций в сестринской практике, ответить на вопрос: Есть ли тенденция к снижению распространения пролежней в стационарах? На дому? Насколько изменилась концепция «профилактика пролежней» за последние шесть лет?

Методы: поиск литературы в научной электронной библиотеке «Киберленинка» за период с 2018 года по настоящее время с применением таких ключевых слов как пролежни, профилактика пролежней, национальный стандарт по пролежням, инновации в сестринской практике. Критерии включения статей в обзор – оригинальные исследования за период с 2018 г по настоящее время. Дополнительно поиск проводился на сайте ELibrary.

Результаты: из найденных 100 статей, предложенных указанными сайтами по вышеуказанным ключевым словам, не было ни одного оригинального исследования, освещающего результаты применения в сестринской практике рекомендаций Национального стандарта. В статье от 2017 года был дан анализ и оценка новоявленного стандарта. В статье от 2018 года была описана концепция «профилактика пролежней». В двух статьях были рассмотрены относительно новые направления (для Сестринского дела) в изучении факторов, определяющих развитие пролежней.

Выводы: отсутствие оригинальных исследований в выше названных электронных библиотеках не может означать то, что их вообще нет в природе, учитывая определенные проблемы, связанные с работой электронных научных библиотек, а также замедленные темпы цифровизации печатных материалов, хранящихся в обычных библиотеках.

Ключевые слова: Национальный стандарт по профилактике пролежней, пролежни, профилактика пролежней, инновации в сестринской практике

1 ноября 2017 года был введен национальный стандарт Российской Федерации «Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней». Разработанная модель преследовала реализацию таких задач как, в частности, определение алгоритмов профилактики пролежней и внедрение современной методологии оценки степени риска развития пролежней, составление программы профилактики. В целом, стандарт преследовал цель улучшение качества медицинской/сестринской помощи, а, именно, нивелирование такой проблемы как пролежни.

Анализ данного документа, проведенный в 2017 году, выявил такие его преимущества как включение новых научных данных, обновление законодательной базы, наличие статистических данных, дополнительной информации для пациента и лиц, ухаживающих за пациентом, включение классификации средств по уходу за тяжелобольным пациентом, применяющихся для профилактики пролежней, включение шкал для оценивания пролежней. Особенно был выделен факт внесения в Протокол сведений о Школе ухода за пациентом, а также перечень негативных технологий профилактики и лечения пролежней, т.е. тех технологий, которые не дают профилактического и лечебного эффекта [2].

Однако авторы упустили еще один значимый аспект: новый стандарт позволял рассматривать возможность применения не только шкалы Ватерлоу, но и других инструментов, разработанных с той же целью - определять риск развития пролежней. Среди них - шкала Нортон (Norton, 1962) [7] и Меддлей (Meddley, 1991), шкала Брейден (Braden, 1987) [3]. Следует подчеркнуть, что, по сравнению со шкалой Ватерлоу, у шкалы Нортон есть определенные преимущества: она не требует значительных усилий и позволяет при минимальных затратах времени оценить степень риска развития пролежней, чем объясняется ее популяризация в клинической практике [4].

В результате введения Национального стандарта, в 2018 году концепция «профилактика пролежней» несколько изменилась. Например, в работе Ульяновой О.В. концепция описана следующим образом: содержание кожи в сухости и чистоте; ежедневный осмотр участков высокого риска развития пролежней; определение риска развития пролежней по шкале Ватерлоу; ежедневный туалет антисептиками всей поверхности тела пациента; частая смена положения тела больного с высоким риском по шкале Ватерлоу - каждые 2 часа днем и 4 часа - ночью; использование водных/воздушных противопролежневых матрасов, систем и гелевых подушек/валиков; оптимальная гидратация и купание пациента [6].

По большому счету данная концепция незначительно отличается от концепции 2008 года [5], и шкала Ватерлоу, разработанная в Великобритании еще в 80-х годах прошлого века, могла появиться в концепции в 2008 году, так как появилась она в соответствующем ОСТе намного раньше, еще в 2002 году (Приказ от 17 апреля 2002 г. N 123 «Об утверждении отраслевого стандарта "Протокол ведения больных. Пролежни"). При этом, как известно, особенность ОСТов того периода заключалась в том, что они носили всего лишь рекомендательный характер (хочешь – прими на вооружение, не хочешь – игнорируй!)

В 2022 году в концепцию «профилактика пролежней» были добавлены такие мероприятия как контроль гидратации пациента и проведение адекватной нутритивной поддержки [4].

Если все эти мероприятия действительно включаются в сестринский план ухода за пациентами, попадающими в группу риска, должны быть соответствующие научные данные, критически оценивающие проводимые мероприятия (как и должно быть в отношении любого ресурсо-затрачиваемого проекта). Эти научные данные необходимы для того, чтобы, в первую очередь, пропагандировать положительный опыт, с другой – продолжать оттачивать этот зачастую бесконечный перечень профилактических мероприятий.

Результаты поиска данных. Обсуждение. Ограничения в работе

Несмотря на шестилетний период, прошедший с момента введения Национального стандарта в стране, на сегодняшний день доказательства его применения в сестринской практике и, что более важно, оценка эффективности сестринской работы в этом направлении отсутствуют.

Для поиска данных была выбрана одна из крупнейших научных электронных библиотек в стране – Киберленинка (cyberleninka.ru), простота и удобство работы с которой оценивается многими пользователями. Однако в результате поиска не было найдено ни одного оригинального исследования, представляющего интерес для данной работы.

Дополнительный поиск был проведен на сайте ELibrary (elibrary.ru). Однако и здесь поиск показал «нулевой» результат. При этом работа с перечнем предложенных публикаций показала весьма странную тенденцию объединять в одной публикации два диаметрально противоположных вопроса: профилактика и лечение, тем более при наличии Национального стандарта.

Однако можно попытаться объяснить полученный результат. Научные электронные библиотеки обладают рядом преимуществ, среди которых выделяется возможность электронного представления самой разнообразной информации, тиражируемой в неограниченном количестве и оперативно доступной по глобальным компьютерным сетям независимо от времени обращения к ней и местонахождения пользователей [1].

Однако «минусы» тоже есть. Например, загрузка материалов. Ее может проводить либо специалист из библиотеки (обычно за определенную плату), либо владелец материалов. Для загрузки предусмотрен алгоритм, который можно разбить на техническую составляющую и интеллектуальную. Именно работа с интеллектуальной составляющей может повлиять на качество загрузки публикаций в библиотеку и возможность ее найти заинтересованному пользователю.

Техническая составляющая предусматривает загрузку такого компонента как *ключевые слова*, то есть, те самые слова, которые помогают легко найти нужный материал (при его наличии, конечно же). Интеллектуальная составляющая здесь также налицо. Автор или авторы публикации должны позаботиться о том, чтобы его статью можно было бы легко найти. Для этого требуется тщательно продумать перечень ключевых слов, характеризующих публикацию. Можно предположить, что именно ограниченный и изначально не продуманный до конца перечень ключевых слов, указанных при загрузке публикации, и затруднил поиск требуемой литературы.

Таким образом, категорически утверждать об отсутствии оригинальных исследований, посвященных оценке сестринской практики, направленной на профилактику пролежней с учетом рекомендаций Национального стандарта, было бы ошибочно. Очевидно, что сегодня поиск литературы следует проводить и в учреждении, собирающим и осуществляющим хранение произведений печати и письменности для общественного пользования, а также ведущим справочно-библиографическую работу [8], а, по-простому, - в обычной библиотеке.

Заключение

При реализации практического любого проекта требуется проведение его оценки, а также оценки того инновационного вмешательства, которое составляет ядро проекта. Сопутствующим продуктом проекта является научное исследование, оценивающее его эффективность. Введение Национального стандарта по профилактике пролежней предусматривало разработку проекта по внедрению ряда вмешательств в сестринскую практику, нацеленных на профилактику пролежней, а, значит, и проведение научного исследования.

Гипотетически, за прошедшие шесть лет с момента введения Национального стандарта должны были появиться оригинальные исследования, оценивающие сестринскую практику,

которая должна была измениться с учетом рекомендаций Национального стандарта и показать результативность мероприятий, включенных в стандарт.

Поиск работ, который проводился только в электронных библиотеках, не выявил ни одного исследования. Однако утверждать об отсутствии таких исследований будет ошибочным, так как в поиске не были задействованы обычные библиотеки, где цифровизация печатных научных материалов едва ли поспевает за временем. Таким образом, сегодня, при работе с научной литературой следует, помимо электронных библиотек, обращаться и к фондам книгохранилищ.

P.S. Введение Национального стандарта не поставило крест на изучении факторов развития пролежней. В частности, в 2021 году появились данные об особенностях субпопуляций Т-лимфоцитов периферической крови у больных пролежнями и перспективах разработки новых методов профилактики пролежней за счет регуляции иммунных процессов, а это значит, что концепция профилактики пролежней будет меняться.

И здесь возникает вопрос: Рассматривается ли роль, которую может сыграть медицинская сестра в профилактике пролежней с учетом этих и других научных данных? И еще: Не пришло ли время заняться подготовкой новой редакции Национального стандарта?

Использованная литература

1. Аманова С., Танрыбердиев Т., Гурбанова Г. История создания электронных библиотек // Символ науки. 2023. №2-2.
2. Бурковская Ю.В., Камынина Н.Н. Пролежни и практическое применение актуализированного госта по их профилактике // Медицинская сестра, 2018. № 8. С. 12-19
3. Дибиров М. Д. Пролежни: профилактика и лечение. Стационарозамещающие технологии // Амбулаторная хирургия. 2016; 1-2: 55-63.
4. Пасечник И.Н. и соавт. Пролежни: новые подходы к лечению // Лечащий Врач. 2022; 4 (25): 38-43.
5. Петров В.Н., Захарчук А.Г. Пролежни: сестринский уход // Российский семейный врач. 2008. №2.
6. Ульянова О.В. Профилактика инфекций мочеполовой системы и пролежней у больных с ОНМК в острый и санаторно-курортный периоды // Вестник физиотерапии и курортологии № 3, 2018. С. 188
7. Norton D., McLaren R., Exton-Smith A. N. An Investigation of Geriatric Nursing Problems in Hospital. Churchill Livingstone, London, 1962. P. 193-224.
8. Википедия

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
«СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
2023, № 33

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