

2023, № 34

## 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» им. Э.С.Пушкиной

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

**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» им. Э.С.Пушкиной

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

**Сафонова Ю. А.**, д.м.н, профессор кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» им. Э.С.Пушкиной

**Петрова В.Б.**, к.м.н., ассистент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» им. Э.С.Пушкиной

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

**Аристидова С.Н.**, зав.уч.ч., ассистент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И.Мечникова» им. Э.С.Пушкиной

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 Ци-  
тирования – Science Index)

Адрес редакции:

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

Оригинал-макет –

Цуцунава М.Р.

Онлайн версия журнала

доступна на сайте ПРОО МРСП

[amspiter.ru](http://amspiter.ru)

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

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, № 34

# СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ®

<b>ПРОО МРСП</b> .....	3
<b>ЭССЕ</b>	
<b>Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н.</b> БАКАЛАВРИАТ. ПЕРСПЕКТИВЫ ТРУДОУСТРОЙСТВА.....	5
<b>ДИСКУССИЯ</b>	
<b>Цуцунава М.Р., Подопригора Г.М., Аристидова С.Н.</b> ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ: ПЕРСПЕКТИВА ДЛЯ МЕДСЕСТРЫ-БАКАЛАВРА? .....	10
<b>ЛЕКЦИЯ</b>	
<b>Лаптева Е.С., Цуцунава. М.Р.</b> ДЕЛИРИЙ. СЕСТРИНСКИЙ АСПЕКТ .....	16
<b>АНАЛИТИКА</b>	
<b>Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н.</b> УХОД ЗА РОТОВОЙ ПОЛОСТЬЮ.....ПРОТИВ БОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ.....	23
<b>Цуцунава М.Р., Подопригора Г.М., Аристидова С.Н.</b> КОГДА ОЦЕНКА ПОД УГРОЗОЙ ПРЕДВЗЯТОСТИ ИЛИ К ВОПРОСУ О ГОТОВНОСТИ СЕСТРИНСКОЙ ПРОФЕССИИ К ВНУТРЕННЕМУ АУДИТУ.....	28

## Итоги работы ПРОО «МРСП» в 2023 году

### Уважаемые коллеги!

С момента проведения I отчетно-выборной конференции профессиональной региональной общественной организации «Медицинских работников Санкт-Петербурга» прошло 18 лет. За эти года наша организация стала активнее информировать медицинских работников и общественности Санкт-Петербурга о работе организации, в том числе об активном обучении в рамках непрерывного профессионального образования.

За 2023 год проведены следующие мероприятия:

Вебинар "Современная концепция санпросвет работы" (21.01.23) -194 чел.

Вебинар "СОПы в работе медицинской сестры. Внедряем и применяем правильно" (24.01.23) - 227 чел.

Вебинар "Вопросы участия медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе. Парентеральное питание" (31.01.23) -64 чел.

Вебинар "Теоретические и практические аспекты организации медицинской деятельности. Аккредитация, права и обязанности медицинских работников" (2.02.23) -269 чел.

Вебинар "Уроки пандемии" (3.02.23) -55 человек

Вебинар "Руки - самый дорогой инструмент медицинского персонала. Обработать и сохранить! Законодательство 2023 года и далее" (21.02.23) -324 чел.

Вебинар "Вопросы легального оборота наркотических средств в медицинской организации (сестринский аспект)" (27.02.23) -86 чел.

Вебинар ""Биологические пленки-вклад медицинской сестры в деструкцию, удаление и предотвращение образования. Законодательство 2023 года" (28.02.23) -225 чел.

Вебинар "Дезинфекционная деятельность в работе медицинской сестры. Теория и практика. Законодательство 2023 года и далее" (2.03.23) -154 чел.

Семинар "Роль медицинской сестры в профилактике ИСМП с учетом новых требований нормативных правовых актов" (14.03.23) -71 чел.

Научно-практическая конференция "Современная концепция "управление качеством сестринской помощи" (24.03.23) -43 чел.

Семинар "Интеграция чистого воздуха в рабочее пространство медицинской сестры. Требования 2023 года - теория и практика" (25.04.23) -160 чел.

Научно-практическая конференция «Современная концепция «управление качеством сестринской помощи» (24.03.23) - 200 чел

25-26 мая -Форум. «Сестринское дело 21 век»-200 чел.

Семинар "Простая дезинфекция. Применение современных методов и средств обеззараживания в работе медицинской сестры" (26.06.23) -72 чел.

Семинар "Качество оказания медицинской помощи от закона через практику к инфекционному контролю" (25.05.23) -72 чел.

Вебинар "Система обращения с медицинскими отходами в 2023 году и далее. Роль медицинских работников и перспективы развития" (26.05.23) -294 чел.

Семинар "Простая дезинфекция. Применение современных методов и средств обеззараживания в работе медицинской сестры" (28.06.23) - 58 чел.

Семинар "Все, что вы хотели знать о медицинских отходах. Теория, практика, ответы на вопросы." (29.06.23) - 60 чел.

Семинар "Биологические пленки - теория и практика. Законодательство 2023 года" (17.08.23) - 58 чел.

Семинар «Организация стерилизации, обеспечение стерильности, в том числе ДВУ и стерилизация эндоскопов» (31.08.23) - 50 чел.

Семинар "Уважаемая уборка. Теория и практика проведения уборочных мероприятий в медицинской организации" (26.09.23) –119 чел.

Вебинар "Актуальные вопросы преаналитического этапа лабораторной диагностики" (28.09.23) - 323 чел.

Семинар "Руки как инструмент медицинского персонала в профилактике ИСМП. Обработать и сохранить" (18.10.23) - 106 чел.

IX Международном саммите медицинских сестер в онлайн-формате. Тема Саммита - Безопасная медицинская среда. 25-27 октября. 10 человек.

12 Научно-практическая международная конференция «Пушковские чтения. Межведомственное воздействие при оказании гериатрической помощи» (12 октября) - 50 чел.

Всероссийский конгресс с международным участием «Первичное здравоохранение. Наше время. Наши возможности». 18-19 октября

Междисциплинарная научно-практической конференция «Урологический центр медицины» в сессии «Роль медицинской сестры в современной клинике» (28.10.23) - 70 чел.

«Особенности инвазивных манипуляций с акцентом на венозный доступ (29.11.23).

Медицинские отходы – год 2024-й: теория и практика в работе медицинской сестры» (17.12.23) - 89 чел.

За весь 2023 год обучилось 3548 человек - специалистов сестринского дела.

Представители организации приняли участие в работе 8 Международного саммита медицинских сестер «Цель-здоровье. Рука об руку с пациентом». 27 мая 2023 года был организован и проведен Санкт-Петербургский майский Форум медицинских сестер «Сестринское дело, 21 век». На форуме были рассмотрены направления: качество и безопасность в сестринской практике, доказательная медицина в сестринской практике, инновации в сестринской деятельности, организация сестринской помощи, уроки истории.

Организация активно сотрудничает с журналами «Главная медицинская сестра», «В помощь практикующей медицинской сестре», «Сестринское дело»; продолжает издавать журнал «Специалист здравоохранения» (за 2023 год выпущено 4 номера журнала). Журнал размещается в научной электронной базе Elibrary, индексируется в РИНЦ.

В средствах массовой информации неоднократно публиковались статьи о деятельности организации и достижениях в сестринском деле в целях повышения престижа профессии (за год опубликовано 22 статьи). Как видно из всего выше сказанного, работа и развитие продолжается, несмотря на определенные препятствия, которым приходится противостоять, наша работа говорит сама за себя.

Уважаемые коллеги!

Мне хочется всех вас поблагодарить за вашу гражданскую позицию в процессе развития профессиональной региональной общественной организации «Медицинских работников Санкт-Петербурга» и пожелать нам сил, терпения, здоровья, позитивного настроения, мирного неба!

С уважением, Г.М. Подопригора, президент ПРОО «МРСР

## БАКАЛАВРИАТ. ПЕРСПЕКТИВЫ ТРУДОУСТРОЙСТВА

Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н.

ФГБОУ «СЗГМУ им.И.И. Мечникова»

### Преамбула

Мы уже неоднократно затрагивали тему юбилеев в профессии, пытаюсь выявить в нашей истории памятные события и даты с ними связанные, которые необходимо чтить и к которым следует культивировать почитание у будущих поколений специалистов. 2024 год готовит, как минимум, две юбилейные даты. Одна из них связана с высшим сестринским образованием, а, точнее, с бакалавриатом по направлению подготовки «Сестринское дело», первый выпуск которого состоялся в 2015 году, а, значит, в 2024 году ожидается десятый юбилейный выпуск. Десятилетний период позволяет подвести некоторые итоги, провести оценку ожидаемых результатов, установить проблемы и трудности, с которыми сталкиваются выпускники – медсестры-бакалавры, определить, насколько легко выпускнику найти свое место в профессиональной среде, в которой он захочет развиваться, а именно, трудоустроиться.

### Историческая справка

*Специальность «Сестринское дело» была открыта в медицинских вузах в 2011 г. В соответствии с приказом Министерства образования и науки №270 от 25.03.15 «О внесении изменений в приказ Министерства образования и науки России №1061 от 12.09.2013 г. «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования», выпускникам программы бакалавриата по направлению подготовки 34.03.01 «Сестринское дело» присваивается квалификация «Академическая медицинская сестра. Преподаватель».*

*В соответствии с Приказом Министерства образования и науки РФ от 22.09.2017г. № 971 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта в высшее образование - бакалавриат по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело» к перечню профессиональных стандартов выпускников относятся «Специалист по управлению персоналом» и «Специалист по организации сестринского дела».*

Успешное трудоустройство является главным результатом профессиональной подготовки любого выпускника образовательного учреждения по выбранной профессии и специальности [1]. Как отметил ректор Санкт-Петербургского политехнического университета Петра Великого, академик РАН Андрей Рудской, успешное трудоустройство выпускников является важным мерилем качества образовательного процесса любого вуза. В 2021 году российские вузы закончили 746 597 человек. По данным мониторинга на середину июля 2022 года, трудоустроились в течение года 89% из них [2].

Началом трудоустройства медсестер-бакалавров можно считать 2015 год - год, когда состоялся первый выпуск. Однако, трудоустраиваются ли новоиспеченные бакалавры по своей специальности? Можно ли констатировать факт успешного трудоустройства медсестер-бакалавров? С какими трудностями они сталкиваются после окончания вуза? Являются ли

трудности уникальными? Готовы ли сами выпускники направления «сестринского дела» занять достойное место в профессиональном сообществе работников практического здравоохранения?

Для тех, кто ищет ответы на выше поставленные вопросы, сайт EduNetwork предлагает следующую информацию:

«Чаще всего выпускники ВУЗов по специальности «Сестринское дело» трудоустраиваются на должности среднего персонала, в том числе и в высокотехнологичных областях медицины. Бакалавры могут также претендовать на место ассистента врача, регистратора или администратора в учреждениях здравоохранения. Но чаще всего молодые специалисты становятся старшими медсестрами, руководят коллективом сестер, решают любые производственные вопросы, занимаются снабжением медицинскими препаратами своих отделений и обеспечивают коммуникацию между медсестрами и врачами. Найти работу высококвалифицированным специалистам с дипломом «Сестринское дело» не составит труда: медицинские сестры с высшим образованием востребованы сегодня во всех отраслях медицины. И только от самих молодых людей будет зависеть: станет их первым рабочим местом государственная муниципальная больница, негосударственная клиника или клиническая частная лаборатория».<sup>1</sup>

Однако так ли это на самом деле?

На протяжении довольно длительного времени в стране формируется непрерывно пополняемая группа соискателей с высшим образованием, однако без опыта работы, поэтому шансы на трудоустройство у них, как отмечают специалисты, невелики [3]. О том, что после окончания учебных заведений по специальности не работает более трети выпускников России, заявила первый заместитель министра труда и социальной защиты РФ Ольга Баталина. Она добавила, что молодые люди неконкурентоспособны и проигрывают более опытным соискателям в практических навыках [4].

Проблема не обошла стороной и медсестер-бакалавров. Однако приобрела она дополнительные черты: у выпускников бакалавриата по направлению подготовки 34.03.01 «Сестринское дело» были формальные возможности в плане профессиональной реализации [5]. В итоге, как показал анализ немногочисленных работ, связанных с изучением данного вопроса, знания, навыки, способности, мотивация, требующиеся для качественного выполнения профессиональной деятельности управленцев в сестринском деле, в карьерной траектории медсестры-бакалавра оказались **нереализованными** или **недостаточно интегрированными** в систему здравоохранения России. Пора установить причины этих явлений.

### Проблема трудоустройства

Проблема трудоустройства медсестер-бакалавров не является из ряда вон выходящей проблемой конкретной профессии, она актуальна для молодых специалистов, выбравших себе другие профессии. По прогнозу субъектов РФ еще в 2010 году среди выпускников, которые могли остаться без работы, были указаны экономисты (30%), выпускники гуманитарного профиля (11%), педагогического (6%), сельскохозяйственного (6%) и строительного (5%) [6]. С этой проблемой сталкиваются и выпускники престижных учебных заведений [7]. У людей с дипломом бакалавра шанс найти работу почти такой же, как и у тех, кто получил среднее профобразование [8].

При этом на проблему было указано и ранее: уже в 2007 году прозвучал призыв к оперативному решению ситуации, связанной с трудоустройством выпускников вузов России. Автор прогнозировал, что отсутствие решения проблемы в кратчайшие сроки может привести к

<sup>1</sup> EduNetwork. Официальный сайт <https://vuz.edunetwork.ru/specs/275/>

снижению привлекательности высшего образования, что очень неблагоприятно отразится на всех аспектах развития государства и гражданского общества [9].

И, тем не менее, по всему, а воз и ныне там. Анализ ситуации показывает, что в области подготовки высококвалифицированных специалистов существует противоречие между требованиями работодателей к кандидатам и реальным положением выпускника как кандидата со своими реалиями и требованиями, точнее, противоречие между требованием работодателя к опыту работы по специальности у молодого специалиста и фактическим отсутствием такого опыта у выпускника. С другой стороны, есть противоречие между желанием молодого специалиста иметь высокую зарплату при отсутствии опыта и невозможностью получить таковую на начальных этапах профессионального развития [10].

Как показало одно из исследований, некоторая часть студентов не учитывает, что перспективы той же высокооплачиваемой работы появляются в результате личного вклада в профессию [11]. О материальных целях профессиональной деятельности говорят и критерии, предъявляемые молодежью к потенциальному месту своей профессиональной самореализации, а именно «уровень заработной платы», желание «быстрого карьерного роста» и «престиж и известность компании» [12].

Однако у этой тенденции просматриваются определенные нелицеприятные последствия. В своей работе Савченко Н.А. показывает, как нацеленность студентов на материальную составляющую приводит к упадку качества образования и потере его смысла, к его духовному упадку. Сами работодатели отмечают, что молодым специалистам недостает лидерских качеств, способности быстро решать возникающие проблемы, умения работать самостоятельно, а также рационально планировать работу [10].

К другим, не менее основным составляющим проблемы трудоустройства относят наличие - отсутствие разработанной системы взаимодействия учебного заведения и работодателя, несоответствие программы подготовки специалиста учебного заведения реалиям современного рынка труда, дефицит рабочих мест по полученной специальности, несоответствие компетентности выпускников требованиям работодателя [11].

Определенные вопросы, связанные с проблемой трудоустройства, появляются и к самому высшему образованию, а именно, к его качеству. ФОМ провел опрос о качестве российского высшего образования, в котором отражена динамика с 2012 по 2020 гг. Пятая часть респондентов считают качество образования плохим, причем этот показатель не меняется значительно с 2012 г., за исключением оценок 2014 г. [13]. Среди основных причин были выделены «плохой преподавательский состав, низкое качество преподавания, отсутствие мотивации к обучению студентов». Аналогичные результаты показал опрос ВЦИОМ «Образование в России: востребованность, доступность, качество», проведенный в 2021 г. Как плохое или очень плохое состояние системы российского образования оценили 21 % респондентов [14].

С качеством образования напрямую связывается сформированность компетенций и, в частности, готовность специалистов к трудовой деятельности. При опросе бакалавров одного из вузов страны обнаружено, что 31% респондентов не собираются работать по специальности; 56% обучающихся оценили свою готовность к профессиональной деятельности на низком уровне из-за небольшого опыта, ощущения пробела в знаниях, неуверенности [15].

В отличие от советского образования, в настоящее время отмечается «слабая практико-ориентированность получаемого высшего образования и оторванность вузовской среды от реальных запросов работодателей» [16]: с одной стороны, у студентов формируются не все компетенции, запрос на которые существует на рынке труда; с другой стороны, академические успехи и оценки в дипломе, на которые ориентируются сами студенты, не особо интересуют работодателей [17]. Кроме того, в вузах недостаточно развита практика оценки не просто зна-

ний, умений и навыков, формируемых у обучающихся, но и комплексной оценки квалификации, которая имеет интегративный характер и направлена на оценку готовности и способности студентов системно применять полученные знания, умения и навыки [18].

При этом, как отметил ректор Северокавказского федерального университета (СКФУ) Дмитрий Беспалов, взаимодействие университета с работодателями сейчас выходит на новый уровень, так как обучение становится все более практикоориентированным. В вузе проводятся различные чемпионаты, хакатоны, классические ярмарки вакансий, а также карьерные мастерские – сообщества молодых людей, уже более опытных в вопросах трудоустройства, которые помогают своим однокурсникам адаптироваться на рынке труда и найти работу [2].

Таким образом, если проблема трудоустройства медсестры-бакалавра – это проблема не отдельно взятой профессии, а проблема вузов в стране, значит, и решение ее надо искать у тех, кто хорошо знаком с особенностями этой проблемы, и там, где уже были предприняты попытки ее преодолеть.

Однако трудоустройство медсестер-бакалавров зависит еще от одного, достаточно уникального фактора - отсутствие понимания того, где сегодня могут быть задействованы (и, возможно, в первую очередь) такие специалисты, что снова пытаются объяснить низким престижем специальности и общей неосведомленностью респондентов о подготовке таких кадров в нашей стране [19]. При этом, по мнению ряда специалистов, профессиональная подготовка медсестер с высшим образованием позволяет им организовать педагогический процесс обучения пациентов с определенными заболеваниями, с учетом особенностей их мотивации, эмоционального состояния, познавательных процессов, внутрисемейных отношений и характера течения заболевания [20, 21]. То, что полученное в вузе образование позволяет бакалавру осуществлять педагогическую деятельность, подтвердило большинство опрошенных руководителей образовательных учреждений [22].

Привлечение сестринского персонала к реализации целей терапевтического обучения пациентов в нашей стране показало, что это – реальный шаг к повышению качества и доступности медицинской помощи пациентам с хронической патологией. Исходя из этого, в последнее время обсуждается интеграция специалистов сестринского дела с высшим образованием в структуру кадрового обеспечения, в частности, школ самоконтроля больных СД типа 2 [19], а также школ здоровья для больных Бронхиальной Астмы [20].

### **Заключение**

Каждый выпускник по окончании вуза надеется на трудоустройство. Если по данным официального сайта Минобрнауки России цифры трудоустраивающихся выпускников не вызывают беспокойства, то анализ тематических научных публикаций показывает определенные проблемы, которые могут негативно повлиять на эти цифры.

Трудоустройство медсестер-бакалавров, по большому счету, на данный момент не изучается. Однако по немногочисленным публикациям можно заключить, что проблема есть и ее усугубляет одна особенность – до сих пор есть непонимание того, где сегодня могут быть задействованы такие специалисты. До непонимающих пытаются достучаться представители вузов, в которых проходит подготовка медсестер-бакалавров: они утверждают, что профессиональная подготовка медсестер с высшим образованием позволяет им организовать педагогический процесс обучения пациентов с определенными заболеваниями. На сегодняшний день роль медсестры-бакалавра рассматривается в рамках школы самоконтроля СД типа 2 и школы здоровья для больных БА.

Проблема трудоустройства медсестры-бакалавра – это проблема не отдельно взятой профессии, а проблема вузов в стране, значит, и решение ее надо искать у тех, кто хорошо знаком с особенностями этой проблемы, и там, где уже были предприняты попытки ее преодолеть.

### Напутствие бакалаврам

После окончания обучения бакалаврам целесообразно продолжить обучение в магистратуре непосредственно после трудоустройства, выполняя требования работодателя и социальный заказ. Магистратура, которая может быть отличной от направленности бакалавриата, целесообразнее курсов переподготовки, которые длятся от 1 до 6 месяцев, поскольку она за 2-2,5 года дает больший объем знаний, умений и навыков.

### Рекомендации работодателям

Зарубежные исследования показали, что медицинские сестры, получившие степень бакалавра, реже уходят из профессии, чем медицинские сестры с более низким уровнем образования, даже в том случае, когда они занимают одинаковые должности и получают одинаковую зарплату [23]. Есть, о чем задуматься.

### Список использованной литературы

1. Новокрещенова И.Г. и др. Проблемы подготовки бакалавров сестринского дела // Медицинская сестра. 2020. Т. 22. № 5. С. 24-28.
2. Минобрнауки России. <https://www.minobrnauki.gov.ru/press-center/news/nauka-i-obrazovanie/56650/>
3. Сапунов А. В., Сапунова Т. А. Анализ показателей безработицы в Российской Федерации // Экономика и бизнес: теория и практика. 2021. № 4-2. С. 120–123.
4. Гурьянов С. А вуз и ныне там. Как выпускнику найти работу // Известия. 31 января 2022г.
5. Бодров А.В. Высшее медицинское образование: бакалавриат-магистратура // Мед. образование и проф. развитие. 2018. № 2. С. 162–168
6. Славко Д.А., Козлова В.П., Агалакова А.В. Безработица: проблема трудоустройства выпускников // Актуальные проблемы авиации и космонавтики. 2010. №6.
7. Ермолина А. И., Тукова Е.А. Проблема трудоустройства выпускников отраслевых вузов России // Экономика и современный менеджмент: теория и практика, 2016. №1 (55).
8. Антонов С. Сколько выпускников вузов и ссузов сразу находит работу и какой способ трудоустройства самый эффективный. <https://journal.tinkoff.ru/bez-opyta-stat/> Дата обращения: 1 декабря 2023 г.
9. Поляков А. Д. Проблемы трудоустройства выпускников вузов: что дальше? // Научный вестник МГТУ ГА. 2007. №113.
10. Савченко Н. А. Трудоустройство выпускников: проблемы и противоречия // Вестник ТИУиЭ. 2019. №2 (30).
11. Скрипченко Е.И. Трудоустройство выпускника вуза: проблемы и решения // Скиф. 2021. №5 (57).
12. Леднева С.А. Особенности трудовой мотивации молодежи как причина затруднений ее трудоустройства // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Экономика и управление. 2017. № 2. С. 54–59.
13. Опрос ФОМ о качестве российского высшего образования. URL: <https://fom.ru/Nauka-i-obrazovanie/14436>
14. Опрос ВЦИОМ «Образование в России: востребованность, доступность, качество». URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheski-obzor-obrazovanie-v-rossii-vostrebovannost-dostupnost-kachestvo>
15. Рябова Т.В. Оценка готовности к профессиональной деятельности выпускников бакалавриата факультета высшего сестринского образования // Казанский педагогический журнал, 2021. №2. С. 106-111
16. Исследование ВЦИОМ «Рынок труда в эпоху турбулентности». URL: <https://wciom.ru/presentation/prezentacii/rynok-truda-v-ehpokhu-turbulentnosti>
17. Пичко Н. С., Гафиатулина Н. Х., Васильева А. А. Проблемы и противоречия в системе высшего образования в России // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2023. №4
18. Богуйская Н.А. Проектирование образовательных программ на основе сочетания требований профессиональных и федеральных государственных образовательных стандартов // Вестник КГПУ им. В.П. Астафьева. 2019. № 2(48).
19. Разбирин Д.А., Островская И.В. Участие медсестер-бакалавров в терапевтическом обучении больных сахарным диабетом типа 2 // Медицинская сестра. 2018. № 2. С. 41-46
20. Кондусова Ю.В., Крючкова А.В., Семьнина Н.М. Участие медсестер-бакалавров в работе школ здоровья // Медицинская сестра, 2018. №7. С. 49-50
21. Чуваков Г.И. Методология сестринского процесса обучения, лечения детей и подростков, больных сахарным диабетом. Вестник Новгородского государственного университета. 2000; 14.
22. Филиппова С.Н., Островская И.В. Бакалавры сестринского дела как кадровый потенциал в системе профессиональной подготовки среднего медицинского персонала // Медицинская сестра. 2016. № 3. С. 48-52
23. Двойников С.И., Бражников А.Ю., Камынина Н.Н. Перспективы развития высшего сестринского образования в России // Мед. образование и проф. Развитие, 2011. № 1 (3). С. 48–52.
24. Приказ Министерства образования и науки РФ от 12 сентября 2013 г. N 1061 “Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования” <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=326440>

## ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ: ПЕРСПЕКТИВА ДЛЯ МЕДСЕСТРЫ-БАКАЛАВРА?

*Цуцунава М.Р., Подопригора Г.М., Аристидова С.Н.*

ФГБОУ «СЗГМУ им.И.И. Мечникова»

В предыдущей статье был затронут вопрос о возможном использовании в сфере обучения пациентов в школах здоровья интеллектуального и практического потенциала медсестер-бакалавров, полученного в рамках университетского образования. Авторы данной статьи участвующие в обучении бакалавров, убеждены, что теоретическая и практическая подготовка бакалавров и формируемые компетенции при изучении дисциплины «Педагогика и психология» обеспечивают требуемый фундамент для организации и проведения обсуждаемого вида деятельности.

**Цель** – рассмотреть перспективы работы школ здоровья для пациентов, а также на примере образовательной программы по педагогике и методологии научной деятельности, утвержденных в рамках образовательной программы по подготовке медсестер-бакалавров в ФГБОУ «СЗГМУ им.Мечникова», обосновать право выпускников по указанному направлению подготовки на выполнение роль обучающего в школах здоровья.

**Методы** – поиск литературы в базе данных Elibrary, Cyberleninka и Pubmed

**Результаты:** роль медсестер-бакалавров в обучении пациентов, если и обсуждается, то только в единичных исследованиях. До сих пор существуют сомнения относительно применения интеллектуального и практического потенциала новых специалистов, несмотря на более чем 10-летний период их подготовки.

**Выводы:** продвижению специалистов новой формации в системе здравоохранения более активно должны помогать образовательные учреждения, участвующие в их подготовке.

*Ключевые слова:* бакалавриат, медсестра-бакалавр, школы здоровья

### Abstract

Theoretical and practical training of bachelors and the competencies being developed in terms of the discipline "Pedagogy and Psychology" provide the required foundation for organizing and conducting the type of activity under discussion.

**Purpose:** to consider the future of the health schools for patients, as well as, using the example of an educational program in pedagogy and methodology of scientific activity, approved within the framework of the educational program for the training of bachelor nurses at the Federal State Budgetary Educational Institution "North-Western State Medical University named after Mechnikov", to justify the right of graduates in this area - training to perform the role of educator in health schools

**Methods:** literature search in the Elibrary, Cyberleninka and Pubmed databases

**Results:** Discussion of the nurses-bachelors role in patient education is limited to several studies. There are still doubts regarding using the intellectual and practical potential of new specialists, despite 10-year experience of their training.

**Conclusions:** the promotion of new specialists in the healthcare system should be more actively supported by educational institutions involved in their training.

*Key words:* a nurse-bachelor, schools for patients, nursing

## **Школы здоровья для пациентов: Когда? Зачем?**

Новая форма обучения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, получившая название школы здоровья, возникла в конце 90-х годов прошлого столетия. При этом известно, что первый опыт обучения пациентов был получен в 1982 году, когда на базе городской клинической больницы №15 г.Москвы был создан коронарный клуб (КК) для амбулаторной реабилитации больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), одним из основных видов деятельности которого было обучение больных и их родственников [12].

Школа здоровья для пациентов изначально была включена в отраслевой классификатор «Сложные и комплексные медицинские услуги» (приказ Минздрава РФ №268 от 16.07.01 «Система стандартизации в здравоохранении Российской Федерации») (Приказом Минздравсоцразвития России от 26 апреля 2012 года № 411 данный приказ признан утратившим силу).

В 2002 году согласно форме №30 (утратила силу), утвержденной Постановлением Госкомстата России от 10.09.2002 №175 [15], было выделено 7 основных «Школ здоровья»: «Школа для беременных»; «Школа для больных сердечной недостаточностью»; «Школе для больных на хроническом диализе»; «Школа для больных артериальной гипертензией»; «Школа для пациентов с заболеваниями суставов и позвоночника»; «Школа для больных бронхиальной астмой»; «Школа для больных сахарным диабетом».

Однако на сегодняшний день количество школ увеличилось в разы (что обусловлено ростом и распространением других актуальных проблем, связанных со здоровьем), и в стране в разных регионах работают такие школы как Школа зависимости, Школа по отказу от курения, Школа «Здоровье пожилых людей» и др. Перечень «Школ пациента/Школ здоровья» входит в номенклатуру медицинских услуг (приказ Минздрава России № 804н от 13.10. 2017 г.). Приказом Минздрава РФ от 13 марта 2023г. N 104н утверждены Правила организации деятельности кабинета «Школа для пациентов с сахарным диабетом».

Основная цель школ - формирование определенной культуры отношения к укреплению здоровья, профилактике заболеваний с учетом потенциальных и имеющихся проблем посредством, в частности,

- ✓ повышения уровня знаний, умений и навыков по самоконтролю за здоровьем и оказанию помощи самому себе в случаях, не требующих медицинского вмешательства;
- ✓ создания мотивации для здорового образа жизни и предупреждения развития отклонения и осложнений в состоянии здоровья, утраты трудоспособности и дезадаптации в обществе;
- ✓ снижения непрофильной нагрузки на учреждения и специалистов первичной медико-санитарной помощи.

Однако сегодня к этому перечню можно добавить еще одну цель, а именно, - снижение затрат на медикаментозные препараты, обеспечиваемыми за счет государства, что связано с их высокой стоимостью. Считается, что затраты на них должны быть оправданы вне зависимости от того, кто является плательщиком [7].

### **Результативны ли школы здоровья**

Исследования, проведенные за последние пять лет, нацелены на оценку экономической целесообразности школ пациента. Ряд исследований показывают реальность достижения выше указанной цели посредством обучения пациентов. Например, работа по оценке динамики структуры медикаментозной терапии и затрат на нее под влиянием обучения пациентов с ИБС в Школе здоровья показала существенные изменения структуры затрат на медикаментозные препараты больных ИБС, а также частоты применения отдельных препаратов. При этом применение средств, влияющих на выживаемость пациентов (антиангинальных препаратов), а также структура затрат стали более рациональными [7].

Экономическую целесообразность Школы пациента для больных АГ показало исследование Лилеевой Е.Г. и Хохлова А.Л. В частности, экстренная госпитализация в связи с АГ сократилась в 2,2 раза, обращение в поликлинику – в 2,6 раза, в службу скорой помощи – в 6,3 раза [10].

Медицинская эффективность профильной школы была оценена и в работе И.П. Карповой и Н.Ф. Шильниковой. Исследование подтвердило положительную динамику таких показателей как прирост числа лиц с контролируемым артериальным давлением, со снижением уровня холестерина в крови пациентов, с уменьшением частоты гипертонических кризов и острых осложнений в виде острого инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения. За период деятельности «Школы профилактики артериальной гипертензии» сократилось число дней временной нетрудоспособности в 2,3 раза, а показатель положительной упущенной выгоды, т.е. экономическая выгода для пациента, увеличился на 88,71% [8].

Исследование Гайворонской А.Д и соавт. показало, что в группе обучившихся в Школе для больных, перенесший острый инфаркт миокарда, 26% пациентов полностью отказались от вредных привычек, частичный отказ от пристрастий наблюдался в 56,5%, отсутствие изменений в образе жизни у 17,5%. Авторы, которые провели не одно исследование и ссылаются на показатели здоровья, которые оказывались выше в группе пациентов, обучавшихся в рамках программы школы, утверждают об эффективности данной методики и указывают на важность повышения ее реализации [4].

По результатам трехлетнего изучения немедикаментозной коррекции факторов риска сердечно-сосудистых осложнений АГ среди двух групп пациентов были выявлены преимущества обучающей программы в школе здоровья в отношении изменения образа жизни пациентов пожилого возраста с АГ. В основной группе большое число пациентов пересмотрели свое отношение к употреблению спиртных напитков и табака, к питанию, увеличивших объем физических нагрузок.

Таким образом, результаты проведенных исследований подводят к заключению, что хорошо спланированные и организованные мероприятия по формированию здорового образа жизни среди населения в Школах здоровья для пациентов с конкретными неинфекционными заболеваниями (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет и др.) способствуют повышению качества жизни этих пациентов, снижению числа обострений основного заболевания, сокращению числа вызовов СМП и госпитализаций и могут дать ощутимый социально-экономический эффект [5].

Однако остается вопрос: какие специалисты и с каким образованием или подготовкой способствуют эффективной работе школ здоровья.

### **Кто готов к обучению пациентов в школе здоровья?**

Еще в далеком 2006 году было показано, что обучение в школе здоровья для больных, проводимое медсестрами с высшим образованием, положительно влияет на знания больных о заболевании и как следствие на качество жизни [6]. Однако, спустя десять лет результаты исследований стали демонстрировать сомнения относительно роли медсестры с высшим образованием в качестве обучающего.

Исследование, проведенное Маклаевой Н.Н. и др., показало, что большинство пациентов, отвечая на вопрос «Кто должен проводить занятия в Школе коррекции питания?» отдали предпочтение врачу – специалисту по вопросам питания [11]. Как отметили авторы, результат опроса пациентов о медсестрах, получивших высшее образование, и доверии к ним как к специалистам, которые могут проводить занятия в школах, также был неутешителен. При этом сами авторы убеждены, что медсестры с высшим образованием, прошедшие специальную подготовку, которые сами хотели бы заниматься самостоятельной работой, связанной с профилактикой, и способны справиться с ней, могут и должны взять на себя формирование

у населения ответственности за свое здоровье, ознакомление граждан с наиболее часто встречающимися социально значимыми заболеваниями, повышение грамотности населения по вопросам здорового образа жизни.

По мнению С.К.Кукушкина и соавт., обучение является одним из способов формирования партнерства «врач-пациент» [9]. Пациент должен понимать, что назначенная терапия представляет собой методы и средства достижения конкретных целей. Отсюда, ответом на вопрос «Кто должен обучать?», очевидным является ответ «врач». Однако сами авторы, углубившись в обсуждение двух подходов к обучению – педагогический и андрагогический - так и не назвали открытым текстом того, кто должен проводить обучение.

Среди причин, препятствующих становлению образовательной деятельности врачей, выявлены, в частности, отсутствие педагогических качеств (30%) и практики в подобных проектах (19%). Большинство врачей-участников исследования указали на необходимость в дополнительной подготовке специалистов, унификации знаний в образовательную программу, которая позволит наиболее качественно проводить занятия в школах здоровья [13].

Что касается медсестер-бакалавров, в первую очередь тех, кто готовился по направлению «Педагогика» и имеет полное право взять на себя роль обучающего, то, по большому счету, это право до сих пор у кого-то вызывает сомнения и, что еще хуже, недопонимание [14].

Высказываемые сомнения могут нанести вред самому образовательному учреждению, занимающемуся подготовкой молодых специалистов, и даже дискредитировать его. Задачу нивелирования недопонимания должны взять на себя как руководители образовательных учреждений, так и сами преподаватели, участвующие в подготовке медсестер-бакалавров.

Как известно, синонимом слова «сомнение» является «недоверие», поэтому то, что переживает в настоящее время сестринское дело, можно сравнить с тем отношением, которое медицинская общественность проявляет к паранауке.

### **Сестринский бакалавриат - это паранаука?**

Такой культурный феномен, как паранаука, присутствует в русской культуре довольно долгое время и затрагивает ее основные сферы — образование, науку, искусство, экономику, средства массовой информации. Паранаука определена как совокупность учений, представляющих собой имитацию научных теорий. (Приставка «пара» означает отклонение от смысла и значения того слова, к которому она присоединяется [2]) К наиболее известным относятся такие паранауки, как астрология, нумерология, парапсихология, уфология, криптозоология, экстрасенсорика, волновая генетика, теория торсионных полей [1]. Когда науке оказывается недоверие, она попадает в категорию паранауки.

По определению, принятому в России в 1993 году, современное сестринское дело представляет собой науку и искусство. Еще задолго до этого Найтингейл называя сестринское дело искусством была убеждена в том, что это искусство требует "организации, практической и научной подготовки" [3]. Таким образом, чтобы нивелировать сомнения и укрепить доверие к профессии, следует доказать, в первую очередь, что она не только относится к науке, но и готовится к тому, чтобы участвовать в научных исследованиях и в изучении проблем, с которыми сталкивается профессия. Для этого остановимся на трех аргументах:

#### **Аргумент № 1:**

в подготовке бакалавров, которая в соответствии с ФЗ «Об образовании» может проходить только в стенах университетов, участвуют тот же профессорско-преподавательский состав, который задействован в подготовке будущих врачей. В основном – это дипломированные врачи.

#### **Аргумент № 2:**

одной из изучаемых дисциплин является «Методология научной деятельности». Теоретическая часть включает такие вопросы как подходы к исследованиям, дизайн исследования,

виды исследований, применяемых в сестринском деле, методы сбора данных. Студенты учатся разрабатывать дизайн исследования, анкеты, структурированные интервью для сбора данных, работать с научной литературой, критически оценивать научные публикации, опираясь на знания методологии, готовить литературные обзоры, кейс-стади, проводить систематические обзоры, писать аннотации и рецензии. Во время производственной практики студенты учатся проводить фокус-группу, историческое исследование, связанное с развитием сестринского дела как профессии, изучают индуктивный подход к решению определенных вопросов, связанных с сестринской деятельностью, и готовят кейс-стади. Специально разработанные задания способствуют развитию аналитического, логического и критического мышления. Сама программа разработана с учетом зарубежного опыта и по образцу и подобию программ, по которым последние, как минимум, 30 лет обучаются медсестры-бакалавры в европейских странах.

### **Аргумент № 3:**

Итогом обучения является подготовка и проведение научного исследования, демонстрирующего формирование соответствующих компетенций, которое представляется студентами в виде выпускной квалификационной работы.

Основным же аргументом в поддержку права медсестры-бакалавра организовывать и проводить обучение является наличие в образовательной программе дисциплины «Педагогика и психология». Рабочая программа, также, как и программа по «Методологии научной деятельности» составлялась с учетом накопленного за последние четыре десятилетия зарубежного опыта в области подготовки медсестер-бакалавров. Данный подход помог уйти (отчасти) от такой проблемы как «усеченная программа для врачей», которая стала основным подходом к разработке рабочих программ, когда происходило становление высшего сестринского образования и отсутствовало понимание того, что программы для подготовки специалистов в области сестринского дела должны отличаться от таковых для подготовки специалистов.

Потребуется ли еще дополнительные аргументы, чтобы убедить сомневающихся в правомерности такой деятельности медсестер-бакалавров как обучение пациентов в рамках школы здоровья, - трудно сказать, так как истинные причины неприятия новых специалистов пока не известны (из-за отсутствия соответствующих исследований). К тому же, можно вспомнить знаменитую фразу, высказанную Августом Платеном в далеком 18 веке: кто сам не убедится, того не убедишь, из которой следует, что все усилия, направленные на убеждения, бесперспективны.

Что же дальше? Мы остановимся на том, что следует информировать общественность о роли и задачах специалистов новой формации через научные публикации, организацию круглых столов с работодателями, форумов и т.п. Однако параллельно следует проводить научные исследования по изучению проблемных вопросов. Кстати, здесь тоже могли бы пригодиться наши бакалавры.

### **Заключение**

Школы здоровья для пациентов за последние, как минимум, 20 лет, показали свою эффективность. Учитывая факт разнонаправленности деятельности школ (что обусловлено ростом и распространением целого ряда актуальных проблем, связанных со здоровьем), и необходимость увеличения их числа, встает вопрос о привлечении к их деятельности не только врачей, но, может быть в первую очередь, специалистов новой формации – медсестер-бакалавров, чей интеллектуальный и практический потенциал является тем необходимым фундаментом, заложенным в ходе их обучения и подготовки. Если в первом десятилетии нынешнего столетия появлялись единичные исследования, показывающие возможность привлечения к работе школ медицинских сестер с высшим образованием, то за последнее десятилетие появились сомнения относительно привлечения к обучающей деятельности медицинских сестер-

бакалавров. Задачу нивелирования существующих сомнений должны взять на себя как руководители образовательных учреждений, так и сами преподаватели, участвующие в подготовке медсестер-бакалавров.

### Использованная литература

1. Андреев А. А. Фольклор и паранаука в русской культуре // Вестник славянских культур. 2020. №2.
2. Бессонова Л. А. Наука и паранаука // Вестник КазГУКИ. 2012. №2. С.
3. Болтабоева Н.А. Теоретические основы сестринского дела // Мировая наука. 2019. №6 (27).
4. Гайворонская А.Д., Котова Ю.А. и соавт. Реализация образовательных программ для пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, в г. Воронеж // Смоленский медицинский альманах. 2018. №1.
5. Евдаков В.А., Ципириг О.В., Кузнецова В.П. Обучение в школах здоровья, как элемент профилактической работы в центрах здоровья // Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики» 2017 г., № 4. С. 202-204
6. Евстратова Е. Ф., Барсукова Н. А. Роль медсестры с высшим сестринским образованием в обучении ревматологических больных // Научно-практическая ревматология. 2006. №2. С.44
7. Концевая А.В., Калинина А.М., Спивак Е.Ю. Влияние обучения в школе здоровья для больных ишемической болезнью сердца на структуру затрат на медикаментозную терапию (ABC И VEN-АНАЛИЗ) // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2008; №3. С. 59-64
8. Карпова И.П., Шильникова Н.Ф. Оценка эффективности деятельности профильной школы артериальной гипертензии // Дальневосточный медицинский журнал. 2011. №3.
9. Кукушкин С.К., Поддубская Е.А., Лукина Ю.В., Бубнова М.Г. Школы здоровья для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями: соотношение андрагогической и педагогической моделей обучения // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2009; №2. С. 98-102
10. Лилеева Е.Г., Хохлов А.Л. «Школа для больных с артериальной гипертензией» у лиц пожилого и старческого возраста: клиничко-экономическая эффективность // Клиническая геронтология, 2008. № 3. С. 29-34
11. Маклаева Н.Н., Осыченко М.Е., Камынина Н.Н. Школа коррекции питания как одна из форм профилактической работы с населением // Медицинская сестра. 2016. №5.
12. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Поздняков Ю.М. Профилактическая кардиология. Руководство для врачей. М.: Медиа-77; 2007.
13. Савиных Е.А., Снхчян А.С. Образовательные школы для пациентов: взгляд со стороны врачебного сообщества // МНИЖ. 2017. №1-1 (55).
14. Филиппова С.Н., Островская И.В. Бакалавры сестринского дела как кадровый потенциал в системе профессиональной подготовки среднего медицинского персонала // Медицинская сестра. 2016. № 3. С. 48-52
15. КонтурНорматив. Дата обращения: 29.11.2023. <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=88020#h2038>

**ДЕЛИРИЙ. СЕСТРИНСКИЙ АСПЕКТ.***Лантева Е.С., Цуцунава М.Р.*

ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

*Делирий подрывает саму функцию мышления, бросая вызов известному изречению Декарта «Cogito Ergo Sum» («Я мыслю, следовательно, существую»), делая пациентов уязвимыми и потенциально навсегда изменившимися.*

Делирий - острое нарушение внимания и сознания с дополнительными нарушениями когнитивных функций [30]. Переживание делирия очень мучительно как для больного, так и для его семьи [8]. Делирий является предиктором более высокого риска летального исхода [23]. Еще в древности Гиппократ признавал делирий у тяжелобольных плохим предзнаменованием [6]. Пациенты с делирием проводят больше времени на искусственной вентиляции легких, больше времени в отделении интенсивной терапии и больше времени в больнице, что приводит к увеличению затрат на здравоохранение.

Делирий связан с повышенной смертностью ослабленных пациентов в отделениях интенсивной терапии (далее – ОИТ) и пациентов со смешанным делирием в течение 90 дней, хотя связь между делирием и летальным исходом менее очевидна при поправке на тяжесть заболевания [17]. По мере роста выживаемости в ОИТ становятся более очевидными долгосрочные последствия делирия, выражающиеся в долгосрочной функциональной инвалидности и ухудшенном психическом здоровье, включая тревогу, депрессию и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Пациенты, пережившие делирий, чаще сообщают о проблемах в повседневной жизни и показывают худшие результаты обследования сенсомоторной функции при долгосрочном наблюдении [9]. После выписки из ОИТ через несколько месяцев новые когнитивные нарушения чаще встречаются среди пациентов, перенесших делирий во время пребывания в ОИТ [14].

Проблему усугубила пандемия COVID-19, которая привела к катастрофическому сокращению мониторинга, профилактики и ухода за пациентами из-за организационных проблем, нехватки персонала, увеличения использования бензодиазепинов и ограничения посещений членов семьи [18]. При этом, несмотря на возрастающее количество исследований делирия, проблема по-прежнему далека от решения [5].

**Определение**

Классическим психиатрическим определением делирия является следующее: «Делирий (лат. Delirium: безумие, помешательство) — вид помрачения сознания, клинически проявляющийся наплывом зрительных галлюцинаций, ярких чувственных парейдолий (парейдолия — это разновидность зрительных иллюзий, заключающаяся в формировании иллюзорных образов, в качестве основы которых выступают детали реального объекта, например, фигуры людей и животных в облаках, изображение человека на поверхности луны) и резко выраженным двигательным возбуждением. Развитие делирия свидетельствует о наличии соматического заболевания, инфекции или интоксикации».

В соответствии с обновленной номенклатурой делирия в начале 2020 г. он определяется комбинацией характеристик, описанных в DSM-5. В DSM-5 унифицирован термин «делирий»,

исключено употребление других его названий, ключевыми моментами для диагностики делирия стали снижение внимания и/или возбуждение [5].

С одной стороны, делирий характеризуется острым началом и сменой клинической картины, что нехарактерно для таких психических заболеваний как деменция, психоз или тревожно-депрессивные состояния, с другой стороны, делирий протекает в различных вариантах. Общепринятая классификация типов клинических проявлений ПОД, впервые предложенная в 1983 г. Z. Lipowski, включает:

1. Гипоактивный делирий;
2. Гиперактивный делирий;
3. Смешанный тип делирия (происходит смена гипо- и гиперактивного типов делирия) [7].

У гиперактивных пациентов усилена психомоторная активность, речь ускорена, они раздражены, беспокойны, дезориентированы во времени, агрессивны по отношению к персоналу. Все эти признаки очевидны для персонала и быстро выявляются.

Гипоактивные пациенты, напротив, обычно проявляют спокойствие в сочетании с невнимательностью, снижением двигательной активности и трудностями при ответе на простые вопросы относительно ориентации. Гипоактивный делирий может ввести в заблуждение медицинский персонал относительно ментального статуса пациентов, так как они не привлекают внимания персонала, кроме того он может быть ошибочно принят за депрессию, что может иметь фатальные последствия.

В последние годы активно обсуждается субсиндромальный делирий, являющийся промежуточным состоянием между делирием и неделириозным состоянием [13].

**Гипоактивный делирий** может ввести в заблуждение медицинский персонал при оценке ментального статуса пациентов, так как они не привлекают внимания персонала; кроме того, он может быть ошибочно принят за депрессию, что может иметь фатальные последствия.

### **Послеоперационный делирий (ПОД). Факторы риска, классификация**

Послеоперационный делирий (ПОД) является распространенным послеоперационным осложнением, характеризующимся нарушением внимания, восприятия и сознания в течение 1 недели после операции и связанным со снижением когнитивных функций, увеличением смертности и другими серьезными последствиями. Раннее выявление и лечение факторов риска ПОД может снизить возникновение делирия и связанных с ним неблагоприятных исходов [11].

Послеоперационный делирий развивается у 15–53% пациентов в возрасте старше 65 лет, при том, что частота возникновения делирия у пожилых пациентов в отделении реанимации достигает 70–87%.

По данным G. L. Bryson и соавт., ПОД развивается в течение 24 часов после операции или с интервалом в один или несколько дней после промежутка ясного сознания. Делирий, который развивается непосредственно после выхода из общей анестезии, обычно проходит в течение нескольких минут или часов. Этот тип делирия наиболее характерен для детей, хотя может встречаться в любой возрастной группе. Делирий, который развивается после интервала ясного сознания, как правило, начинается между вторым и седьмым послеоперационными днями и обычно продолжается от нескольких часов до нескольких дней, но симптомы могут сохраняться в течение нескольких недель или месяцев [3].

В литературе описано не менее 60 факторов риска развития ПОД [24]. Основными из них являются возраст более 60 лет, нарушения питания, дегидратация и обстипация [22], нарушение сна в предоперационном периоде, чрезмерные эмоциональные эпизоды, общая анестезия, интраоперационная гиперкапния, продолжительность операции более 3-5ч [21]. Интраоперационные факторы риска включают кровопотерю, продолжительность оперативного вме-

шатательства [20]. Послеоперационными факторами риска является анемия, гипо- или гипернатриемия, лихорадка и др. [21]. Отдельные операции, такие как ортопедические операции, аневризма брюшной аорты и кардиоторакальная хирургия, являются сильными предикторами повышенного риска ПОД [10]. У пациентов после аортокоронарного шунтирования (АКШ) такие сопутствующие заболевания как ожирение, гипертония, диабет, заболевания периферических сосудов, фибрилляция предсердий, инсульт и, что наиболее важно, ранее отмеченные когнитивные нарушения, обуславливали статистически значимый риск ПОД [15].

Факторы риска развития делирия могут быть классифицированы как предрасполагающие и инициирующие [25]. К первой категории относятся возраст, предшествующие когнитивные нарушения, микроструктурные изменения в лимбической системе, низкий физический статус, наличие тяжелой соматической патологии [1]. Кроме того, факторы риска развития ПОД можно разделить на модифицируемые и немодифицируемые. Факторы, на которые нельзя повлиять, - это возраст, когнитивный дефицит до операции, деменция, депрессия, сопутствующая патология (например, почечная недостаточность), тип (тяжесть) операции, генетические факторы. Факторы, на которые можно повлиять, - это инфекция и воспаление, метаболические нарушения, назначения препаратов, боль и дискомфорт (например, мочевого катетер), нарушения сна.

На нарушение сна влияет целый ряд факторов, присутствующих в ОРИТ, среди которых: освещение помещения в ночное время, круглосуточные процедуры и мероприятия, разговоры медперсонала, незнакомая обстановка, отсутствие привычных вещей, ограничение движения. Связь между делирием и нарушением сна демонстрирует теория суточной дисрегуляции [5]. Тяжелая депривация сна повышает вероятность развития делирия в десять раз. Пожилые пациенты особенно восприимчивы к сенсорной депривации и нарушению сна.

При этом нарушение сна, как один из факторов развития делирия, относится к модифицируемым факторам, а, значит, определенная реорганизация работы ОРИТ может способствовать снижению уровня его развития. Считается, что в идеальном отделении интенсивной терапии будущего проявление делирия снизится почти до нуля [17]. Фундаментальной предпосылкой для реализации концепции «ОИТ без делирия» является состояние бодрствования, отсутствие седативных препаратов, отсутствие болей, комфортное состояние пациента.

Из всех потенциальных факторов риска предоперационные могут быть идеальными объектами оптимизации для снижения риска развития когнитивного дефицита. В частности, питание, а, точнее, мальнутриция, представляет собой значительный и потенциально обратимый фактор риска.

### **Старческая астения и ПОД**

Синдром старческой астении – ключевое понятие современной гериатрии; оно характеризуется многокомпонентностью, возникает при значительном снижении уровня физической работоспособности, когнитивном дефиците, что приводит к усилению зависимости от посторонней помощи и снижению качества жизни [2].

На основе научных данных предложено выделить и отнести предоперационные факторы риска постоперационного делирия, ассоциированных с синдромом старческой астении, к четырем группам:

1. наличие собственно старческой астении;
2. гериатрические синдромы:
  - 2.1. синдром когнитивных расстройств,
  - 2.2. синдром мальнутриции,
  - 2.3. нескорректированные нарушения зрения,
  - 2.4. нескорректированные нарушения слуха.
3. факторы медикаментозного характера:
  - 3.1. наличие полипрагмазии;

3.2. применение медикаментов для лечения хронической соматической патологии (фуросемид, парацетам);

3.3. применение препаратов для премедикации (атропин, бензодиазепины).

4. факторы клинико-организационного характера:

4.1. пребывание в больнице трое и более суток до дня проведения операции;

4.2. предоперационные ограничения в пище и жидкости более 12 часов до операции.

5. Экстренность хирургического вмешательства на органах брюшной полости с последующим развитием кровопотери, либо гемотранфузии, либо гипоальбуминемии [4].

Снижению риска развития ПОД, его частоты и продолжительности способствует:

оптимизация предоперационной подготовки пациентов старших возрастных групп к плановым оперативным вмешательствам, заключающаяся в обязательном проведении СГО с целью выявления синдрома старческой астении и гериатрических синдромов, реализации мероприятий, направленных на коррекцию основных гериатрических синдромов, ликвидации сенсорной депривации, пересмотре базисной медикаментозной терапии для снижения степени полипрагмазии и исключения провоцирующих ПОД препаратов, в клинико-организационных мероприятиях, направленных на сокращение сроков предоперационного пребывания пациентов в стационаре и ликвидацию чрезмерных для пожилого возраста предоперационных пищевых и водных ограничений.

## **ПРОФИЛАКТИКА ДЕЛИРИЯ**

### **Прогнозирование ПОД**

Прогнозирование ПОД и управление им в ОРИТ быстро развивались в течение последнего десятилетия в связи с применением доказанно надежных и легко воспроизводимых шкал. Общество критической медицины (Society of Critical Care Medicine) рекомендует две системы для выявления делирия в ОРИТ. Одной из них является система Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) – скрининговый контрольный лист, основанный на проявлениях делирия и оценке состояния пациента по пунктам, включая измененный уровень сознания, внимания, дезориентации, особенности психомоторных реакций, нарушений цикла «сон – бодрствование» и колебаний симптомов. У пациентов, имеющих более 4 баллов, диагностируется делирий с чувствительностью 99% и специфичностью 35%.

Высокую специфичность (98–100%), чувствительность (93–100%) и надежность показал метод оценки психического статуса Confusion assessment method intensive care unit (CAM-ICU), по сути, представляющий собой алгоритм диагностики делирия. Алгоритм используется в комбинации с шкалой Richmond Agitation Sedation Score (RASS) (Табл. 1) и другими шкалами, которые могут быть использованы как старшим, так и средним медицинским персоналом ОИТ, а также врачами других специальностей [26].

Таблица 1. **RASS: Ричмондская шкала оценки ажитации и седации**

Баллы	Состояние пациента	Описание
+4	Агрессивен	Пациент агрессивен, возникают эпизоды выраженного психомоторного возбуждения, возможно нанесение физического ущерба медицинскому персоналу
+3	Выраженная	Пациент агрессивен, удаляет ажитация катетеры, зонды, дренажи, трубки

+2	Ажитация	Частая нецеленаправленная двигательная активность, «борьба» с респиратором при проведении ИВЛ
+1	Беспокойство	Пациент беспокоен, иногда испуган, но неагрессивен, а двигательная активность не имеет деструктивной направленности
0	Спокойствие и внимательность	
-1	Сонливость	Недостаточно внимателен, пробуждается на оклик отсроченно: открывает глаза, фиксирует взор более 10 с
-2	Легкая седация	Пробудим на оклик (открывает глаза, но фиксирует взор менее 10с)
-3	Умеренная седация	Двигательная активность или открывание глаз в ответ на оклик без фиксации взора
-4	Глубокая седация	Нет реакции на оклик, но двигательная активность или открывание глаз на проприоцептивные и ноцицептивные раздражители
-5	Отсутствие пробуждения	Нет реакции ни на оклик, ни на проприоцептивные и ноцицептивные раздражители

Алгоритм обеспечивает структуру оценки седации и делирия, которая может быть выполнена менее чем за 2 мин. Протоколы диагностики делирия очень полезны в отслеживании динамики изменений неврологического статуса пациентов с параллельной коррекцией доз наркотических и седативных препаратов. Эффективностью использования алгоритма и шкалы RASS являются уменьшение продолжительности делирия и снижение дозы медикаментов, таких как галоперидол, дроперидол, оланзапин, рисперидон, кветиапин [27].

### **Инструменты для выявления мальнутриции и прогнозирования ПОД**

Учитывая, что мальнутриция является независимым фактором риска развития ПОД, инструменты прогнозирования мальнутриции могут одновременно предсказывать развитие ПОД. Одной из таких оценок является прогностический индекс питания (ПНИ), который отражает иммунно-нутритивный статус. Другие инструменты скрининга, такие как краткая форма мини-оценки питания (MNA-SF), включающая вопросы, касающиеся приема пищи, нейропсихологического состояния и подвижности, среди прочего, обнаружили столь же тесную связь между питанием и ПОД. MNA-SF хорошо зарекомендовал себя для использования у пожилых людей. Однако тем, кто получает полное парентеральное питание или у кого было отмечено на исходном уровне неудовлетворительное когнитивное состояние, использование MNA-SF может быть противопоказано, что является ограничением этой скрининговой оценки [29].

### **Предоперационная подготовка пожилых пациентов с переломом бедра**

Многочисленные зарубежные исследования показали, что гериатрическая консультация в предоперационном периоде, по возможности, более раннее оперативное лечение, эффективные стратегии обезболивания и обучение персонала может уменьшить число и серьезность последствий ПОД у пожилых пациентов с переломами. В большинстве из этих исследований у многих пациентов было выявлено снижение когнитивной функции до операции. На основе изучения многофакторного подхода для предотвращения развития ПОД у пожилых пациентов с переломом бедра была предложена следующая предоперационная подготовка:

- среднее АД более чем 90 мм рт. ст.,
- переливание донорских эритроцитов, чтобы содержание гемоглобина было не менее 10 г/дл,
- адекватное обезболивание,

- увеличение объема вводимой жидкости,
- нормотермия
- недопущение полипрагмазии.

Интраоперационно проводилась спинальная анестезия с седацией пропофолом, а послеоперационное обезболивание проводилось парацетамолом и, при необходимости, опиоидными анальгетиками. Этот многофакторный подход привел к сокращению частоты развития ПД на 35%.

С помощью ряда нефармакологических воздействий, включающих частую переориентацию, участие в когнитивно стимулирующих действиях, применение нефармакологических средств, благоприятствующих засыпанию, среды, способствующей наступлению сна, поощрение физической активности, использование визуальных и слуховых средств и раннего лечения обезвоживания, можно добиться снижения частоты развития делирия, уменьшения суммарной продолжительности и общего количества эпизодов делирия. Новым направлением в немедикаментозной профилактике и лечении делирия является применение методик виртуальной реальности [5].

Одним из многообещающих инструментов, предназначенных для сведения к минимуму воздействие факторов риска развития делирия, является мультикомпонентный протокол. Данный протокол содержит ряд протоколов, четко прописывающих действия для переориентации пациентов и когнитивной стимуляции: нефармакологический протокол сна, ранняя мобилизация и физические упражнения, раннее удаление катетеров, которые приводят к физическим ограничениям, использование очков, увеличительных линз и слуховых аппаратов, ранняя коррекция дегидратации [3].

### **Уход, ориентированный на семью и пациента**

Присутствие семьи и близких у постели пациента имеет решающее значение для выздоровления, поэтому продление времени посещений до 24 часов в день, 7 дней в неделю является показателем качества для отделения интенсивной терапии [12]. Это означает не только то, что член семьи может спать в одной комнате, приводить с собой детей, друзей или домашних животных, но также может играть роль в уходе за пациентом.

Важно отметить, что семье также потребуется психологическая и социальная поддержка, чтобы научиться оказывать поддержку пациенту [28]. Эффективность удовлетворения семейных потребностей тяжелобольных пациентов обеспечивается группами поддержки в отделениях интенсивной терапии и за их пределами, структурированными коммуникационными и/или образовательными программами, предоставлением информационных/справочных брошюр [19].

Вмешательства под руководством медсестры для улучшения результатов ухода, проводимого семьей в отделении интенсивной терапии, включают, в частности, обучение с применением цифровых технологий, эмоциональную поддержку со стороны медсестры [16]. Все это способствует участию семьи в уходе за близким человеком и помогает принимать решения, улучшая взаимодействие врача и семьи, понимание состояния пациента и снижая развитие посттравматического стрессового расстройства. Удовлетворенность семьи может быть повышена за счет обеспечения комфортной физической среды и мер по снижению шума [19].

### **Список использованной литературы**

1. Жихарев В.А., Корячкин В.А. и соавт. Прогнозирование послеоперационного делирия у пациентов пожилого возраста // Медицина: теория и практика, 2018. Том 3, №4. С.53-58
2. Ильницкий А., Процаев К., Варавина Л. и др. Синдром старческой астении (frailty): клиника, диагностика, лечение, профилактика // Врач, 2014. 6: 3–5.

3. Камбаров З.Г., Муминов Б.Е. Современные представления об этиологии и патогенезе послеоперационных когнитивных расстройств, послеоперационном делирии, методах диагностики, профилактики и лечения (обзор литературы) // Экономика и социум, 2023. №2(105). С. 669-681
4. Кудрявцев О.И., Козлов К.Л. и др. Преоперационные факторы риска послеоперационного делирия, ассоциированные с синдромом старческой астении // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики, 2020 г. № 2. С.117-131
5. Толипов Б.Т., Маматов Б.Ю. Превентивная седация на основе прогнозирования риска развития делирия у пациентов с острым коронарным синдромом // Экономика и социум, 2023. №2(105), с. 1105-1116
6. Adamis D, Treloar A, Martin FC, Macdonald AJ. A brief review of the history of delirium as a mental disorder. *Hist Psychiatry*. 2007;**18**(72 Pt 4):459–469.
7. Barr J, Fraser G.L., et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit. Care. Med*. 2013; 41 (1): 263–306.
8. Breitbart W, Gibson C, Tremblay A. The delirium experience: delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. *Psychosomatics*. 2002;**43**(3):183–194.
9. Brummel NE, Girard TD, Ely EW, et al. Feasibility and safety of early combined cognitive and physical therapy for critically ill medical and surgical patients: The Activity and Cognitive Therapy in ICU (ACT-ICU) trial. *Intensive Care Med*. 2014;**40**(3):370–379.
10. Dammavalam V, Murphy J, et al. Perioperative cognition in association with malnutrition and frailty: a narrative review. *Front Neurosci*. 2023 Nov 2; 17:1275201.
11. Dong B, Wang J, Li P, Li J, Liu M, Zhang H. The impact of preoperative malnutrition on postoperative delirium: a systematic review and meta-analysis. *Perioper Med (Lond)*. 2023 Oct 26;12(1):55.
12. Ely EW. The ABCDEF bundle: science and philosophy of how ICU liberation serves patients and families. *Crit Care Med*. 2017;**45**(2):321–330.
13. Franco J.G., Trzepacz P.T., et al. Delirium diagnostic tool-provisional (DDT-Pro) scores in delirium, subsyndromal delirium and no delirium. *Gen. Hosp. Psychiatry*. 2020; 67:107–114.
14. Girard TD, Jackson JC, et al. Delirium as a predictor of long-term cognitive impairment in survivors of critical illness. *Crit Care Med*. 2010; **38** (7):1513–1520.
15. Greaves D., Psaltis P. J. et al. (2020). Risk factors for delirium and cognitive decline following coronary artery bypass grafting surgery: a systematic review and meta-analysis. *J. Am. Heart Assoc*. 2020.
16. Kiwanuka F, Sak-Dankosky N, et al. The evidence base of nurse-led family interventions for improving family outcomes in adult critical care settings: a mixed method systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2022; **125**:104100.
17. Kotfis K, van Diem-Zaal I, et al. The future of intensive care: delirium should no longer be an issue. *Crit Care*. 2022 Jul 5;26(1):200.
18. Kotfis K, Williams Roberson S, et al. COVID-19: ICU delirium management during SARS-CoV-2 pandemic. *Crit Care*. 2020;**24**(1):176.
19. Kynoch K, Chang A, Coyer F, McArdle A. The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review update. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2016;**14**(3):181–234.
20. Li H., Li C.D., et al. Analysis of risk factors for delirium in the elderly patients after spinal operation. *Chinese Beijing Da XueXue Bao*. 2012; 44: 467–270.
21. Monk T.G., Price C.C. Postoperative cognitive disorders. *Curr. Opin. Crit. Care*. 2011; 17: 376–81.
22. O’Mahony R., Murthy L., Akunne A., Young J. Guideline Development Group. Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence guideline for prevention of delirium. *Ann. Intern. Med*. 2011; Jun. 7; 154 (11): 746–751.
23. Patil S., Gonuguntala K., et al. Delirium is an important predictor of mortality in elderly patients with STElevation myocardial infarction: Insight from National Inpatient Sample database. *Coron. Artery Dis*. 2020;31(8):665–670.
24. Pinho C., Cruz S., et al. Postoperative delirium: age and low functional reserve as independent risk factors. *J. Clin. Anesth*. 2016; Sep. 33: 507–513.
25. Rengel K.F., Pandharipande P.P., Hughes C.G., Postoperative delirium. *Presse Med*. 2018; 47(4): 53–64
26. Riker R.R., Picard J.T., Fraser G.L. Prospective evaluation of the Sedation Agitation Scale for adult critically ill patients. *Crit. Care Med*. 1999; 19: 1317–1249.
27. Van den Boogaard M., Pickkers P., et al. Implementation of a delirium assessment tool in the ICU can influence haloperidol use. *Crit. Care*. 2009; 13 (4): R131.
28. Wilk C, Petrinc A. Caregiver willingness to provide care in the ICU: a concept analysis. *Nurs Forum*. 2021;**56**(3):684–692.
29. Zhao Y, Ge N, et al. The geriatric nutrition risk index versus the mini-nutritional assessment short form in predicting postoperative delirium and hospital length of stay among older non-cardiac surgical patients: a prospective cohort study. *BMC Geriatr*. 2020:107.
30. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. American Psychiatric Association; 2013.

## УХОД ЗА РОТОВОЙ ПОЛОСТЬЮ ПРОТИВ... БОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н.

ФГБОУ «СЗГМУ им.И.И. Мечникова»

### Аннотация

Одной из актуальных проблем на сегодня остается проблема инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Примечательно то, что проблема остается несмотря на ужесточение требований к медицинской деятельности, появление новых редакций санитарных правил, проведение производственного контроля, применение научно-обоснованной техники гигиены рук, рекомендованной ВОЗ, проведение дезинфекционных мероприятий современными качественными дезинфектантами, обязательного прохождения цикла для повышения квалификации медицинского персонала по ИСМП.

**Цель:** установить наиболее актуальные проблемы, связанные с ИСМП, «пробелы» в сестринской практике, усугубляющие состояние вопроса, и рассмотреть научно-обоснованные рекомендации для профилактики ИСМП

**Методы:** поиск и анализ тематических научных публикаций в электронных базах данных Киберленинка и Pubmed за период с 2018 по 2024 год

**Результаты:** предприняты единичные попытки подвести научную основу под сестринскую практику/уход за пациентами

**Выводы:** при изучении вопросов ИСМП не рассматривается вопрос научной обоснованности сестринской деятельности и попыток включить в сестринскую практику вмешательства, доказавшие свою эффективность в отношении профилактики, в частности, госпитальной пневмонии и вентилятор-ассоциированной пневмонии

*Ключевые слова:* больничная пневмония, сестринский уход, уход за ротовой полостью

### Abstract

One of the pressing problems today is that of infections associated with the provision of medical care. It is in spite of having the requirements for medical activities tighten, new editions of sanitary rules, production control, the use of scientifically based hand hygiene techniques preferred by WHO, the implementation of disinfection measures with modern high-quality disinfectants, the mandatory cycle for advanced training of medical personnel for HAI.

**Purpose:** to identify the most pressing problems associated with HAIs, “gaps” in nursing practice that aggravate the issue, and consider evidence-based recommendations for the prevention of HAIs

**Methods:** search and analysis of the relevant scientific publications in the Cyberleninka and Pubmed electronic databases for the period from 2018 to 2024

**Findings:** sporadic attempts have been made to provide a scientific basis for nursing practice/patient care

**Conclusion:** HAI-related studies neither consider the issue of the scientific validity of nursing practice, and nor any attempts to include in nursing activities interventions that have proven as effective ones in preventing, in particular, hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia

*Key words:* hospital pneumonia, nursing, mouth care

Одним из критериев качества медицинской помощи является безопасность. Этому критерию должна соответствовать, безусловно, и сестринская деятельность, которая должна содействовать обеспечению безопасности пациентов и персонала, включая эпидемиологическую безопасность медицинской помощи. Наиболее существенной составляющей всего комплекса безопасности считается профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи [8].

Каково состояние вопроса на данный момент в целом? Каковы перспективы этого явления, название которого претерпело изменения за последние 176 лет, и трансформировалось из «госпитализма» [16], - термина, впервые введенного в 1830 году Дж. Симпсоном в Англии для обозначения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, - в ИСМП пройдя определенный этап под названием «ВБИ»?

Сегодня инфекция, связанная с медицинской помощью (ИСМП), – это единый объединяющий термин для обозначения группы инфекций, в который трансформировалось современное представление о внутрибольничных инфекциях. Они определяются как любое клинически выраженное инфекционное заболевание, присоединившиеся у пациента в результате оказания медицинской помощи во время госпитализации, в амбулаторно-поликлинических условиях или на дому, вне медицинской организации, а также у медицинских работников в силу осуществления профессиональной деятельности [7].

Реалии дня таковы, что различные инфекционные осложнения остаются частой причиной смерти госпитализированных больных, значительно увеличивают длительность стационарного лечения. По результатам научных исследований в Российской Федерации установлено, что ИСМП в среднем поражают 10% пациентов, находящихся в стационарах страны, составляя ежегодно не менее 2,5–3,0 млн случаев, при этом общий ежегодный экономический ущерб, по данным российских экспертов, может достигать 300 млрд руб. [5] (при этом еще 10 лет тому назад ежегодная сумма экономического ущерба от ВБИ в России оценивалась в 5 млрд руб.) [4].

Более трех четвертей ИСМП представлены раневыми гнойно-септическими осложнениями (далее ГСО). Несмотря на достижения науки и практики в области разработки инновационных технологий, при осуществлении хирургических вмешательств, производства и применения новейших антибиотиков, антисептиков и дезинфектантов проблема возникновения ГСО не становится меньше, а наоборот, обостряется [9]. То есть, переходя на фольклор, можно вспомнить тот самый воз, который и ныне там...

Человечество долго шло к пониманию истинных причин внутрибольничной инфекции (по некоторым подсчетам, потребовалось 17 столетий!) Как это ни парадоксально, но исторически они связываются с появлением госпиталей и, безусловно, с отсутствием понимания правильной их организации, убожеством условий, отсутствием элементарных знаний о гигиене и понимании причин распространения инфекций. Как повествуют источники, в первом многопрофильном 300-кочном госпитале, основанном в 369г. при базилике Святого Цезаря, оказывалась помощь, в том числе, больным чумой и лепрой, а в сиротском приюте Отель Дье де Пари (656 г.) после преобразования его в универсальное лечебное заведение для неимущих в одной кровати могли лежать пять увечных, убогих и больных по причине их большого числа [2].

На сегодняшний день знание причин возникновения ИСМП значительно расширено и углублено. Традиционно рассматриваются три вида факторов риска: связанные с пациентом, связанные с профилактикой инфекции и связанные с процедурами. Факторами, связанными с пациентом, являются острое или хроническое тяжелое заболевание, кома, недостаточность питания, длительный срок пребывания в больнице, гипотония, метаболический ацидоз, курение и сопутствующие заболевания (особенно со стороны центральной нервной системы, а также

хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), сахарный диабет, алкоголизм), хроническая почечная недостаточность и дыхательная недостаточность). Среди факторов риска, связанных с профилактикой инфекций, отмечается недостаточная гигиена рук или неправильный уход за устройствами респираторной поддержки. По данным некоторых исследований, в хирургической практике в 69,2% случаев инструменты и перевязочный материал служили факторами передачи возбудителей инфекций по причине неэффективной работы стерилизационной аппаратуры, а в 30,8% – вследствие нарушений асептики персоналом при работе со стерильным материалом [3].

Наконец, среди факторов, связанных с процедурами, наиболее признанными являются введение седативных средств, кортикостероидов и других иммунодепрессантов, длительные хирургические процедуры (особенно на грудном или абдоминальном уровне) и длительное/неподходящее лечение антибиотиками. В более поздних исследованиях наблюдался повышенный риск внутрибольничной пневмонии у пациентов, которые во время госпитализации получали препараты, модифицирующие кислотность желудочного сока [19].

### **Госпитальная (нозокомиальная) пневмония и вентилятор-ассоциированная пневмония**

Серьезную угрозу для стационарных пациентов представляют госпитальная пневмония (ГП) и вентилятор-ассоциированная пневмония (ВАП). При этом обращается внимание на неоднородность существующих определений ГП, поэтому в данном контексте под ГП понимается пневмония, которая появляется через 48 часов с момента госпитализации в отделении интенсивной терапии (ОИТ) или в больничной палате, независимо от того, связана она с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ) или нет [19].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), применение некоторых инвазивных устройств (например, механической вентиляции легких) является основным из наиболее значительных факторов риска заражения ИСМП. Под вентилятор-ассоциированной пневмонией (ВАП) понимают пневмонию, развившуюся не ранее чем через 48 часов после интубации трахеи, наложения трахеостомы и начала искусственной вентиляции легких, при отсутствии клинико-лабораторных признаков пневмонии на момент интубации [1]. По данным крупного многоцентрового российского исследования «ЭРГИНИ» (2016), доля инфекций нижних дыхательных путей, включая ВАП, составляет 42,2% от общего количества инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи [11]. В зависимости от продолжительности ИВЛ, популяции больных и их степени тяжести частота ВАП колеблется от 9 до 80%.

Пациенты со следующими факторами риска могут быть дополнительно предрасположены к ВАП из-за микроорганизмов с множественной лекарственной устойчивостью:

- Муковисцидоз или бронхоэктатическая болезнь
- Септический шок
- Острый респираторный дистресс-синдром
- Заместительная почечная терапия перед ВАП
- Не менее 5 дней госпитализации [14].

Развитие госпитальной пневмонии, особенно ВАП, обычно связано с микро- и макроаспирацией содержимого ротоглотки [12]. Кроме того, ингибиторы протонной помпы и блокаторы h<sub>2</sub> гистаминовых рецепторов, \* подавляя выработку кислоты, могут позволить внутрибольничным патогенам колонизировать ротоглотку и эндотрахеальную трубку и аспирироваться [17]. Такие факторы риска, специфичные для ВАП как возраст, недавнее хирургическое вмешательство и госпитализация по неврологическим причинам или по причине сердечно-сосудистой недостаточности, повышают риск аспирации.

\* блокаторы h2 гистаминовых рецепторов - лекарственные препараты, предназначенные для лечения кислотозависимых заболеваний желудочно-кишечного тракта за счёт снижения продукции соляной кислоты посредством блокирования H2-гистаминовых рецепторов париетальных клеток слизистой оболочки желудка.

**Оценка влияния гигиены полости рта на развитие вентилятор-ассоциированной пневмонии у пациентов в критическом состоянии, находящихся на искусственной вентиляции легких в отделениях интенсивной терапии, показала, что жидкость для полоскания рта или гель с хлоргексидином, вероятно, снижает частоту развития ВАП у пациентов в критическом состоянии с 26% до примерно 18% по сравнению с плацебо или обычным лечением.**

### **Профилактика колонизации и аспирации. Сестринский аспект**

Профилактика ГП и ВАП зависит от множества подходов к устранению индивидуальных факторов риска аспирации и передачи нозокомиального заболевания. Некоторые основные мероприятия, направленные на устранение модифицируемых факторов риска НП, имеют достаточно высокую степень обоснованности. Среди них: общие рекомендации по инфекционному контролю, мероприятия, направленные на сокращение продолжительности инвазивной респираторной поддержки, борьба с экзогенным инфицированием и профилактика орофарингеальной колонизации и аспирации, а также рекомендации по уходу за интубированными больными.

Относительно простые подходы и манипуляции способны существенно уменьшить риск развития НП. Об этом красноречиво свидетельствуют результаты работы тех учреждений, где плотность заболеваемости НП удалось сократить до 3,7 случая на 1000 дней ИВЛ [15]. При этом, отмечается, что роль таких простых мер, как уход за полостью рта, игнорируется, несмотря на многочисленные доказательства того, что они играют важную роль в предотвращении ВАП [13]. Адекватный туалет ротоглотки (аспирация слизи специальным катетером, полоскание рта, чистка зубов, обработка ротоглотки раствором хлоргексидина не менее 2 раз в сутки), а также применение закрытых аспирационных систем (ЗАС) для санации трахеобронхиального дерева (ТБД) относятся к уровню рекомендаций В [10].

Проблема не только в том, что актуальность ИСМП сохраняется по сей день, однако в том, что сестринская практика не выросла до уровня научного подхода и применения научных данных, доказавших свою эффективность. При этом, как показало не одно исследование, медицинские сестры могут улучшить результаты лечения пневмонии, проводя мероприятия по гигиене полости рта всем взрослым пациентам, поступившим в больницу, что снижает общие больничные расходы, продолжительность пребывания и смертность пациентов [18].

### **Протокол обработки полости рта**

Одним из эффективных профилактических мероприятий по снижению частоты ранней пневмонии, вызванной условно патогенными бактериями, считаются протоколы обработки полости рта. Как показало одно из исследований, проведенных в отделении нейрореанимации РНЦЭМП АФ, внедрение протокола ухода за полостью рта способствует увеличению срока ИВЛ без пневмонии, снижению степени риска развития и уменьшению ее тяжести. Анализ времени манифестации НП ИВЛ доказывает, что специализированный протокол у пациентов на ИВЛ приводит к уменьшению частоты развития ранней НП. В протокол профилактики НП ИВЛ были включены ниже следующие мероприятия:

1. Оценка жизненно важных функций гемодинамики и дыхания. Увеличение давления в манжете эндотрахеальной трубки до 100 мм рт. ст. и подготовка отсоса для санации полости рта, трахеи и надманжеточного пространства.

2. Обеспечение положения головы на боку, визуальная оценка мягких тканей полости рта.

3. Обработка полости рта салфеткой, пропитанной водным раствором 0,05 % хлоргексидина.

4. Обработка зубов и десен зубной щеткой. При отсутствии зубов и признаках кровотечения — только промывание.

5. Промывка и повторная обработка полости рта салфеткой, пропитанной водным раствором 0,05 % хлоргексидина.

6. Тщательная санация полости рта и надманжеточного пространства. Уменьшение давления в манжете эндотрахеальной трубки до 25–35 мм рт. ст., проверка герметичности.

7. Выполнение всех этапов процедуры трижды в сутки [10].

### Послесловие

На необходимость разработки протоколов обработки полости рта с систематической оценкой их эффективности, а также применение специальных приспособлений, способных улучшить качество этих манипуляций было указано еще в 2014 году. Однако, как отметили авторы, данный вид мероприятий ухода за реанимационными больными имел традиционно низкий приоритет у среднего медицинского персонала [6]. Приоритеты, в свою очередь, являются отражением профессионализма и ответственности. Вопрос заключается в том, насколько выросла ответственность и профессионализм за последние 10 лет. Ответ нам всегда подскажет статистика по тому или иному заболеванию.

### Список использованной литературы

1. Акимкин В.Г., Тутельян А.В., Брусина Е.Б. Перспективы научных исследований в области профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи // Дезинфекционное дело. 2014; 3: 5-11
2. Брусина Е.Б., Зуева Л.П., и соавт. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи: современная доктрина профилактики. Часть 1. Исторические предпосылки // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2018. № 18 (5). Стр. 17-24
3. Брусина Е.Б. Эволюция эпидемического процесса госпитальных гнойно-носпеитических инфекций в хирургии. Эпидемиология и инфекционные болезни // Главная медицинская сестра. 2014. № 2. С. 49–55
4. Малков А.Е. Решение проблемы внутрибольничной инфекции // Медицинская сестра. 2013. №8. С.46-47
5. Найговзина Н.Б. с соавт. Оптимизация системы мер борьбы и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в Российской Федерации. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение, 2018, 1: 17–26.
6. Пивкина А.И., Гусаров В.Г., Животнева И.В., Бодунова Г.Е. Качественный уход за полостью рта у больных на ИВЛ - пути решения проблемы (Сестринское исследование) // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова. 2014. №2.
7. Покровский В.И., Акимкин В.Г., Брико Н.И. и др. Основы современной классификации инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2011. № 3. С. 4
8. Сметанин В.Н. Эффективность использования современных средств стерилизации в профилактике ИСМП (краткий обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий, 2017.Т. 24, № 2. С. 226–232
9. Сметанин В.Н. Некоторые аспекты неспецифической профилактики ИСМП // Кронос: естественные и технические науки. 2020. №3 (31)
10. Шерматов А.А. Оценка эффективности протокола профилактики развития нозокомиальной пневмонии, связанной с искусственной вентиляцией легких в отделении нейрореанимации РНЦЭМП АФ // Экономика и социум. 2023. №2 (105).
11. Яковлев С.В., Суворова М.П. и соавт. Распространённость и клиническое значение нозокомиальных инфекций в лечебных учреждениях России: исследование ЭРГИНИ. Антибиотики и химиотерапия. 2016;61(5-6):32-42.)
12. Garrouste-Orgeas M., Chevret S., et al. Oropharyngeal or gastric colonization and nosocomial pneumonia in adult intensive care unit patients. Am J Respir Crit Care Med. 1997;156(5):1647-1655.
13. Gupta A, Gupta A, Singh TK, Saxsena A. Role of oral care to prevent VAP in mechanically ventilated Intensive Care Unit patients. Saudi J Anaesth. 2016 Jan-Mar;10(1):95-7.
14. Kalil AC, Metersky ML, Klompas M, et al. Management of adults with hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia: 2016 clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. Clin Infect Dis 2016; 63(5):e61–e111
15. Koff M.D., Corwin H.L., Beach M.L., et al. Reduction in ventilator associated pneumonia in a mixed intensive care unit after initiation of a novel hand hygiene program. J. Crit. Care. 2011; 26(5): 489–495.
16. Mangiadi J.R., Marcovici R. History of hospital-acquired infections. Доступно на: <http://optimusise.com/history-hospital-infection.php>
17. Tablan OC, Anderson LJ, et al. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guidelines for preventing healthcare-associated pneumonia, 2003: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. MMWR Recomm Rep 2004; 53(RR-3):1–36
18. Warren C, Medei MK, Wood B, Schutte D. A Nurse-Driven Oral Care Protocol to Reduce Hospital-Acquired Pneumonia. Am J Nurs. 2019 Feb;119(2):44-51.
19. Zaragoza R, Vidal-Cortés P, et al. Update of the treatment of nosocomial pneumonia in the ICU. Crit Care. 2020 Jun 29;24(1):383.

# КОГДА ОЦЕНКА ПОД УГРОЗОЙ ПРЕДВЗЯТОСТИ ИЛИ К ВОПРОСУ О ГОТОВНОСТИ СЕСТРИНСКОЙ ПРОФЕССИИ К ВНУТРЕННЕМУ АУДИТУ

Цуцунава М.Р., Подопригора Г.М., Аристидова С.Н.

ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

---

## Аннотация

Важнейшим аспектом качества медицинской помощи населению является качество сестринского обслуживания. При этом современная экспертиза качества медицинской помощи российского здравоохранения основывается только на оценке работы врачей.

**Цель** – определить потенциальные возможности для оценки сестринской помощи и установить препятствия, мешающие проведению внутреннего аудита сестринской деятельности

**Методы:** анализ тематических публикаций в электронных библиотеках Киберленинка и ELibrary

**Результаты:** разработанные стандарты, относящиеся к сестринской работе, ориентированы на технический аспект сестринской работы и знание специалистами алгоритмов выполнения простых медицинских услуг и сестринских манипуляций; основным препятствием к проведению внутреннего аудита сестринской деятельности является в целом отсутствие сестринской документации

**Выводы:** современное понимание концепции «качество сестринской помощи и средства его обеспечения» до сих пор носит крайне ограниченный характер, и едва ли может способствовать качеству медицинской помощи в целом

*Ключевые слова:* внутренний аудит, сестринский уход, медицинская сестра, оценка

---

## Abstract

The most important aspect of the medical care quality is that of the quality of nursing care. However, current investigations of the quality of medical care focuses only on the assessment of the doctors' outcomes.

**Purpose:** to identify any potential opportunities for nursing care to assess and to identify any barriers to an internal audit of nursing performance

**Methods:** analysis of the publications in the Cyberleninka and ELibrary electronic libraries

**Findings:** the nursing standards developed are focused on the technical aspect of nursing work and knowledge of algorithms for performing simple medical procedures and nursing manipulations; the main obstacle to conducting an internal audit of nursing activities is that of lack of nursing documentation (nursing plans of care) in general.

**Conclusion:** current understanding of the “quality of nursing care and means of ensuring it” concept is still extremely limited and hardly can contribute to the quality of medical care in general

*Key words:* internal audit, nursing, medical sister, nursing evaluation

---

Оказание медицинской помощи, соответствующей установленным критериям качества медицинской помощи, является одной из важнейших задач в сфере здравоохранения во всем мире. При этом важнейшим аспектом качества медицинской помощи населению является качество сестринского обслуживания, характеризующее деятельность отрасли как системы в целом [9].

Одним из подходов к выявлению и мобилизации резервов улучшения качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения, установлению соответствия или несоответствия установленным критериями или требованиям, прописанным в нормативных документах, регламентирующих деятельность медицинской организации, к идентификации рисков и предотвращению наступления неблагоприятных событий является проведение внутреннего аудита. Внутренний аудит является объективным инструментом контроля результативности, эффективности и безопасности функционирования как отдельных сотрудников и подразделений, так и организации в целом.

Данный подход закреплен в приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 года № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (далее – приказ №785н). Основным фактором, повлиявшим на развитие внутреннего аудита в российских компаниях, стал Федеральный закон от 06.12.2011 № 402-ФЗ «О бухгалтерском учете». В соответствии с этим законом все экономические субъекты обязаны осуществлять внутренний контроль совершаемых фактов хозяйственной деятельности, а экономические субъекты, подлежащие обязательному аудиту, помимо этого, должны осуществлять внутренний контроль ведения бухгалтерского учета и составления бухгалтерской отчетности [7].

Потребность в проведении аудита чаще связана с проверкой соблюдения выполнения требований стандартов, получением информации о состоянии дел, потребностью упорядочить процессы в организации и, таким образом, избежать административных последствий, следующих за обнаружением дефектов качества помощи при проведении внешнего аудита [5].

### **Определения, классификация внутреннего аудита**

Аудит — систематический процесс сбора, документирования и оценки информации с целью определения соответствия работы организации установленным стандартам качества [12]. В соответствии с определением Международного Института внутренних аудиторов, внутренний аудит — это деятельность по предоставлению независимых и объективных гарантий и консультаций, направленных на совершенствование деятельности организации. Главной функцией внутреннего аудитора является функция проверки существующих в организации систем внутреннего контроля на предмет достоверности представленных данных, эффективности работы организации, создание системы управления рисками организации, анализ ее эффективности, разработка процедур по их снижению, контроль за соответствием системе корпоративного управления компании [4].

Аудиты делятся на плановые (на основании программы аудитов) и внеплановые (на основании распоряжения главного врача). Периодичность проведения планового аудита должна составлять не реже 1 раза в год. Помимо этого, аудиты могут быть внутренними и внешними [8].

Аудит как процесс может быть представлен в виде последовательных пошаговых действий: составление плана аудита по определенной заранее теме, сбор целевой информации, измерение, где возможно, показателей, их оценка (сравнение с установленными критериями) и анализ причин выявленных отклонений с последующим информированием руководства учреждения о результатах аудита. Важным в процессе аудита следует считать предоставление аудиторами текущих консультаций персоналу с целью улучшения деятельности, устранения несоответствий в рабочих процессах, в чем состоит конструктивный характер аудита.

Как правило, целью независимых и ведомственных аудитов является проверка качества оказания медицинской помощи в целом или ее отдельных компонентов. Часто можно найти более узкие темы аудита: например, оценка соответствия клиническим рекомендациям порядка выполнения определенных процедур и назначения конкретных препаратов [11]. Чаще всего аудитам подвергаются заведующие структурными подразделениями, старшие медицинские сестры, врачи, медицинские сестры, младший медицинский персонал, иные ответственные лица.

В контексте сестринского дела аудит - систематическая, формальная и оформленная в письменном виде оценка содержания и процесса сестринской работы на основе сестринских историй выписанных пациентов (раздел ухода). Инструментом для сбора данных являются чек-листы с вопросами, ответы на которые выявляют степень качества ухода. Оценка обычно происходит после окончания цикла ухода, и поэтому аудит обычно является ретроспективным.

### **Организация аудита**

Организационная структура внутреннего аудита создается на основании управленческого решения – приказа руководителя, и может быть представлена в виде службы внутреннего аудита, находящейся в непосредственном подчинении главе учреждения здравоохранения. Приказом утверждается Положение о службе с указанием цели ее деятельности, задач, функций, назначением руководителя службы и персонального состава аудиторов, распределением их полномочий и ответственности, утверждением порядка деятельности и форм отчетности о работе.

Проведение аудита требует предварительного планирования и четкого понимания необходимого объема запрашиваемой информации и квалифицированной ее обработки.

На первом этапе составляется программа аудита – определяются область проверки, цели и задачи аудита с учетом требований законодательства, а также ранее выявленных несоответствий. Для этого проводится анализ нормативно-правовой базы, требования которой обязана соблюдать медицинская организация, и определяются основные направления аудита. Такими направлениями, в частности, могут быть:

*Обеспечение безопасности:*

- при использовании медицинских изделий;
- при использовании лекарственных средств;
- идентификация пациентов и биологического материала;
- а также информационной и эпидемиологической

*Работа с гражданами:*

- порядок работы с обращениями граждан;
- удовлетворенность пациентов и социологический опрос;
- соблюдение прав граждан;
- информированность пациентов о медицинской организации и правах пациента.

Для каждого направления на уровне медицинской организации разрабатываются порядки, положения, алгоритмы, методики проведения аудитов, определяются субъекты проверок.

К первому этапу можно отнести и определение состава комиссии по аудитам, членами комиссии должны быть наиболее компетентные в своей области сотрудники, а также возможно привлечение сторонних специалистов.

Если в организации создается служба внутреннего аудита, планирование работы данной службы осуществляется путем составления годовой программы аудитов, включающей:

- график проведения аудитов в отделениях / структурных подразделениях на предстоящий год;
- темы аудитов;
- критерии аудитов по каждой теме;

- порядок проведения аудитов и методы/методики аудитов;
- формы и сроки представления отчетности (протокол аудита, отчет по аудиту);
- персональный состав групп аудиторов и их руководителей.

Комиссия по внутреннему контролю, с учетом установленных направлений проверок, определяет перечень проверяемых подразделений и сотрудников, сроки аудита (не более 10 дней), ответственных лиц (внутренних аудиторов), участвующих в проверке.

На третьем этапе для проведения проверки составляется чек-лист с перечнем предельно четко установленных критериев, полученных по результатам анализа нормативно-правовой базы на первом этапе. Чек-лист включает вопросы в соответствии с целями и задачами подразделения, со спецификой его деятельности и работы проверяемых лиц.

На четвертом этапе чек-лист передается проверяемым лицам – сотрудникам подразделений, определяется алгоритм действий на рабочем месте с целью активного поиска соответствий или несоответствий. Сотрудники готовятся к прохождению проверки, обеспечивая наличие документов в подразделении (должностных инструкций, стандартных операционных процедур, листов или карт наблюдения за пациентами, алгоритмов, порядков, положений и т.д.) и заполняют чек-лист по наличию документов на рабочем месте.

На этапе проведения проверки аудиторы проверяют наличие документов в подразделении, осуществляют прямое наблюдение за процессами, опрос пациентов, собеседование с персоналом, заполняют чек-листы, где отмечают выявленные в ходе проверки несоответствия, дефекты, нежелательные события. Выявленные недостатки должны быть оценены с позиции угрозы причинения вреда жизни и здоровью пациента, а полученные данные интегрированы в процесс управления рисками.

На предпоследнем этапе оформляется отчет о проведенном аудите, где фиксируется перечень выявленных нежелательных событий и несоответствий и составляется план мероприятий по устранению нарушений, назначаются ответственные лица. Данная информация доводится до сведения всех участников и ответственных лиц на заключительном совещании, размещается в общедоступном месте. Устранение выявленных несоответствий является последним этапом внутреннего аудита и включает обязательный мониторинг, контроль, а также проведение надзорных аудитов.

Организационно-распорядительные документы определяют порядок работы организации и полномочия подразделений внутреннего аудита, устанавливают единые, обязательные для применения и исполнения требования к поведению его работников, а также порядок взаимодействия прочими заинтересованными сторонами. К ним относятся:

- положение об организации внутреннего аудита;
- положение о подразделении внутреннего аудита;
- кодекс деловой этики работников подразделения внутреннего аудита;
- положения об отделах подразделения внутреннего аудита;
- должностные инструкции работников подразделения внутреннего аудита и другие документы [10].

### **Когда оценке угрожает частное мнение...**

Как было сказано выше, потребность в проведении аудита чаще связана с проверкой соблюдения выполнения требований стандартов, получением информации о состоянии дел, потребностью упорядочить процессы в организации и т.п. Таким образом, вопросом «номер один» должен быть вопрос о наличии стандартов, касающихся сестринской деятельности.

В целом в России разработаны стандарты медицинской помощи, обязательные для выполнения, однако, как отмечают специалисты, они характеризуют лишь объем назначенных врачом диагностических и терапевтических вмешательств, в связи с чем появляется необходимость использования других документов в выбранной сфере аудита (например, федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению различных болезней) [6].

Что касается стандартов сестринской деятельности, то, как известно, стандартизация сестринской деятельности, как задача развития, была указана в Программе развития отрасли на период 2010-2020гг. Уже спустя три года с начала реализации Программы специалисты ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России Выскубова О.Ю. и Семикина Н.А. подняли вопрос о наличии в стране стандартов сестринской деятельности. Опираясь на результаты изученных литературных источников, авторы пришли к выводу, что на момент проведения исследования в рамках национальной стандартизации стандарты сестринской деятельности утверждены не были [2]. Данную тему продолжили другие специалисты из выше названного учреждения, и в 2015 году, среди указанных основных направлений развития системы управления обеспечением качества сестринской помощи, снова прозвучало это направление - разработка стандартов по всем номенклатурам специальностей в сестринском деле [9].

На сегодняшний день разработаны и утверждены ниже следующие стандарты, связанные с сестринской деятельностью:

«ГОСТ Р 52623.1—2008. Национальный стандарт Российской Федерации. Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования» (утв. и введен в действие Приказом Ростехрегулирования от 04.12.2008 N 359-ст)

«ГОСТ Р 52623.4—2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств» (утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 31.03.2015 N 200-ст).

«ГОСТ Р 52623.2—2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Технологии выполнения простых медицинских услуг. Десмургия, иммобилизация, бандажи, ортопедические пособия» (утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 31.03.2015 N 198-ст).

«ГОСТ Р 52623.3—2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода» (утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 31.03.2015 N 199-ст).

«ГОСТ Р 56377—2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Клинические рекомендации (протоколы лечения). Профилактика тромбоэмболических синдромов» (утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 31.03.2015 N 201-ст)

«ГОСТ Р 56819—2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней» (утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 30.11.2015 N 2089-ст) [1].

Обращает на себя внимание тот факт, что пять из перечисленных стандартов были утверждены в 2015 год. С тех пор, то есть за последние почти 9 лет, не появилось ни одного нового стандарта. При этом, как известно, стандарты успели утратить свою приоритетность, уступив это право клиническим рекомендациям. Тем не менее, опираясь на понимание сути аудита в целом, можно было бы заключить, что наличие перечисленных стандартов позволяет сегодня проводить внутренний аудит сестринской деятельности.

Однако, если при оценке качества сестринской работы ориентироваться только на выше перечисленные стандарты, едва ли можно было бы надеяться на улучшение показателей сестринской работы и качества медицинской помощи в целом, так как они сфокусированы исключительно на алгоритмы выполнения все тех же простых медицинских услуг или сестринских манипуляций и на оценке технических навыков медицинской сестры.

При этом, если снова обратиться к разделу «Определение, классификация внутренних аудитов», и вспомнить суть сестринского аудита, то из определений видна недвусмысленная связь между качеством сестринской работы и ведением сестринской документации об организованном и проведенном сестринском уходе, о которой при этом ни слова не сказано в выше названных стандартах. И, в первую очередь, это должна быть документация, свидетельствующая о выполнении главной роли медицинской сестры, ради которых, собственно, профессия однажды и появилась: сестринский план ухода.

Когда нет своих наработок, всегда можно обратиться к опыту коллег. Еще в 2007 году Камынина Н.Н. рассуждая на тему о необходимости совершенствования сестринской практики предложила в качестве одного из направлений деятельности изучение и обобщение зарубежного опыта организации сестринской деятельности в части стандартизации работы и услуг, оказываемых медицинскими сестрами. Крайне важным аргументом, подчеркивающих актуальность разработки стандартов, стала связь их наличия с долгожданным правом профессии на автономность [3].

Например, с точки зрения международной системы стандартов Joint Comission International (JCI) медицинская сестра должна документировать такую деятельность как наблюдения (для тяжелых пациентов), обучение пациента, вести карту первичного сестринского осмотра, карту ежедневного сестринского осмотра, лист оценки риска падения по Морзе, лист оценки боли, план лечения и ухода, дневниковые записи медицинской сестры, лист оценки риска пролежней по Брадону. Хорошая новость заключается в том, что сегодня медицинским учреждениям не надо ждать, когда появится тот или иной стандарт: в соответствии с Федеральным законом «О стандартизации в Российской Федерации» № 162-ФЗ от 29 июня 2015 г., организация получает право заниматься разработкой своих собственных стандартов и использовать их в своей практической деятельности, не забыв при этом его утвердить, как документ, призванный совершенствовать производство и обеспечивать качество услуг.

#### Послесловие

Почти 10 лет тому назад был констатирован факт проведения экспертизы качества медицинской помощи российского здравоохранения на основе оценки работы врачей. Сегодня можно согласиться с тем, что в отрасли мало, что изменилось, и оценка сестринского ухода и профессиональной сестринской помощи в должной мере остаются не затронутыми системой контроля качества [9]. Однако, более удручающим является осознание того, что, если оценка и проводится, то ее проводят эксперты мало что понимающие в сестринском деле или, что еще хуже, теми, кто решил сегодня делить медицинских сестер на «правых» и «левых». Но это уже другая история.

#### Список использованной литературы

1. Бурковская Ю.В., Камынина Н.Н. Организация деятельности руководителя сестринской службы по внедрению стандартов сестринской деятельности // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2020. №9-10
2. Выскубова О. Ю., Семикина Н. А. Проблемы стандартизации сестринской деятельности // БМИК. 2013. №12. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-standartizatsii-sestrinskoy-deyatelnosti>
3. Камынина Н.Н. Стандартизация сестринской деятельности: современные подходы к улучшению качества оказываемой медицинской помощи // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2007. №12
4. Карзин Д.А., Велютина В.Г. Внутренний аудит // Экономика и социум. 2014. №4-3 (13).
5. Криштопа Б.П., Горачук В.В. Организация внутреннего аудита в системе контроля качества медицинской помощи // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2014. Т.25. №4. С. 163–168.
6. Лядова М.В., Тучик Е.С. Вопросы экспертизы качества медицинской помощи в свете изменений в законодательстве и развития стандартизации здравоохранения Российской Федерации // Здравоохранение Российской Федерации. 2014. Т.58. №1. С. 34–37.
7. Михно Н.В., Евстафьева Ю.В., Ходакова О.В. Внутренние аудиты в медицинской организации как источник идентификации рисков нежелательных событий // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2023 г. №2. с.830-844
8. Хайруллин И.И. и соавт. Внутренний аудит медицинской организации и ее эффективность // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. 2015. №1. С. 49-57
9. Хохлова А. С. Мнения участников лечебно-диагностического процесса о качестве работы медицинских сестер хирургического стационара // БМИК. 2015. №5.

10. Чуднова С.Р. Организация внутреннего аудита // Экономика и социум. 2018. № 11(54). С. 1046-1050
11. Esposito P, Dal Canton A. Clinical audit, a valuable tool to improve quality of care: general methodology and applications in nephrology. World J Nephrol. 2014;3(4):249–255. doi: 10.5527/wjn. v3. i4.249
12. Ovretveit J. What are the best strategies for ensuring quality in hospitals? [Internet] Health Evidence Network report. Copenhagen; 2003 [cited 2017 Jul 10]. Available from: <http://www.euro.who.int/document/e82995.pdf>

## **ПРЕДЛОЖЕНИЯ (ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ) РОСЗДРАВНАДЗОРА ПО ОРГАНИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

(Примеры устанавливаемых несоответствий, имевшие место в медицинских организациях)

### **Устанавливаемые несоответствия**

**«Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий»:** в большинстве всех оцениваемых МО есть несоответствия, связанные с организационными аспектами обращения медицинских изделий. В частности, не организовано обучение персонала по вопросам контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий, не проводятся внутренние аудиты по данному направлению. В медицинских организациях доминирует формальный подход к регистрации и учету побочных действий и нежелательных реакций при применении медицинских изделий

**«Преемственность медицинской помощи. Передача клинической ответственности за пациента. Организация перевода пациентов в рамках одной медицинской организации и трансфер в другие медицинские организации»:** выявлены следующие несоответствия: в большинстве медицинских организаций отмечаются организационные проблемы при обеспечении преемственности медицинской помощи. В частности, отсутствуют алгоритмы маршрутизации, перевода внутри медицинской организации (в отделения реанимации из клинических отделений), выписки и перевода в другое медицинское учреждение (в том числе для выполнения диагностических процедур), организации внешних консультаций, алгоритмы трансфера разных категорий пациентов, алгоритмы передачи клинической информации за пациента при переводе и передаче дежурств, в том числе при передаче информации от медицинских сестер врачам, особенно в экстренных ситуациях – при ухудшении состояния пациентов.

**«Безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений»** как в рамках внутренних аудитов (61%), так и в рамках внешних аудитов (70%) в МО отмечается относительно высокий уровень соответствия в части обеспечения безопасной среды для пребывания пациентов. При этом в большинстве организаций не существует системы профилактики падений и пролежней пациентов, учет не ведется, а значит, эти случаи не анализируются, алгоритмы по профилактике рисков падений и пролежней не разработаны, пациенты и их родственники по вопросам профилактики рисков пролежней и падений не информируются.

### **УРОВЕНЬ СООТВЕТСТВИЯ – 40 - 65%**

**«Обеспечение лекарственной безопасности в медицинских организациях»:** в большинстве МО директивно исполняются требования по контролю условий хранения лекарственных препаратов (хотя во время проведения аудитов во всех организациях были зафиксированы случаи нарушения хранения прежде всего термолабильных лекарственных препаратов, в том числе в укладках врачей-реаниматологов – листенон, адреналин).

В большинстве МО были зафиксированы несоответствия установленным критериям в части маркировки флаконов с инфузионными растворами. Остаются нерешенными проблемы

со знаниями и учетом врачами факторов риска при назначении лекарственных препаратов, а также процесса назначения лекарственных препаратов, в том числе при гипердиагностике и полипрагмазии. При этом оценить соответствие выбора лекарственного препарата и его дозировки клиническим рекомендациям/протоколам лечения практически невозможно, ввиду отсутствия протоколов лечения на большинстве рабочих мест (даже при их наличии в федеральной электронной медицинской библиотеке).

**«Организация экстренной и неотложной помощи в стационаре»:** отсутствие в некоторых МО локальных алгоритмов оказания экстренной медицинской помощи, описывающих действия персонала в конкретных условиях стационара, а также отсутствие системы обучения персонала на рабочем месте (с использованием симуляторов) навыкам оказания экстренной помощи, например, сердечно-легочной реанимации, первичной помощи при шоке. Имеющиеся в МО клинические алгоритмы зачастую не соответствуют современным рекомендациям. Аудит выявил наличие разных алгоритмов в различных подразделениях одной организации.

**«Хирургическая безопасность»:** в большинстве МО имелись проблемы организационного характера: отсутствовали документы об организации полноценной системы обеспечения хирургической безопасности, включающей разработку и использование хирургического чек-листа, алгоритмов передачи клинической ответственности в послеоперационном периоде, оценку эффективности анестезиологических пособий и обезболивания в послеоперационном периоде. В большинстве организаций не используются шкалы оценки боли, помогающие объективизировать и индивидуализировать подход к обезболиванию.

**«Идентификация личности пациентов»:** не бралась в расчет группа показателей, предписывающих использование в МО для идентификации личности пациентов специальных идентификационных браслетов, поскольку данные показатели в большей степени носят рекомендательный характер. В некоторых МО приказами главного врача не определены минимальный набор идентификаторов (например, ФИО и возраст, но не палата и отделение) для установления личности пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи, не разработаны алгоритмы идентификации пациентов, находящихся в бессознательном состоянии, в том числе без документов, и пациентов, не владеющих русским языком.

#### **КРИТИЧЕСКИ НИЗКИЙ УРОВЕНЬ СООТВЕТСТВИЯ**

**«Система управления персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции»:** наблюдается значительное несоответствие установленным критериям, что свидетельствует об отсутствии современных подходов к комплексному управлению персоналом.

В большей степени несоответствие касается организационных аспектов работы МО в отношении развития кадрового потенциала сотрудников, использования социально-психологических методов управления персоналом и системы оценки эффективности и результативности. Наличие некоторых элементов непрерывного обучения и развития персонала, кадрового делопроизводства и использования административных методов управления персоналом не позволяют судить о комплексном подходе к управлению персоналом.

**«Эпидемиологическая безопасность. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи»:** к наиболее проблемным зонам практически все организации, внедряющие систему управления качеством на основе Предложений, относят отсутствие эффективного микробиологического мониторинга, проведения микробиологических исследований (прежде всего обеспечения доступности в режиме 24/7/365) и обеспечению рационального использования антибактериальных лекарственных препаратов. Кроме того, во многих МО требуется существенных улучшений работа по сокращению длительности пребывания пациентов в

стационаре (в том числе плановых хирургических больных) и профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

**«Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины. Соответствие клиническим рекомендациям (протоколам лечения)»:** при проведении внешних аудитов выяснилось, что большинство врачей не используют в повседневной работе протоколы лечения, основанные на данных доказательной медицины, чаще ведение больных осуществляется по принципу «у нас так принято», «у нас такая школа» и т.д.

*Источник:* Иванов И.В. Предложения Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности: результаты самооценки и внешнего аудита медицинских организаций // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. 2017. № 2. С. 33-38

---

---

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ  
**«СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»**  
2023, № 34

---

E-mail: [sp-zdrav2013@gmail.com](mailto: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](mailto:galanika@list.ru), [www.galanika.com](http://www.galanika.com)