

# ФОРУМ Долгосрочной Опеки

ISSN 2312-5713

№ 4(20) декабрь 2018



СЕСТРИНСКИЙ УХОД

Реабилитация

Профилактика



# НАДЕЖНАЯ ЗАЩИТА И КОМФОРТ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ



## Дышащий внешний слой

Паропроницаемый внешний слой позволяет коже «дышать», уменьшая тем самым риск возникновения раздражения кожи.



## Нейтрализация неприятного запаха

Антибактериальный суперабсорбент не только превращает жидкость в гель, но и нейтрализует неприятный запах.



## Эластомерная пряжа без латекса

Все эластичные элементы изготовлены из эластомерной пряжи без латекса, что снижает риск возникновения аллергических реакций у людей, склонных к аллергии на латекс.



## Повышенное чувство сухости

Распределющий слой EDS из нетканого материала обеспечивает более быстрое впитывание и равномерное распределение влаги внутри изделия, что значительно повышает чувство сухости.



## Широкий ассортимент впитывающих изделий Seni

позволяет сделать оптимальный выбор в зависимости от индивидуальных потребностей.



Консультации по продукции и заказ бесплатных образцов по телефону горячей линии Seni:  
8-800-200-800-3 (06:00-22:00, кроме выходных и праздничных дней. Звонки по России бесплатные)  
[www.seni.ru](http://www.seni.ru)

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

**Учредитель:**

Общество с ограниченной  
ответственностью «БЕЛЛА Восток»  
Генеральный директор – Е. Горковенко

**Юридический адрес:**

140300, Российская Федерация,  
Московская область, г. Егорьевск  
ул. Промышленная, дом 9

**Редакция:**

Главный редактор – К. Н. Кузнецова

**Адрес редакции:**

142712, Московская область,  
Ленинский р-н, пос. Горки Ленинские,  
зона придорожного сервиса автодороги  
«МКАД-аэропорт Домодедово»,  
владение 7, стр.1  
Тел./факс: +7(495) 726-55-25

**Адрес для писем и обращений:**

115583, г. Москва, а/я 59  
[fdo@bella-tzmo.ru](mailto:fdo@bella-tzmo.ru)

Свидетельство о регистрации  
средства массовой информации  
№ ПИ № ФС 77-57052 от 25.02.2014  
выдано Федеральной службой  
по надзору в сфере связи,  
информационных технологий  
и массовых коммуникаций

Тираж 3000 экз.  
Цена свободная  
16+

**Отпечатано в типографии:**  
ООО «Издательство «Перо»  
109052, г. Москва,  
Нижегородская ул., дом 29-33,  
строение 27, офис 105

**Верстка и редактура:**  
ООО «Издательство «Перо»  
[www.pero-print.ru](http://www.pero-print.ru)  
e-mail: [info@pero-print.ru](mailto:info@pero-print.ru)  
Тел.: +7 (495) 973-72-28, 665-34-36

## форум

Номер 4 (20) декабрь 2018 г.  
Подписано в печать 07.11.2018 г.  
Выход в свет 26.11.2018 г.

Использованы статьи из журнала  
«MEDI Форум Длительной Опеки»

Перепечатка, копирование или  
размножение в любой форме  
осуществляются только с разрешения  
ООО «БЕЛЛА Восток»

В журнале использованы фото  
авторов статей, [pressphoto.ru](http://pressphoto.ru),  
[pexels.com](http://pexels.com), [visualhunt.com](http://visualhunt.com)

## Дорогие друзья!

Представляем вам очередной номер журнала «Форум долгосрочной опеки». В этом номере мы поговорим о растущей роли медицинской сестры в оказании помощи пациенту.

К сожалению, число пациентов, нуждающихся в долгосрочном уходе, растет с каждым годом. В этой связи на первый план выходит средний медперсонал. Сейчас от него требуются высокий профессионализм, компетентность, организаторские способности и коммуникативные навыки, ведь именно на медицинскую сестру сегодня ложится функция не просто постоянного наблюдения и ухода за больным, но и обязанности менеджера: управление условиями содержания пациента, планирование ухода, контроль исполнения назначений врачей, оценка возможных проблем. Именно от них во многом зависят и финансовая успешность, и устойчивость медицинской организации в целом.

На страницах нашего журнала мы предоставили слово участникам 2-ой научно-практической конференции «Актуальные вопросы сестринского дела», которые высказали свой взгляд на ключевые аспекты работы медицинской сестры в современном здравоохранении.

Коллектив редакции благодарит авторов статей.  
Если у вас есть о чем рассказать, поделиться опытом с нашими читателями, то будем рады сотрудничеству.  
Пишите нам по адресу: [fdo@bella-tzmo.ru](mailto:fdo@bella-tzmo.ru)

# содержание

## ГЛАВНАЯ ТЕМА: СЕСТРИНСКИЙ УХОД

---

- 3 *T. A. Скалозуб*  
Сестринская помощь. Оценка эффективности при лечении больных гериатрического профиля
- 7 *K. В. Кормицкова*  
Повышенный уровень тревожности. Аспекты общения медицинского персонала с пациентами
- 10 *M. С. Худякова*  
Риск возникновения пролежней: новые технологии и комплексный подход
- 14 *P. A. Колесникова*  
Профилактика падений у пациентов, перенесших инсульт
- 16 *И.В. Козырева*  
Уход за пациентом. Интеграция мирового опыта

## ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

---

- 20 *A. Н. Комаров*  
Инсульт. Комплексная этапная реабилитация больных
- 24 *E. A. Омельченко*  
Создание преемственности между стационаром и домом. Стационар-замещающие технологии в реабилитации пациентов после инсульта на третьем этапе
- 28 *Ю.В. Девяткина*  
Коррекция синдрома хронической усталости у больных рассеянным склерозом

## ВАЖНО ЗНАТЬ

---

- 30 Сун Чер И  
«УДАР»: Узнайте больше о признаках инсульта
- 33 В.А. Шакирова  
Профилактика внутрибольничных инфекций
- 34 Е.А. Омельченко  
Как помочь семье с особым ребенком

# СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Скалозуб Татьяна Александровна,  
старшая медицинская сестра отделения паллиативной медицинской помощи  
ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УДП РФ

**С**естринское дело – важнейшая составляющая системы здравоохранения, располагающая значительными кадровыми ресурсами. Развитие системы сестринского обслуживания является частью общей тенденции к дальнейшему повышению экономической эффективности системы здравоохранения. Качество сестринского обслуживания является важнейшим аспектом медицинской помощи населению. Если качество работы врача в большинстве случаев оценивается по конечному результату, то выделить в этом результате долю среднего медперсонала и оценить, насколько работа медицинской сестры повлияла на состояние здоровья больного, достаточно сложно, особенно если отсутствуют прямые доказательства такого влияния.

### Роль сестринского ухода

Различные аспекты сестринской деятельности неразрывно связаны с лечебно-диагностическим процессом. В связи с этим сестринскому персоналу, от которого зависят эффективность лечения, реабилитация, выздоровление пациентов, особенно больных гериатрического профиля, здесь отведена значительная роль. При оказании медицинской помощи больным гериатрического профиля в сестринской деятельности выделяют такие важные её аспекты, как правильность выполнения медицинских процедур, своевременность выполнения врачебных назначений, соблюдение санитарных норм, ве-

*Новые технологии в здравоохранении и возросшие требования к качеству сестринского ухода приводят к необходимости совершенно иного уровня сестринского образования, подготовки компетентного и квалифицированного медицинского персонала.*



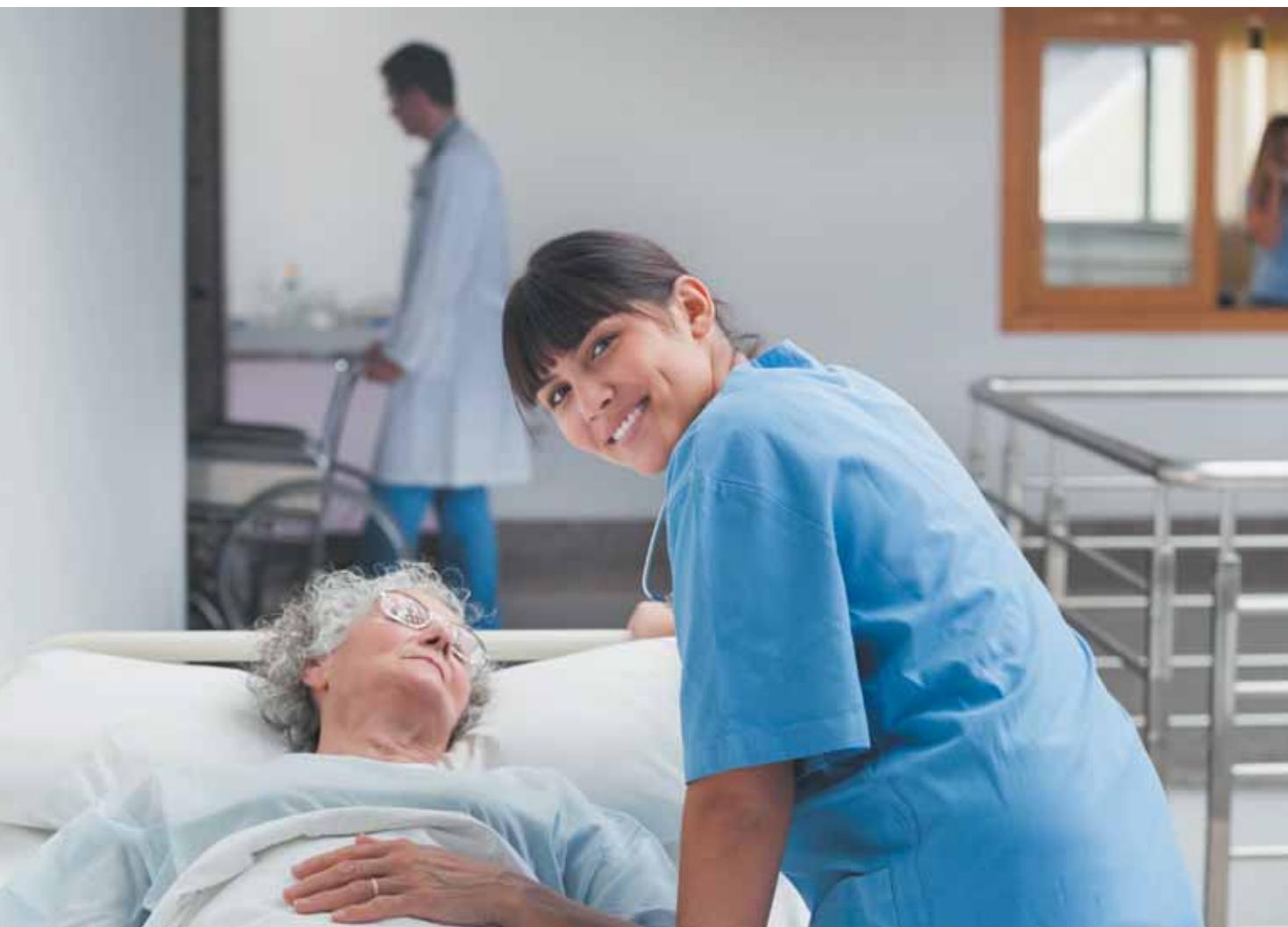
дение медицинской документации, порядок в отделении в целом, соблюдение этических норм, внимание к пациентам и их семьям.

В настоящее время роль медицинской сестры меняется, в том числе и в отделениях гериатрического профиля. Современная медицинская сестра должна быть профессионально компетентна, ей необходимо обладать достаточно высоким интеллектом, организаторскими способностями, коммуни-

кабельностью, умением находить общий язык с пациентами. Сегодня медицина расширяет поле деятельности сестринского персонала, выдвигаются новые требования к подготовке и выработке практических навыков медицинских сестер, работающих в многопрофильных стационарах.

Сестринский персонал обеспечивает организацию оптимальных условий внешней среды пациента, оценку его проблем, планирование

# ГЛАВНАЯ ТЕМА

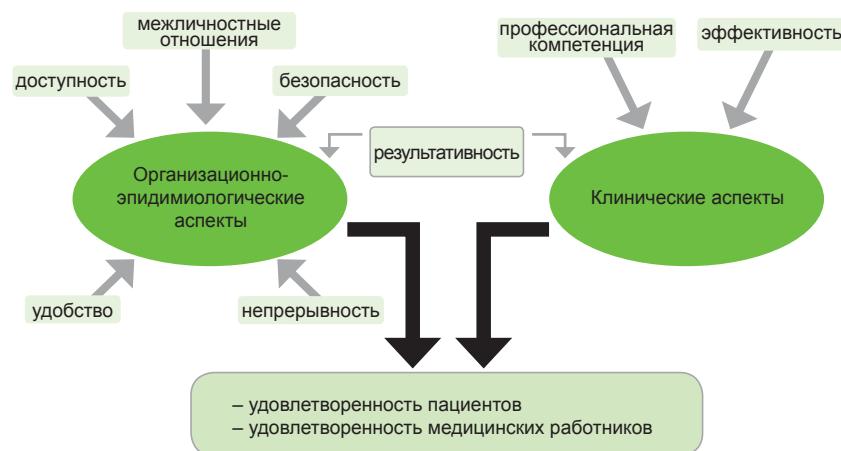


ухода, выполнение назначений врача. Именно от хорошо организованной и слаженной работы медицинских сестёр зависит исход работы врачебного персонала. Сегодня, благодаря техническому

развитию и расширению научных познаний в медицине, изменяется и характер медицинской помощи населению. Усовершенствование методов диагностики, лечения, ухода за больными и их реабилитации

требует усовершенствования подходов к различным аспектам деятельности среднего медицинского персонала, в том числе как в организационно-эпидемиологическом, так и в клиническом плане. Это диктует необходимость разработки современных методов контроля и оценки качества сестринской деятельности, отвечающих настоящему развитию медицины. Недооценка сестринского дела может приводить к ухудшению качества не только сестринского ухода, но и медицинской помощи в целом.

## Основные аспекты деятельности среднего медперсонала ЛПУ, определяющие качество сестринской помощи



## Оценка качества сестринской помощи

Улучшение качества сестринской помощи больным различного профиля в условиях стационара требует комплексного подхода к оценке сестринской деятельности, что позволяет выявить основные недостатки в деятельности сестринского

## Современные проблемы в управлении сестринской деятельностью и пути их решения

Невозможность объективной оценки деятельности медицинской сестры на современном этапе из-за отсутствия общепринятых систем оценки качества сестринской деятельности

- Изучение практического опыта сестринских коллективов ЛПУ
- Разработка четких критериев оценки деятельности сестринского медперсонала ЛПУ

Традиционная оценка качества деятельности среднего медперсонала по ее результатам с утратой возможности влияния на оптимизацию самой деятельности в ее процессе

- Использование принципов целостности и комплексности оценок

Отсутствие участия специалистов сестринского дела в процессе контроля качества деятельности сестринского медперсонала ЛПУ

- Осуществление контроля качества деятельности сестринского медперсонала ЛПУ специалистами сестринского дела, владеющими информацией об организации и внедрении новейших сестринских технологий на базе новых государственных образовательных стандартов

медперсонала и разработать мероприятия, направленные на более качественную его работу. В связи с этим на базе отделения паллиативной медицинской помощи ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УДП РФ был разработан алгоритм комплексной оценки сестринской медицинской помощи больным различного, в том числе и гериатрического профиля с определением мероприятий по улучшению качества сестринской помощи стационарным.

**Материал и методы исследования**  
Для определения критериев качества работы среднего медицинского персонала отделения паллиативной медицинской помощи ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УДП РФ был проведен анализ качества его работы с учётом особенностей сестринской помощи больным гериатрического профиля. При этом были применены такие методы исследования, как анкетирование сестринского медперсонала отделения и проведение хронометража рабочего времени среднего медперсонала и старшей медсестры отделения.

С другой стороны, был проведен опрос 9 пациентов, получавших лечение в отделении на момент проведения исследования, которые впоследствии были выписаны с улучшением на амбулаторный этап лечения, и анкетирование врачей, в том числе, заведующего отделе-

нием. Опрос пациентов включал в себя три группы вопросов, касающихся материально-технического и санитарного состояния отделений, этических компонентов деятельности и внешнего вида среднего медицинского персонала, качества ухода.

В опросе врачей отделения основным был учёт их мнения о работе старшей медсестры и среднего медперсонала отделения.

## Результаты исследования

Результативность работы коллектива отделения (т.е. достигнутый им уровень здоровья пациентов) зависит как от организационно-эпидемиологических, так и клинических аспектов деятельности сестринского коллектива и прямо влияет на удовлетворенность сестринской деятельностью пациентов отделения и медицинских работников отделения и стационара.

Основными проблемами управления сестринской деятельностью в настоящее время является невозможность объективной оценки сестринской деятельности из-за отсутствия общепринятых систем оценки ее качества. Существующие критерии качества сестринской деятельности предполагают оценку её конечных результатов без участия специалистов сестринского дела, что не дает возможности влиять на оптимизацию самой деятельности в ее процессе.

При комплексной оценке качества сестринской деятельности в отделении паллиативной медицинской помощи ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УДП РФ (табл. 1) не было выявлено существенных недостатков в работе сестринского коллектива в исследуемый период времени.



# ГЛАВНАЯ ТЕМА

**Таблица 1. Оценка качества сестринской деятельности в отделении паллиативной медицинской помощи ФГБУ «ЦКБП» УДП РФ**

Критерии оценки	Отделение паллиативной медицинской помощи	
Профессиональная компетенция	Стаж	более 10 лет – 100 % медсестер (м/с)
	Квалификация	аттестованы все м/с, имеющие стаж 5 и более лет
	Возможности повышения квалификации	Считают хорошими 100 % м/с
Безопасность	Невыполнение врачебных распоряжений	в 0 % случаев нарушения дисциплины
	Нарушение техники безопасности, несоблюдение алгоритмов манипуляций	Нарушение ТБ в 0 % случаев нарушения дисциплины
Непрерывность	Средняя недоукомплектованность штата	3,57 %
	Опоздания	в 0 % случаев нарушения дисциплины
	– нерациональное использование рабочего времени старшей м/с в 0 % рабочего дня; – нерациональное использование рабочего времени палатными м/с в 0 % рабочего дня	
Удобство	– санитарное состояние отделений удовлетворяет 100 % опрошенных пациентов; – удовлетворены оснащением предметами ухода в среднем 100 % опрошенных; – удовлетворены работой медицинского оборудования 100 % опрошенных пациентов	
Межличностные отношения	Микроклимат в коллективе в целом благоприятный	
Удовлетворенность пациентов	Удовлетворены: – профессионализмом м/с – 100 % опрошенных пациентов; – внешним видом м/с – 100 % пациентов; – вербальным общением с м/с – 100 % пациентов.	
	Не удовлетворены: – доступностью информации от м/с о диете, назначенных лекарствах, в/в инфузиях, диагностических исследованиях – 0 % опрошенных пациентов	
Удовлетворенность медицинских работников	– социальная неудовлетворенность профессией в 0 % случаев среди м/с; – условиями труда не удовлетворены 0 % м/с; – размером заработной платы не удовлетворены 0 % м/с	

Таким образом, применённый алгоритм оценки качества сестринской деятельности в отделении паллиативной медицинской помощи ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УДП РФ позволяет динамично осуществлять контроль работы сестринского коллектива, оперативно и объективно «увидеть» необходимые мероприятия, которые смогут улучшить сестринскую медицинскую помощь больным.

## Отделение паллиативной медицинской помощи ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УДП РФ

Основными направлениями деятельности отделения являются:

- обеспечение круглосуточного медицинского наблюдения, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, а также на основе стандартов медицинской помощи;

- избавление от боли и других физических страданий (в том числе с помощью наркотических и сильнодействующих обезболивающих средств) неизлечимых больных, имеющих ограниченные физические или психические возможности, нуждающихся в длительном постороннем уходе;

- осуществление ухода за пациентами, в том числе профилактика и лечение пролежней, уход за дренажами и стомами, кормление, включая зондовое питание;

- проведение комплекса мероприятий по медицинской реабилитации больных, используя междисциплинарный подход к оказанию паллиативной помощи с привлечением различных специалистов как медицинских, так и немедицинских специальностей (органы социальной защиты), для повышения качества жизни, облегчения боли и других причиняющих страдания и дискомфорт симптомов;

- оказание психологической помощи больным и членам их семей на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности;

- создание комфортных условий и максимальное сохранение высокого качества жизни, продление интеллектуальной и физической активности, оказание психологической и психотерапевтической помощи пациенту и его семье.

Отделение входит в состав многопрофильной больницы, что обеспечивает разнообразную помочь пациентам, которые получают не только специализированную медикаментозную терапию, но и психотерапевтическую помочь квалифицированных специалистов, обеспечивает круглосуточное наблюдение за состоянием пациентов.

Комплексное применение всех методов лечения назначается индивидуально, исходя из физического и психоэмоционального состояния пациента, особенностей характера заболевания.

# ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ. АСПЕКТЫ ОБЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА С ПАЦИЕНТАМИ

Кормщикова Ксения Валентиновна,  
медицинская сестра отделения ультразвуковой диагностики  
ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ

**Д**олгие годы среди жителей крупных городов и мегаполисов укореняется тенденция к возрастанию количества людей с повышенным уровнем тревожности. Изменился и характер тревожности: она принимает глубокую и устойчивую форму, приобретая широкую распространённость – тревогу вызывают всё больше и больше факторов, труднее проходит преодоление данной проблемы. Верные спутники тревожности – это постоянное ощущение неопределенности, страх перед завтрашним днем, неуверенность в своем будущем, боязнь перемен, недоверие к окружающим, в том числе и к людям, спасающим жизни: медицинским сестрам и докторам.

Весьма трудно представить доктора или медицинскую сестру, не заботящихся о здоровье пациента, находящегося под их опекой. Но легко представить больного, сжигаемого изнутри чувством тревоги, из-за недоверия утаивающего важную для врачей информацию о себе, которая может быть бесценной для установления верного диагноза, или со страхом ждущего результатов исследований. Что следует знать о тревожности врачам и медсестрам, какой подход избрать при общении с больным, как снять тревогу и улучшить эмоциональный фон, тем самым создать позитивный заряд на скорейшее выздоровление?

Сфера медицинской деятельности всегда была волнующей: медицинские манипуляции, инвазивные процедуры и оперативные вмешательства – все это не может не вызывать тревоги и беспокойства. Тревожность – одна из причин непродуктивного контакта между пациентом и медицинским персоналом.



## Проявления тревожности

По каким же признакам можно заподозрить наличие повышенной тревожности у пациента? Больной проявляет перечисленные ниже признаки, испытывает физический дискомфорт, неосознанно неоднократно употребляет в своей речи такие слова, как «напрягает», «волнует», «беспокоит» и т.д., даже при беседе на сторонние темы.

- Пациент беспокоится, что у него неизлечимое, смертельное заболевание, хотя испытывает относительно легкое недомогание (признаки ипохондрии).
- Постоянно звонит детям, близким, испытывают беспокойство за членов семьи.
- Не может уснуть, когда волнуется; сильно переживает из-за мелких неурядиц, как результат – бессонница, нарушения сна.

# ГЛАВНАЯ ТЕМА

## Что есть тревожность?

Тревога – это состояние беспокойства, возникающее у человека в ситуации, которая представляет для него определенную психическую или психологическую угрозу. Это состояние еще часто называют тревожностью.

По общепринятым определениям тревожность определяют как чувство неконкретной, неопределенной угрозы, сопровождающееся ожиданием неблагополучных перемен. Чаще всего тревожность проявляется как эмоциональная реакция, которая характеризуется мрачными предчувствиями, ощущениями напряженности, нервозности, беспокойства и сопровождается активизацией вегетативной нервной системы.

- Недоверие к миру, привычка жить в ожидании катастрофы и подсознательная уверенность, что опасность подстерегает на каждом шагу.
- Страх и недоверие к врачам и сестрам, подозрительность.
- Стремление досконально изучить аспекты своего заболевания.
- Тотальный контроль или полная безответственность.
- Ничем не обоснованная, резко возникающая тревожность. Такие люди часто безосновательно вызывают скорую помощь и ходят в поликлиники без четко сформированных жалоб, обращаются к знакомым медикам во внебарочное время.
- Пациент заранее приходит на все лечебные мероприятия, прием к врачу примерно за 30–60 минут. Строго следит за соблюдением очередности и крайне неохотно пропускает кого-то вперед себя.
- В некоторых случаях неконтролируемые приступы тревоги, часто перерастающие в паническую атаку.

Состояние тревоги может быть очень сильным, нарушая нормальное функционирование организма, активизируя вегетативную систему. Повышенный уровень тревожности будет влиять не только на эмоциональный фон и настроение больного, но и на его соматическое со-

стояние. В большинстве случаев пациент может визуализировать свою тревогу (к примеру, в виде комка грязи, темного тумана, слизи и проч.) и назвать локализацию своей тревожности в теле (иногда – в коленях, в пояснице, чаще – в области пупочного кольца, средостенья, головы). Пациент может испытывать:

- слабость, головные боли, головокружение, потные, холодные ладони;
- тошноту, расстройство желудочно-кишечного тракта, изжогу, гиперсаливацию, затрудненное глотание;
- ощущение зажатости в области живота;
- мышечное напряжение, мышечную боль, дрожь и трепет;
- затруднение дыхания;
- ускоренный пульс;
- ощущение жара в лице;
- физиологические эффекты состояния тревожности могут характеризоваться выраженной гипервентиляцией с развитием вторичного респираторного алкалоза с последующим выраженным повышением тонуса мышечной системы и судорогами;
- боли в суставах.

Однако стоит помнить, что все вышеперечисленные симптомы крайне индивидуальны.

## Психологические портреты

Приведем общие наброски психологических портретов личностей, страдающих тревожностью в разной окраске: агрессивной и депрессивной.

Тревожно-аггрессивная модель поведения характерна для невротичных, легкоранимых людей с «тонкой кожей». Такая эмоциональная окраска характерна для лич-

ностей, перенесших большой груз различной степени психологических травм из детства. В слабой степени для них будут характерны некая психоэмоциональная неустойчивость, мнительность, тревога окрашена в мрачные, душащие тона нарастающего нервного возбуждения с агрессивной подоплекой. Нередки параноидальные настроения.

Основные проявления:

- характерны эмоциональные взрывы (агрессия в виде криков, ругани, плача);
- подозрительность и недоверие;
- накопление раздражения и обид;
- неспособность расслабиться с грузом эмоциональных переживаний;
- страсть к постоянной критике и осуждению других;
- постоянное раздражение и демонстрация этого;
- трудное принятие ответственности;
- трудности в принятии помощи от других людей.

Если в основе тревожно-аггрессивной модели поведения лежит гиперсенситивность, то в тревожности с депрессивным окрасом преобладает хронический стресс или, так называемая, выученная беспомощность – ощущение неспособности радикально влиять на течение собственной жизни. Человек ощущает себя неспособным изменить что-то, в глубине этого лежит подсознательный страх перемен, над личностью нависает грозовая туча в виде страха неудачи неправильного выбора.

Основные проявления:

- чувствительность ко всяkim неприятностям, случающимся в жизни. Часто очень остро реагируют даже на не самые неприятные события;

## Ключевые различия между агрессивной и депрессивной тревожностью

Тревожно-аггрессивный	Тревожно-депрессивный
Демонстрирует недовольство	Держит свои переживания в себе
Раздражается по малейшему поводу и не скрывает этого	Способен быть вежливым и отзывчивым
С трудом принимает помощь	Принимает помощь
Крайне недоверчив, контролирует каждое действие по отношению к нему	Тревожен, но способен снять с себя ответственность и отдать полный контроль в руки медицинского персонала

- характерное тревожное ожидание несчастья;
- своей угрюмостью, мрачными мыслями, постоянным недовольством отталкивают окружающих, даже сочувствующих;
- при внешней угрюмости, характер отношения к окружающим довольно позитивный, неагрессивный;
- физическое самочувствие обычно полностью зависит от настроения. Обычно преследует чувство постоянной усталости и разбитости.

## Тактика поведения с тревожными пациентами

Следование общим принципам поведения с больными страдающими тревожностью поможет наладить психологический контакт и помочь в проведении лечебных мероприятий.

Доверительный контакт с больным и теплые эмоциональные отношения могут снизить общую тревожность. Не жалейте 3–5 минут в день для поддержки контакта с пациентом. Это поможет ему не чувствовать себя брошенным, следовательно, улучшит общий эмоциональный фон и, вполне вероятно, понизит уровень тревоги. Необходимо подробно объяснить ход предстоящих исследований, процедур и других лечебно-профилактических мероприятий. При нарастании тревоги можно предложить стакан холодной воды или применить метод условно-рефлекторной регуляции дыхания; переводить вектор внимания пациента на приятные ему вещи: когда пациент проявляет тревожность и жалуется по какой-либо причине, спросите, что у него сегодня было хорошего, а не плохого. Что в сегодняшнем дне ему понравилось?

### Элементарные методы дыхательной гимнастики:

наблюдать звук своего дыхания, дышать осознанно, совершая глубокие, спокойные вдохи и выдохи.

### Дыхание ноздрями

Попеременная недолговременная задержка дыхания после вдоха и после выдоха.



Рассмотрим отличия тактики поведения с пациентами с разной эмоциональной окраской тревоги.

В случае когда медперсонал имеет дело с тревожно-агрессивной личностью:

- проявите участие в проблеме пациента, понимание;
- старайтесь не попадать под влияние тревожно-агрессивной личности. Вы должны четко понимать последствия своих действий и уметь отказываться от того, что вам не нравится и того, с чем вы не согласны;
- будьте максимально вежливы, тактичны, но непреклонны в своих убеждениях. Напомните больному, что всё делается в его интересах, для его жизни и здоровья;
- старайтесь не делать послаблений в режиме, диете и прочих важных вещах по просьбе пациента, если на то нет медицинских показаний;
- переводите вектор внимания тревожной личности на что-то хорошее. Спросите его о том, что ему нравится.

В случае когда медперсонал имеет дело с тревожно-депрессивной личностью:

- поддержите пациента;
- давайте человеку стимул для лечения, мотивируйте его не скрывать «незначащих» или «постыдных», с его точки зрения, симптомов;
- постарайтесь внушить веру в лучшее, говорите о хороших для него новостях в первую очередь,

даже если вам они кажутся незаслуживающими внимания;

- дайте пациенту позитивный заряд, перенаправьте вектор его внимания на положительные моменты (хорошие результаты анализов, самочувствие лучше, чем вчера и т.д.).

### Литература:

1. Кудрявцева, Н. Тревога как социальная болезнь // Химия и жизнь. – 2004. – № 11. – С. 10–14.
2. Левитов, Д. О психических состояниях человека. – М., 1964.
3. Левитов, Д. Психическое состояние беспокойства, тревоги // Вопросы психологии. – 1996. – № 1.
4. Немчин, Т.А. Состояния нервно-психического напряжения. – Л., 1988.
5. Павлов, И.П. Избранные сочинения. – М., 1987.
6. Прихожан, А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. – М.: МОДЭК, 2000.
7. Исследование проявление тревожности у юношей, занимающихся и не занимающихся спортом / Банин В.В., Воробьев М.Д. – М., 2018.
8. Психология преступника и расследования преступлений / Антонян Ю.М., Еникеев М.И., Эминов В.Е. – М., 1996.
9. Психологические детерминанты устойчивой тревожности личности / Гунзунова Б.А. – М., 2003.
10. Тревожность у детей / Астапов В.М. – М., 2008.
11. <http://bibliofond.ru>
12. <http://medobook.com>
13. [https://studbooks.net/1643558/psihologiya/trevozhnost\\_sostoyanie\\_nervno\\_psicheskoy\\_napryazhennosti](https://studbooks.net/1643558/psihologiya/trevozhnost_sostoyanie_nervno_psicheskoy_napryazhennosti) ■

# РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ: НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД

Худякова Мария Сергеевна,  
медицинская сестра палатная, отделение «Терапия-3»,  
ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УДП РФ

*Развитие пролежней может привести к осложнению лечения основного заболевания; удлинению срока нахождения в стационаре, восстановления и реабилитации; ограничению дееспособности и правоспособности пациента. Кроме того, что немаловажно в современных условиях, это приводит к удорожанию процесса лечения.*



С 1 ноября 2017 года вступил в действие новый ГОСТ Р 56819-2015 «Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней». Модель разработана для определения алгоритмов профилактики пролежней, внедрения современной методологии оценки риска развития пролежней, составления программы профилак-

тики снижения частоты развития пролежней у больных с различными видами патологии, приводящей к ограничению подвижности или полной неподвижности, повышения качества жизни больных, имеющих риск развития пролежней.

При внедрении модели оказалось, что средний медицинский персонал не представляет себе в полной степени механизм и причины образования пролежней.

Опыт практической деятельности показывал, что даже при обязательном выполнении всех требований гигиены пролежни могут все же появляться, и, несмотря на наличие большого выбора различных средств, облегчающих уход за больными, число пациентов с пролежнями не уменьшается, что существенно тормозит процесс лечения. Для повышения уровня качества жизни больного, качества медицинской помощи и снижения финансовых расходов на лечение было решено популяризировать ГОСТ Р 56819-2015 среди среднего медицинского персонала и внедрить новые информационные и технологические инструменты.

Пролежни – это явленно-некротическое повреждение кожных покровов, развивающееся у ослабленных лежачих больных с нарушением микроциркуляции на тех областях тела, которые подвергаются постоянному давлению, срезывающей силе и трению. Факторы риска образования пролежней могут быть как обратимыми, так и необратимыми, а также внешними и внутренними. К внешним обратимым факторам можно отнести плохой гигиенический уход, неподходящие для пациента средства по уходу, неправильную технику перемещения в кровати, а к необратимым – травмы и повреждения позвоночника, головного и спинного мозга, костей таза, органов брюшной полости, оперативное вмешательство более 2-х часов. Среди внутренних обратимых факторов можно назвать истощение или ожирение,

нарушение психомоторной активности, обезвоживание, недержание мочи или кала, нарушение периферического кровообращения. Внутренние необратимые факторы – старческий возраст, терминальные состояния. Необходимо помнить, что, кроме характерных мест образования пролежней (затылок, лопатки, крестец, пятки, боковые поверхности бедер), они могут образовываться и в нетипичных местах: на боковых поверхностях стоп, тыльной поверхности пальцев, местах костных выступов в местах наложения гипсовых повязок.

Стадии развития пролежней определены различной клинической картиной. При первой стадии кожные покровы не нарушены, отмечается появление бледного участка кожи или устойчивая гиперемия, не проходящая после прекращения давления. Вторая стадия характерна неглубоким повреждением целостности кожных покровов с распространением на подкожную клетчатку и появлением участка синюшно-красного цвета кожи с четкими границами, стойкая гиперемия кожи. Третья и четвертая стадии характерны разрушением (некрозом) кожных покровов и мягких тканей. При третьей стадии разрушение тканей вплоть до мышечного слоя, возможны жидкие выделения из раны. Четвертая стадия самая тяжелая и дорогостоящая для лечения, некроз мягких тканей достигает сухожилий и/или костных образований.

## Средства борьбы с пролежнями

Большим достижением в борьбе с пролежнями стало создание электронной медицинской информационной системы, которая дает возможность доступа к медицинским данным пациента, по которым можно предположить об увеличении или снижении рисков развития пролежней. Виртуальный обмен данными позволяет оптимизировать связь между медицинским персоналом.

С начала 2018 года пациентам, поступившим в стационар с рисками возникновения пролежней, и пациентам, поступившим в стационар с пролежнями различной степени тяжести, оформляются карты се-



стринского ухода, ведется лист ежедневной сестринской оценки риска развития и стадии пролежней. Составляется индивидуальный план сестринского ухода, что позволяет быстро определять потребности пациента, обеспечить непрерывность ухода и преемственность в работе медицинских сестер, способствует эффективному использованию различного оборудования.

Для оценки прогнозирования пролежней используется шкала Ватерлоу. Она применима ко всем категориям больных, что дает ей преимущества в условиях многофункционального стационара, работать со шкалой достаточно просто. Баллы по шкале Ватерлоу суммируются, степень риска определяется по следующим итоговым значениям:

- 1–9 баллов – риска возникновения пролежней нет;
- 10 баллов – риск есть;
- 15 баллов – высокая степень риска;
- 20 баллов – очень высокая степень риска.

Оценка степени риска по шкале Ватерлоу проводится однократно ежедневно. Проведенные в зависимости от степени риска противопролежневые мероприятия регистрируются в карте сестринского наблюдения за пациентами с пролежнями. К противопролежневым мероприятиям относятся: изменение положения пациента каждые два часа, с применением различных положений (Фаулера, Симса), в том числе и в ночное время; проверка состояния постели при перемене положения; обмывание загрязненных участков кожи, обработка при недержании мочи / кала, смена подгузников, перкуссионный массаж; определение количества съеденной пищи (следует обратить внимание на количество белка в рационе); обеспечение употребления достаточного количества воды.

Современные противопролежневые матрасы и подушки признаны эффективными средствами в борь-

# ГЛАВНАЯ ТЕМА

бе с пролежнями. Они имеют разные противопролежневые системы: ячеистые, баллонные, с обдувом и без вентиляции. Ячеистый матрас состоит из материала в виде ячеек, похожих на пчелиные соты, которые попеременно заполняют воздухом. Такая конструкция способствует равномерному распределению давления по всей площади, а также по переменному снятию напряжения с тех участков, которые вынуждены постоянно соприкасаться с поверхностью кровати, рекомендуется лицам не тяжелее 120 кг. Баллонный матрас обеспечивает низкое контактное давление при помощи специальных надувных камер, которые через каждые 6–10 минут надуваются и сдуваются. Допустимая масса тела для этого вида изделия – 150 кг.

Важно подобрать специальные противопролежневые средства: противовоспалительные, дезинфицирующие, улучшающие регенерацию мази, кремы, гидрогели, спреи, атравматичные моделируемые повязки, способствующие уходу за кожей больного человека.

## Обучение лиц, ухаживающих за пациентом

Персонал стационара обучает членов семьи пациента навыкам ухода, что уменьшает воздействие факторов риска развития пролежней; объясняет родственникам, как обеспечить инфекционную безопасность для больного и того, кто находится с ним рядом. Больного обучают активному перемещению, подтягиванию на трапеции, перевороту, упражнениям на дыхание. К сожалению, обучение самоходу часто невозможно из-за неспособности больных к самоконтролю.

При подготовке новых сотрудников высокую эффективность показало сочетание традиционной практики наставничества с современными методами обучения персонала. Отличительными особенностями наставничества является то, что весь процесс проходит непосредственно на рабочем месте, затрагивает реально возникающие ситуации и охватывает весь трудовой процесс.

Результаты убедительно показывают, что достигнуты значительные улучшения при применении

качественных программ ухода за пациентами с рисками возникновения пролежней. Из 475 пациентов, поступивших в стационар с рисками возникновения пролежней, и 78 пациентов, поступивших в стационар с пролежнями различной степени тяжести, не было отмечено ни одного нового случая развития пролежней у лежачих больных! Это внушительный результат. Основные методы, которые позволили достичь таких результатов, просты: оценка риска нарушения кожных покровов и применение профилактических мер.

## Литература:

1. ГОСТ Р 56819-2015. Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней.
2. ГОСТ Р 52623.3-2015. Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода.
3. ГОСТ Р 55370-2012. Подгузники бумажные для взрослых. Метод определения абсорбционной способности до момента протекания с применением манекена.
4. Морозова, Н.А. Сестринский уход в терапии. – Саратов: Профобразование, 2018. ■



# Когда кожа нуждается в защите...



**seni**  
**care**

Специальная линия косметических  
средств для комплексного ухода  
за кожей:

- при недержании мочи
- при профилактике пролежней
- при очень сухой коже **UREA**



уход за  
волосами  
и кожей  
головы



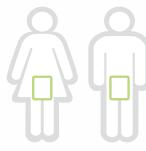
## НЕЖНОЕ ОЧИЩЕНИЕ



уход за  
телом



## РЕГЕНЕРАЦИЯ



уход за  
интимной  
зоной



## ЭФФЕКТИВНАЯ ЗАЩИТА

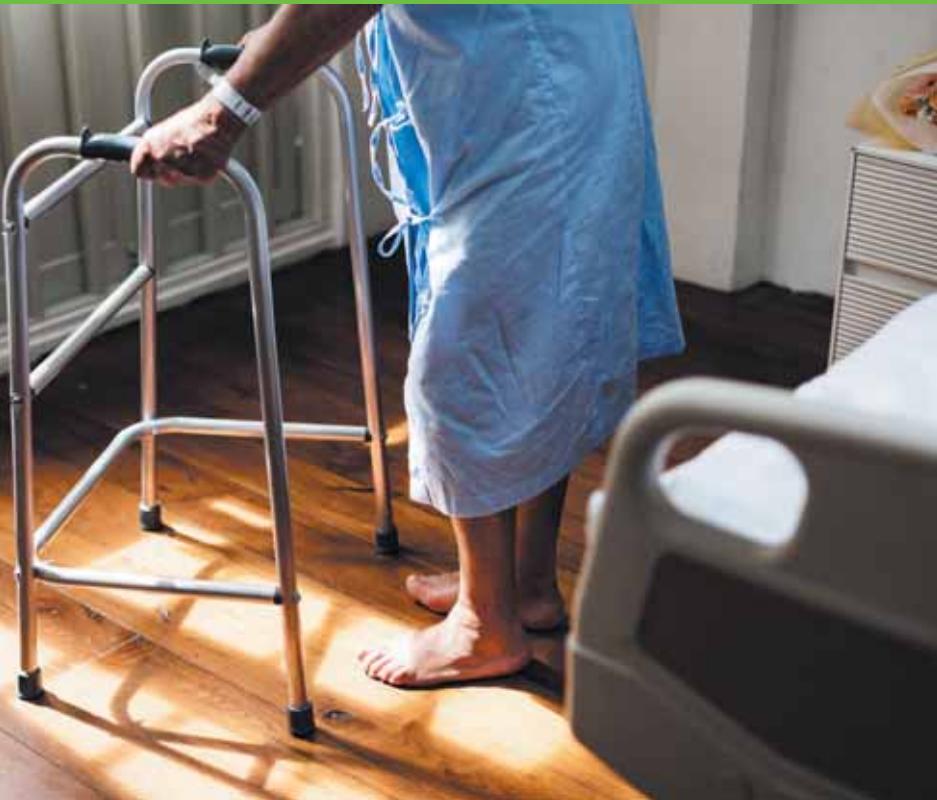


Больше информации о продукции seni care Вы можете получить на сайте [www.seni.ru](http://www.seni.ru) или по телефону горячей линии seni 8-800-200-800-3 (06.00 - 22.00 ч.ч., кроме выходных и праздничных дней. Звонки по России бесплатные.)

# ПРОФИЛАКТИКА ПАДЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Колесникова Римма Алексеевна,  
медицинская сестра палатная неврологического отделения  
с ОНМК ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УДП РФ

Ежегодно происходит 37,3 миллиона падений пациентов, перенесших инсульт, которые не являются смертельными, но, тем не менее, имеют достаточно тяжелые последствия, при которых требуется медицинская помощь.



Проблема лечения и профилактики больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга в настоящее время является особенно важной. Есть вещи, с которыми бороться крайне трудно, практически невозможно. Одна из них – время. По данным научных трудов отечественных и зарубежных исследователей, после 20 лет каждое следующее прожитое десятилетие вдвое увеличивает вероятность сосудистой патологии мозга. Ученые признают: предрасположенность к такому заболеванию, как инсульт, передается

по наследству. Однако они тоже утверждают, что зависимость эта не является прямой. Поэтому даже если инсульт и преследует вашу семью из рода в род, вероятность уйти от него существует. И решение этой проблемы кроется в профилактике. Сегодня многие называют инсульт болезнью века. И это неслучайно, поскольку инсульт является третьей по частоте причиной смерти в большинстве развитых стран Европы и США, а также ведущей причиной инвалидности.

Такое явление, как падение пациентов, перенесших инсульт,

является весьма актуальной проблемой. Какую тактику должны выработать врачи и медицинские сестры при работе с пациентами, которые попадают в группу риска падений?

## Инсульт в мире

По сведениям British Society of Rehabilitation Medicine, в США около 550 тыс. человек ежегодно переносят инсульт, а 150 тыс. человек умирают от этого заболевания. В Европе заболеваемость инсультом – 220 на 100 тыс. человек в год. Более половины из них остаются инвалидами до конца жизни. Ежегодно в мире инсульт поражает около 6 млн человек.

Доля острых нарушений мозгового кровообращения в структуре общей смертности в нашей стране составляет 21 %. В России фиксируется 450 000 инсультов в год. Каждые 1,5 минут у россиянина развивается острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). 30-дневная летальность составляет 35 %, в течение года умирает около 50 % больных. Инвалидность после перенесенного инсульта достигает 3,2 на 10 000 населения, занимая первое место среди всех причин первичной инвалидности. 55 % больных, выживших к концу 3-го года, не удовлетворены качеством жизни, только 20 % больных возвращаются к труду. Повторный инсульт является основной причиной смертности и инвалидности у больных, ранее перенесших инсульт. Как правило, он развивается в течение первого года у 5–25 % больных, в течение 3-х лет – у 18 %, а после 5 лет – у 20–40 % пациентов.

## Оценка и профилактика риска падения

Профилактика падений – это стратегия уменьшения риска падений. Она должна быть всесторонней и многоплановой. Необходимо поддерживать политику по созданию более безопасной окружающей среды и снижению факторов риска, стимулировать проведение инженерно-технических работ по устранению потенциальных опасностей. Также существует потребность в повышении осведомленности людей и отдельных сообществ в отношении факторов риска.

В стационаре необходимо проводить мероприятия, которые помогут снизить риск, а также предотвратить последствия падения. Сотрудников знакомят с мерами по снижению риска падения. Совершенствуется система доступа пациентов к персоналу. Создаются правила действий медицинских сестер в случае падения пациентов: доложить лечащему врачу, составить отчет об инциденте; провести соответствующую оценку пациента заново; внести совместно с врачом дополнения в план наблюдения и ухода за пациентом.

Во время госпитализации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) проводится первичный сестринский осмотр и оценка риска падения по шкале Морзе. Медицинская сестра проводит инструктаж по отделению и обучение профилактике падений (кнопка вызова, боковые ограждения кровати, поручни и т.д.). Больной получает рекомендации: не вставать с койки или кресла одному, не вставать резко (особенно после анестезии, операции, после принятия лекарств). Вызывать медперсонал или члена семьи, если нужно в туалет или другое место, с помощью кнопки вызова или другим способом.

В результате карта сестринского наблюдения, а именно шкала Морзе позволила существенно снизить количество случаев падений в больнице в целом.

### Литература:

- Котова, С.В. Сестринское дело в неврологии. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2012. – 248 с.
- Лаптева, Е.С., Петрова, А.Б. Уход за больными с заболеваниями нервной



### Шкала падений Морзе:

- состоит из шести переменных, которые быстро и легко заполнить;
- имеет прогностическую надежность;
- широко используется в неотложной помощи как в больнице, так и на этапе долгосрочного ухода в стационарных условиях.

### Вопросы из листа падения по Морзе

1. Падал ли в последние 3 месяца?				
Нет	0	Да	25	
2. Есть ли сопутствующие заболевания? Смотреть медицинскую карту				
Нет	0	Да	15	
3. Ходит ли самостоятельно?				
Ходит сам (даже если при помощи кого-то), или строгий постельный режим, неподвижно	0	С помощью костей, ходунков или трости	15	Опирается на стены или мебель для поддержки
4. Принимает внутривенные вливания (есть система), принимает гепарин				
Нет	0	Да	20	
5. Походка:				
Нормальная (ходит свободно)	0	Слегка несвободная (ходит с остановками, шаги короткие, иногда с задержкой)	10	Нарушения (не может встать, ходит опираясь, смотрит вниз)
6. Психическое состояние				
Знает свою способность двигаться	0	Не знает или забывает, что нужна помочь при движении	15	

### Шкала оценки риска падений

Нет риска: баллы – 0–24; действия – тщательный основной медицинский уход.

Низкий: баллы 25–50; действия – внедрение стандартизованных вмешательств для профилактики падений.

Высокий: баллы – больше или равно 51; внедрение специфических вмешательств, направленных на профилактику падений.

системы: учебно-методическое пособие. – СПб.: Человек, 2012. – 48 с.

3. Мартынов, Ю.С., Неврология: учебник. – Изд. 4-е, испр. и доп. – М.: РУДН, 2009. – 624 с.

4. Мухина, С.А., Тарновская, И.И. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела». – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2013. – 512 с.

5. Никифоров, А.С., Гусев, Е.И. Общая неврология. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2015. – 704 с.

6. Попов, С.Н. Физическая реабилитация. – СПб.: Феникс, 2013. – 85 с. ■

# УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ. ИНТЕГРАЦИЯ МИРОВОГО ОПЫТА

Козырева Ирина Валерьевна,  
старшая медицинская сестра (по терапии),  
ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УДП РФ

Стремление большинства людей поправить свое здоровье за рубежом вполне оправданно. Принято считать, что зарубежная медицина более развита, лучше технически оснащена и обладает всеми необходимыми ресурсами, чтобы поставить на ноги даже безнадежно больного человека. Возможно ли перенести лучший зарубежный опыт на российскую землю?



**Б**ольшим спросом сейчас пользуется лечение в Израиле. Израильская медицина – это сочетание качества лечения сложных заболеваний, высокий профессионализм врачей, использование современных технологий и постоянное совершенствование.

В августе 2017 года между Российской Федерацией и Израилем был заключен договор в сфере здравоохранения, предусматривающий обмен опытом, в том числе

в сфере информационных технологий, систем стандартов качества медицинской помощи, совместное развитие различных медицинских направлений, стажировку и обучение медицинских сестер ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УДП РФ в Медицинском центре им. Рабина.

Медицинский центр им. Рабина (МЦР) – это медицинское учреждение больничной кассы «Клалит» – самой большой организации здравоохранения в Израиле, обеспечивающей медицинское страхование и обслуживание более чем половины населения страны.

### Медицинский центр им. Рабина (МЦР)

Основан в 1996 году в результате слияния двух действующих, прекрасно оборудованных больниц: Бейлинсон и Ха-Шарон. С 2010 года Центр аккредитован по международным стандартам JCI как Академический медицинский центр. МЦР – клиническая база Медицинского факультета Тель-Авивского университета. В составе Центра – 48 госпитальных отделений (1050 больничных коек, до 90 тысяч госпитализаций за год), около 180 поликлиник и институтов (850 тысяч посещений ежегодно), 30 операционных залов (30 тысяч операций в год). В МЦР работают на постоянной основе 4500 сотрудников, из них свыше 1000 врачей и около 2000 медсестер, и 3200 работников на аутсорсинге.

Закон о государственном медицинском страховании гарантирует успешное функционирование системы здравоохранения Израиля, ключевой фигурой которой является пациент. Кроме того, в стране наложена система контроля не только за работой врачей и персонала, но и за функционированием медицинских учреждений в целом.

Уровень медицины в Израиле очень высок. И хотя стоимость лечения в израильском государстве не самая высокая, особенно по сравнению с США, страна является примером для многих, в том числе и для России, как рационально расходовать государственные бюджеты на здравоохранение. Страховая медицина по израильской модели хоть и несовершенна, все же позволяет любому гражданину рассчитывать на эффективную медицинскую помощь в достаточно широких рамках. В «корзину здоровья», гарантированную каждому израильтянину, который платит страховые взносы (минимальная выплата составляет 103 шекеля – около 35 долларов в месяц), входят не только базовые услуги, но и такие, как ЭКО для женщин, самые современные лекарства для лечения гепатита С, сложные хирургические операции. Средняя продолжительность жизни в Израиле – 80 лет, одна из самых высоких в мире, также во многом обеспечивается хорошим качеством медицинской помощи.

Израильская медицина достигла особых успехов в кардиологии, нейрохирургии, онкологии. Это сложные, высокотехнологичные отрасли медицины, которые требуют значительных интеллектуальных и материальных ресурсов, и не каждая страна в состоянии их обеспечить.

Государственное страхование предоставляет всем гражданам,



проживающим в стране, право на получение медицинской помощи через специально созданные для этого фонды медицинского страхования (больничные кассы).

В стране действуют 4 больничные кассы:

Клалит – самая многочисленная, состоящая из 14 больниц (общий профиль, гериатрия, психиатрия, реабилитационные и детские центры).

Маккаби – когда-то являлась лучшей в стране. Но после принятия закона об обязательном страховании сюда хлынул поток пациентов, что привело к ее разорению. В настоящее время ей приходится работать в режиме жесточайшей экономии.

Леумит – идеальна для пациентов, имеющих хронические заболевания. В последнее время здесь стали практиковать врачи частной практики, что значительно улучшило ее статус и материальное положение.

Меухедет – известна полным отсутствием очередей и предназначена в основном для нуждающихся в немедленной помощи. Высоко ценится качество предоставляемых услуг.

Одной из отличительных черт медицины Израиля является отношение к медсестрам. Израильянне говорят: «О, медсестра! Это очень сложно, но круто и интересно!» Профессия медсестры в этой стране действительно важна и очень ценится. В Израиле медсестра является абсолютно самодостаточной специальностью. Конечно, выбирает лечение врач, но если пациент находится в больнице, то программу ухода самостоятельно составляют медсестры. У медсестры здесь гораздо больше ответственности, поэтому на консилиуме докторов присутствует медсестра как человек, больше всех видящий и знающий пациента. Ее мнение при выборе курса

лечения так же ценно, как и мнение врача.

Будущие медсестры и медбратья уже во время обучения посещают разные отделения, где под руководством медсестры-координатора получают практические знания. В каждом отделении учащиеся проходят практику в течение полугода, чтобы к концу обучения уверенно выбрать специальность. В Израиле существует особый подход к обучению медсестер: акцент делается на практику, обучение в условиях стационара. Студенты с первого дня обучения видят, как оказывается помощь пациенту в больницах.

Особое внимание в Израиле уделяется отношению персонала к пациентам. В медицинском сообществе страны есть точное понимание: если вы не можете общаться с человеком с сочувствием, вы не можете быть медсестрой, потому что сама профессия подразумевает

# ГЛАВНАЯ ТЕМА



сострадание и поддержку человека в непростой для него период. Студенты и начинающие медсестры изучают предмет под названием «общение между людьми». На самом деле курс посвящен общению

между пациентом и медсестрой. Здесь восемь часов в день рассказывают о сопреживании пациенту, о том, как разговаривать с пациентом, как с ним общаться, как важно, если пациент злится, разрешить ему почувствовать то, что он чувствует. На занятиях студентам объясняют, как вести себя в сложных ситуациях: например, что необходимо сделать, когда во время операции мать врывается в операционную, начинает кричать, или у нее истерика. Главное – это успокоить маму, для чего есть психологи и специальные сотрудники. И только потом, когда мама спокойна, ейдается вся информация о лечении ребенка. Это тоже определенный метод лечения: чем больше знаешь, тем меньше боишься. Поэтому, когда медсестра выполняет любую манипуляцию, она обязана объяснить пациенту, что и как она сейчас будет делать, и только после этого приступать к процедуре.

Еще одним важным отличием от России является то, что в Израиле не держат пациентов в больницах длительное время. Лечение направлено на то, чтобы выписать пациента как можно скорее из стационара. Если нет осложнений, после родов выписывают на второй день, а после операции

можно уйти домой в тот же день или следующий. Здесь осознают, что человеку лучше дома, он быстрее выздоровеет среди своей семьи и в привычной обстановке, чем в больнице, где ему не смогут уделить так много внимания, и где он может подхватить инфекцию. Поэтому здесь в стационарах длительно находятся только очень тяжелые пациенты.

В ЦКБ уже используются некоторые израильские наработки. Сейчас проводится внедрение модуля медицинской сестры, в который уже вошел лист назначений, температурный лист, препараты выдаются в режиме реального времени (врач видит, когда был выдан тот или иной препарат). На данный момент компьютерами оснащены все посты медицинских сестер, а в некоторых отделениях уже имеются планшеты. Каждая медицинская сестра владеет навыками оценки риска падения, оценки боли, оценки риска развития пролежней. Для оценки работы отделения введен лист ежедневного отчета старших медицинских сестер. Сейчас идет обсуждение создания санитарно-транспортной службы.

Стажировки и обучение медсестер в за рубежом дают возможность узнать много нового о медицинских стандартах разных стран, обмениваться опытом и привносить в свою работу все передовые медицинские технологии.

## Литература:

1. Алексеев, В.А. Вартанян, Ф.Е., Шурандина, И.С. Оценка систем здравоохранения с позиций Всемирной организации здравоохранения // Здравоохранение. – 2017. – № 11.

2. Бескаравайная, Т. М. Жизнь и смерть в Израиле//Медвестник.–2017.– № 3. – С. 18.

3. Официальный сайт Министерства здравоохранения Израиля. Национальный закон о медицинском страховании. Статистические данные 2010–2017 гг. – URL: [http://www.old.health.gov.il/Download/pages/stat2017\\_2010.pdf](http://www.old.health.gov.il/Download/pages/stat2017_2010.pdf).

4. Шейман, И.М. Система стратегической закупки медицинской помощи: международный опыт и его значение для российского здравоохранения / И.М. Шейман // Здравоохранение. – 2016. – № 4. ■

# АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

## НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ



Конференция будет проходить под эгидой Главного медицинского Управления делами Президента Российской Федерации, организатором является одно из ведущих медицинских учреждений нашей страны – Центральная клиническая больница с поликлиникой.

Конференция посвящена вопросам организации сестринского ухода от момента первичного осмотра пациента, постановки диагноза и выбора стратегии сестринского ухода. Повышению уровня подготовки специалистов среднего звена в соответствии с современными мировыми тенденциями, в том числе в области планирования работы, осуществления ухода за пациентом, выполнения назначений, оптимизации работы врачебно-сестринского коллектива в условиях узкоспециализированной и междисциплинарной лечебно-диагностической деятельности.

Конференция будет проводиться в формате интерактивных лекций с мультимедийными презентациями. В рамках конференции пройдут сестринский симпозиум, врачебная конференция, мастер-классы для врачей и медицинских сестер.

Тематика мероприятий:

- компетенции медицинской сестры в современной системе здравоохранения;
- запросы современного мира медицины к образованию медицинских сестер;
- союзы, ассоциации, сообщества медицинских сестер. В чем цель и смысл;
- сестринский план – основа качества оказания медицинской помощи;
- реабилитация хирургического пациента в аспекте программ ускоренного восстановления;
- паллиативная помощь. Достойный и комфортный путь;

**7 декабря 2018 года ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УДП РФ совместно с Национальным центром развития технологий социальной поддержки и реабилитации «Доверие» под эгидой Союза реабилитологов России проводят вторую научно-практическую конференцию с международным участием «Актуальные вопросы сестринского дела».**

- ведение пациентов гериатрического профиля;
- высокотехнологичная амбулаторная двигательная реабилитация;
- профессиональный стандарт патронажного специалиста.

На конференции выступят с докладами:

• **Иванова Г.Е.**, председатель Общероссийской общественной организации содействия развитию медицинской реабилитологии «Союз реабилитологов России», главный специалист по медицинской реабилитации Минздрава России, заведующая отделом медико-социальной реабилитации инсультта НИИ ЦВПИ, заведующая кафедрой медицинской реабилитации ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, профессор, д.м.н.;

• **Любош Сободка**, руководитель клиники метаболической коррекции и геронтологии при медицинском факультете Карлова университета в г. Градец Кралове, председатель Чешской Ассоциации парентерального и энтерального питания;

• **Невзорова Д.В.**, главный внештатный специалист по паллиативной помощи МЗ РФ;

• **Племинцева Г.Б.**, президент региональной общественной организации медицинский сестер Москвы;

• **Калинина С.А.**, доцент кафедры сестринского дела ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова;

- **Кан Анна**, клинический психолог, преподаватель учебного центра «Европейский центр долгосрочной опеки»;
- **Комаров А.Н.**, научный руководитель по медицинской реабилитации ЦКБ с поликлиникой, директор реабилитационного центра «Доверие»;
- **Козырева И.В.**, старшая медицинская сестра ЦКБ (по терапии);
- **Егорова О.Ю.**, руководитель Ресурсного центра и службы паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным Свято-Дмитриевского сестричества Московской патриархии РПЦ;
- и другие.

Важным аспектом является консолидирующая роль подобных мероприятий, позволяющая медицинским сёстрам почувствовать свою значимость в общем деле, принадлежность к удивительному миру медицины. Кроме профессионального образования, повышения квалификации, предоставляется возможность рассказать о собственных практических находках, доложить о научных изысканиях, послушать и поделиться опытом в кругу профессионалов, что позволит сформировать новый кластер специалистов своего дела. Взаимодействие с врачебными профильными сообществами обогатит багаж знаний как медицинских сестёр, так и врачей.

Более подробная информация о конференции и регистрация на сайте: [avsd-conf.ru](http://avsd-conf.ru)

# ИНСУЛЬТ. КОМПЛЕКСНАЯ ЭТАПНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ

Комаров Александр Николаевич,  
научный руководитель по медицинской реабилитации  
ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УДП РФ

Цереброваскулярные болезни в настоящее время являются основной медико-социальной проблемой не только клинической неврологии, но и всего общества. В данной связи очевидна необходимость активного внедрения эффективных комплексных реабилитационных мероприятий и программ интеграции инвалидов в социум, основанных на нейропластиичности.



Увеличение средней продолжительности жизни на планете коррелирует с прогрессирующими ростом патологии сердечно-сосудистой системы, самым драматичным из которой является церебральный инсульт. В Российской Федерации рост заболеваемости инсультом за последние 10 лет превысил 34 %, а постинсультная инвалидизация по-прежнему достигает 82 %, в то время как в Европе она не превышает 45 %. Это обуславливает колоссальные экономические потери.

Нейрореабилитация – молодая область в нашей стране. Благодаря успехам Федеральной программы по снижению смертности от сосудистых причин развитие реабилитации стало особенно актуальным. В Российской Федерации 30.11.2005 был издан приказ «О федеральном перечне реабилитационных мероприятий, технических средств и реабилитационных услуг, предоставляемых инвалиду» (№ 2347-р), а 29.12.2012 – Приказ Минздрава России №1705н «О порядке организации медицинской реабилитации». Сейчас активно создаются

реабилитационные центры во всех регионах страны, развитию реабилитационных мероприятий уделяется большое внимание на всех этапах оказания медицинской помощи больным с инсультом.

Несмотря на то что реабилитация, как и профилактика инсульта, является процессом непрерывным, относительно условно ее разделяют на три основных этапа.

Первый этап – госпитальный: ранняя реабилитация острой фазы инсульта, которая начинается в максимально ранние сроки от дебюта инсульта (но не позднее 48 часов) и продолжается до 14–28 суток в зависимости от характера и тяжести заболевания. На этом этапе используются все методы медицинской реабилитации, которые позволяют повысить сердечно-сосудистую адаптивность, двигательную активность и нивелировать осложнения, главным образом – вторичные гнойно-септические.

Сразу после выписки наступает этап продолженной реабилитации, продолжительность которого обычно составляет 30–60 дней, однако для достижения максимальной эффективности его продолжительность должна быть по меньшей мере год от дебюта инсульта. Этот этап посвящен не только восстановлению функции, например, двигательной, но и расширению социально-бытовой адаптации.

Третий этап – амбулаторная реабилитация и санаторно-курортное лечение, должен продолжаться до 2-х лет. Здесь совершенствуются навыки, приобретенные на I и II этапах, усиливается социальная реинтеграция, по показаниям проводится профессиональная реабилитация.

Целью исследования стало желание изучить эффективность нейропротективной терапии цити-

колином на этапе амбулаторной реабилитации у пациентов, перенесших церебральный инсульт более 1,5 лет назад с двигательными и координаторными нарушениями, а также в группе пациентов имеющих сопутствующие психопатологические нарушения.

В настоящую работу включены 57 пациентов в возрасте от 41 до 72 лет (средний возраст – 57,3 ± 9,7 лет). По данным выписок и результатам нейровизуализации 82,5 % (n = 47) пациентов перенесли ишемический, 17,5 % – геморрагический инсульт. Тяжесть инсульта варьировала от 2 до 15 баллов по шкале NIH, функциональный исход – до 4 баллов по модифицированной шкале Рэнкин. Назначенная в поликлинике и продолженная в процессе курса амбулаторной реабилитации фармакотерапия позволила разделить пациентов на две группы. Пациенты I группы сравнения (ГС), 36 человек, получали только базисную терапию (антигипертензивные, антиагрессантные средства, по показаниям – антиангинальные средства, статины), различные ноотропные и/или сосудистые средства им не

**Таблица 1. Характеристика включенных в исследование пациентов**

	ГС (n = 36)	ОГ (n = 21)	p
Муж / жен (n, %)	16 (44,4 %) / 20 (55,6 %)	8 (38,1 %) / 13 (61,9 %)	> 0,05
Возраст (медиана)	56 лет	58 лет	> 0,05
– ишемический	29 (80,6 %)	18 (85,7 %)	> 0,05
– геморрагический	7 (19,4 %)	3 (14,3 %)	
Тяжесть по NIH:			
< 11 баллов	27 (75,0 %)	17 (81,0 %)	> 0,05
≥ 11 баллов	9 (25,0 %)	4 (19,0 %)	

назначались в ближайшие 3 месяца. Пациенты II основной группы (ОГ; n = 21) дополнительно параллельно получали цитиколин в дозе 1 саше (1000 мг) 1 раз в день в течение 40 дней (10 дней до начала реабилитации (прекондиционирование) и 30 дней – в течение реабилитационного процесса. Пациенты, получавшие другие ноотропные, энергокорригирующие, метаболические и/или сосудистые лекарственные средства, в настоящее исследование включены не были. С целью коррекции имевшейся неврозоподобной и психопатоподобной симптоматики, депрессивных симптомов применялись следующие психотерапевтические методы: релаксация, аутотренинг,

активирующая терапия (элементы арт-терапии, фитнес-терапии и др.), элементы когнитивно-биheviorальной терапии, гипнотерапия, психологическое консультирование, социально-психологические тренинги, психологическая профилактика, психологическая коррекция когнитивных функций и психоэмоциональной сферы, психологическая диагностика.

Пациенты обеих исследуемых групп были сопоставимы по полу, возрасту, характеру и тяжести перенесенного инсульта (табл. 1).

Оценка состояния пациентов проводилась на 1 и 30 день на основании данных анамнеза, жалоб, КТ или МРТ, соматического и неврологического статусов, шкал, оце-



## ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ



нивающих неврологические расстройства, динамику социальной адаптации и мобильности пациентов (шкала NIH, модифицированная шкала Rankin, индекс мобильности Rivermeid (Rivermead mobility index)); универсального опросника функциональных возможностей.

При первичном осмотре большинство пациентов предъявляли жалобы на периодически возникающую головную боль, усиливающуюся при физической нагрузке и при

подъемах АД, метеочувствительность, головокружение системного и несистемного характера, усиливающееся при перемене положения тела, слабость в конечностях, нарушения (невозможность) самостоятельной походки, нарушения речи, а также нарушение памяти и внимания. Кроме того, в обследованной выборке приблизительно у 85 % пациентов выявлялись различные психопатологические нарушения и расстройства адаптации.

Среди психопатологических расстройств у пациентов преобладали неврозоподобные (в особенности тревожность, сенситивность), депрессивные и органические нарушения. Также у пациентов выявлялись расстройства адаптации с поведенческими нарушениями в виде гиперкомпенсаторных реакций гетероагgressии и самообвинения. Особенно были выражены психопатологические реакции личности на болезнь в виде рентных установок, тенденции к манипуляции родными и близкими, инфантилизация личности с пассивностью, основная работа с которыми осуществлялась психологами.

По окончании курса амбулаторной реабилитации зарегистрирован регресс жалоб в обеих группах, при этом наибольшая межгрупповая разница была достигнута по таким жалобам как головокружение, метеочувствительность и нарушения походки

Кроме того, при первичном осмотре выявлена эмоциональная лабильность, выражаясь раздражительностью, повышенной утомляемостью и слезливостью у 84,2 % пациентов. К 25 суткам у пациентов ОГ уменьшилась частота этих жалоб на 42,0 %. В ходе проведения курса реабилитации у пациентов в ОГ с различными формами психических нарушений отмечалось статистически значимое улучшение по шкалам депрессии (HAM-D), общего клинического впечатления (CGI), тревоги и депрессии (HADS-21), оценки качества жизни (QLS) ( $p < 0,05$ ). В ГС статистически значимой динамики не наблюдалось.

Важно отметить, что существенный регресс жалоб различного характера связан с активацией пациентов обеих групп в процессе реабилитации, многие из них стали констатировать «прилив жизненных сил», «желание жить». Мотивация к восстановлению повысилась почти у всех пациентов, что является важным прогностическим фактором.

Анализ динамики неврологического статуса зарегистрировал более выраженную положительную динамику в группе пациентов, получавших цитиколин. Более половины перенесших более полутора лет на-

зад инсульт пациентов расширили свой двигательный и социальный режим. Несмотря на отсутствие общего межгруппового статистически значимого различия, применение цитиколина сопровождалось увеличением доли пациентов с хорошим функциональным исходом, а также уменьшением доли тяжелой инвалидизации. При этом следует отметить, что даже сравнительно краткосрочный курс реабилитации (1 месяц) в сочетании с направленной метаболической и индивидуально взвешенной ноотропной медикаментозной поддержкой может оказать существенное положительное влияние на психическое и физическое состояние таких пациентов. Причём в реабилитационные программы следует включать сочетание различных физио- и психотерапевтических методов вне зависимости от степени когнитивного дефицита и глубины психических расстройств реабилитируемого пациента, поскольку мишенью для реабилитации может являться достаточно широкий спектр психических расстройств: от лёгких невротических и неврозоподобных до грубых органических и шизофренических.

В объёмы необходимой помощи даже для пациентов, находящихся в психическом состоянии, приближающемуся к исходному (конечному), следует включать сочетание как фармакологических методов лечения, так и психотерапии, представляющей собой в данном случае различные неспецифические методы активизации пациентов, элементы гипнотерапии, психотерапию творчеством в широком смысле, аутотренинг и методы релаксации, когнитивно-бихевиоральные методики, а также программы лечебной физкультуры и физиотерапевтические методы.

Для понимания важности осуществления реабилитационных мероприятий психически больным, а также с целью улучшения осведомлённости о различных аспектах реабилитации, врачам и среднему медицинскому персоналу необходимо проведение специальных образовательных программ как в программе постдипломного образования, так и на курсах тематического усовершенствования.



#### Литература:

1. Зинченко, Ю.П., Вишнева, А.Н. Психологические проблемы нейрореабилитации // Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья: материалы международной научно-практической конференции. – 2011. – 5–6 декабря. – Москва.
2. Иванова, Г.Е., Кезина, Л.П., Комаров, А.Н., Силина, Е.В., Трофимова, А.К., Косяева, С.В., Курбанов, Р.С., Степочкина, Н.Д. Психо-эмоциональный статус у инвалидов, перенесших спинальную травму // Вестник восстановительной медицины. – 2013. – № 4. – С. 2-8.
3. Кезина, Л.П., Комаров, А.Н., Силина, Е.В. Современные аспекты реабилитации больных с ДЦП и перенесших спинальную травму, инсульт, эндопротезирование // Современная медицинская наука. – 2012. – № 2. – С. 104–108.
4. Ишемический инсульт / под ред. Парфенова В.А., Хасановой Д.Р. – М.: Издательство МИА; 2012.
5. Румянцева, С.А., Силина, Е.В., Свищева, С.П., Комаров, А.Н. Медицинские и организационные проблемы до- и постинсультной инвалидизации // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – Инсульт: выпуск 2. – 2013. – № 111(9). – С. 43–49.
6. Стаховская, Л.В., Ключикова, О.А., Богатырева, М.Д., Коваленко, В.В. Эпидемиология инсульта в России по результатам территориально-популяционного регистра (2009–2012) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. – № 113(5). – С. 4–10.
7. Schönberger, M., Ponsford, J., McKay, A., Wong, D., Spitz, G., Harrington, H., Meallings, M. Development and predictors of psychological adjustment during the course of community-based rehabilitation of traumatic brain injury: A preliminary study // Neuropsychol Rehabil. – 2014. – V. 24(2). – S. 202–19.
8. Zanca, J.M., Dijkers, M.P., Hsieh, C.H., Heinemann, A.W., Horn, S.D., Smout, R.J., Backus, D. Group therapy utilization in inpatient spinal cord injury rehabilitation // Arch Phys Med Rehabil. – 2013. – V. 94(4). – S. 145–53.
9. Homberg, V. Neurorehabilitation approaches to facilitate motor recovery // Handb Clin Neurol. – 2013. – V. 110. – S. 161–173.
10. Krupinski, J., Secades, J., Shiraliyeva, R. Towards Effective Neurorehabilitation for Stroke Patients // Int J. Phys Med Rehabil. – 2014. – V. 2:2.
11. Mar, J., Álvarez-Sabín, J., Oliva, J., Becerra, V., Casado, M.Á. [et al.] The costs of stroke in Spain by aetiology: the CONOCES study protocol // Neurologia. – 2013. – V. 28(6). – S. 332–339.
12. Secades, J.J. Probably role of citalopram in stroke rehabilitation: review of the literature // Rev Neurol. – 2012. – V. 54(3). – S. 173–179.
13. Ward, A., Alvarez, P., Vo, L., Martin, S. (2014) Direct Medical Costs of Complications of Diabetes in the United States: Estimates for Event-year and Annual State Costs (USD 2012) // J. Med Econ. – 2014. – V. 17(3). – S. 176–183. ■

# СОЗДАНИЕ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ МЕЖДУ СТАЦИОНАРОМ И ДОМОМ. СТАЦИОНАР-ЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА НА ТРЕТЬЕМ ЭТАПЕ

Омельченко Екатерина Александровна,

главный внештатный специалист по реабилитации детей Департамента здравоохранения Орловской области, заведующая отделением медицинской реабилитации БУЗ ОО «НКМЦ им. З.И. Круглой», руководитель отдела медико-социальной поддержки Национального центра развития технологий социальной поддержки и реабилитации «Доверие»

С момента открытия сосудистых центров в России и внедрения со- судистой программы выживаемость после перенесенного острого на-рушения мозгового кровообращения значительно увеличилось. Вместе с тем, актуальнее стал вопрос о проведении реабилитационных ме- роприятий и снижении инвалидизации населения после перенесенного инсульта.



На сегодняшний день от-крылись и продолжают создаваться множество реабилитационных цен- тров и отделений реаби- лitation второго этапа, но длитель- ность пребывания пациента в них ограничена сроками, заложенными в программе государственных гарант- ий или средствами семьи пациента, если он проходит платную реаби- лitation. И рано или поздно такая реабилитация заканчивается. А за- частую пациент не может попасть на данный этап реабилитации в силу

возраста, низкого реабилитационно- го потенциала, наличия абсолютных противопоказаний к интенсивной реабилитации или по каким-либо другим причинам. Поэтому крайне актуальными остаются вопросы пре- емственности стационара и амбула- торного этапа, а также возвращения пациента домой, где, по старой по- говорке, «и стены лечат».

Проблема амбулаторного зве- на реабилитации в нашей стране связана не только с недостаточным количеством отделений и центров 3-го этапа, но и сложностью транс-

портировки пациента с ограниче- нием двигательной активности на место проведения занятий.

Также одной из причин, осложня- ющих реабилитацию после повреж- дения головного мозга, является спастичность. Это состояние повы- шения мышечного тонуса в опреде- ленных группах мышц, создающее сопротивление выполнению актив- ных и пассивных движений в конеч- ности, также приводящее к вторич- ным осложнениям в виде болевого синдрома, деформациям и контрак- турам суставов, затруднению ухода за конечностью. Сложность этого состояния – в том, что зачастую оно развивается не сразу, а через какое-то время, в том числе когда пациента выписали домой.

Борьба со спастикой строится на профилактике ее развития и лечении уже возникшего повышения мышеч- ного тонуса. К мерам профилактики относятся правильное позициониро- вание пациента после инсульта, а также ортезирование конечности.

Методы лечения спастичности, если не вдаваться в медицинские подробности, включают в себя:

- немедикаментозные (физиче- ские упражнения по укреплению мышц антагонистов, растяжение спастичных мышц, применение ортезов, физиопроцедуры);
- медикаментозные (применение локально-действующего ботуло- токсина типа А (БТА), оральных си- стемных миорелаксантов, интертек- кального введения баклофена);
- хирургические.

## Структура медико-социального патронажа

Понимая важность создания преемственности стационарного лечения в клинике и продолженной реабилитации на дому, сотрудники Центра развития технологий социальной поддержки и реабилитации «Доверие» создали структуру медико-социального патронажа и реабилитации, построенную на сопровождении пациента патронажным специалистом, который выполняет не только уход за пациентом, но и проведение реабилитационных мероприятий по назначению реабилитолога.

Патронажный специалист, находясь с пациентом в отделении, получает всю необходимую информацию о реабилитации после инсульта, особенностям позиционирования, лечебной гимнастики, правилам ортезирования для профилактики и коррекции спasticности. В дальнейшем, после выписки, специалист может продолжать заниматься с пациентом по индивидуальной программе.

Такой подход медико-социального сопровождения пациента с момента возникновения заболевания до момента выздоровления или компенсации утраченных функций имеет ряд преимуществ, как экономических, так и социальных.

Во-первых, пациент чувствует поддержку специалиста, всегда готового прийти на помощь и не испытывает депривации общения, как часто случается в лечебных учреждениях. Реабилитация строится не только по расписанию лечебного учреждения, а проходит по индивидуальному графику комфорtnому пациенту, не перегружая его, но и не создавая условия для «затяживания».

Во-вторых, перемещаясь из больницы домой, такой специалист может оказать всестороннюю поддержку и продолжить мероприятия, начатые в стационаре. Специалист служит буфером и посредником между пациентом, лечебным персоналом и родственниками пациента. Семья сохраняет свой социальный и трудовой статус, а также получает полноценную информацию о состоянии здоровья и успехах пациента. При этом нет психологической и физической напряженности, кото-



Рис. 1. Программа «I-CAN» создана для реабилитации пациентов со спasticностью

рая часто возникает в семье, где появляется пациент с инсультом.

Для ЛПУ наличие «помощника» пациента – это снятие нагрузки на средний персонал и помощь в повышении качества оказываемых реабилитационных и лечебных услуг, а также снижение риска возникновения различных осложнений, а значит, ускорение выписки пациента из стационара.

### Работа со спастичностью

Патронажный специалист занимается профилактикой, оценивает ди-

намику спастичности у пациентов и информирует курирующего врача-реабилитолога о ее возникновении или усилении.

Основной задачей патронажного специалиста в работе со спастичностью после инсульта является правильное позиционирование конечности, а также выполнение пассивно-активной гимнастики для растяжения спастичных мышц и укрепления их антагонистов. Но не всегда возможно четко отследить количество выполняемых пациентом упражнений или качество их

# ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ



выполнения, так как часто пациенты и специалисты начинают вносить изменения в свою программу занятий.

Большой помощью в работе со спастическим парезом у пациентов после инсульта на дому стало появление программы «iGSC I-CAN» (рис.1). Программа разработана профессором Ж.М. Грасье и компанией Ipsen для проведения активной реабилитации пациентов со спастичностью после проведения ботулиновтерапии. Известно, что терапевтическое окно, в промежутке которого действует ботулинический токсин типа А – 3-6 месяцев после введения. Но курсов реабилитации в стационарных условиях такой длительности не бывает, а амбулаторное посещение занятий по физической реабилитации такими пациентами часто бывает затруднено.

Программа работает не только у пациентов, которым проведена инъекция БТА (хотя в таком случае результаты выше), но и рекомендована пациентам с любой выраженной спастичностью, пока не сформировались стойкие контрактуры.

Принцип работы программы «I-CAN» для пациента прост: зайти

в приложение на компьютере или планшете и ежедневно выполнять упражнения, которые ему индивидуально подобрал специалист. Упражнения делятся на 2 типа: пассивное растяжение спастичных мышц и активное сокращение мышц, которые работают в противовес первым (укрепление паретичных, слабых). Тренировку можно выполнять самостоятельно или с вовлечением помощника. Все упражнения подкреплены видео, текстовыми инструкциями и таймером времени, в течение которого необходимо выполнять упражнения, благодаря этому создается четкая дозированность нагрузки и отслеживается процесс выполнения. Закончив упражнения, можно делать пометки в электронном дневнике и отправлять отчет специалисту-куратору. Это дисциплинирует пациентов и мотивирует на постоянную работу.

Кто может назначить курс упражнений? В центре «Доверие» это делает курирующий врача-реабилитолог, который во время первичного осмотра составляет индивидуальную программу по уходу и реабилитации. Но это может делать и врач стационара, выписы-

вающий пациента домой. В «рабочем кабинете» программы можно выбрать задания для любых групп мышц руки и/или ноги, которые необходимо проработать в настоящее время, сколько подходов в день необходимо сделать, а также длительность выполнения упражнений. Когда результат достигнут, специалист даже онлайн может корректировать программу, благодаря наличию большого количества упражнений для разных групп мышц, поэтому не создается эффект привыкания к нагрузке, что часто может снижать приверженность к занятиям.

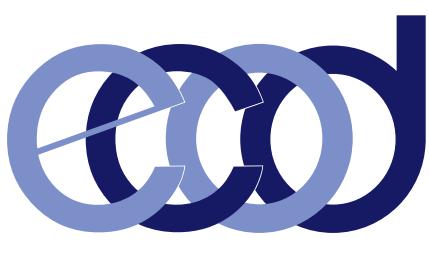
В настоящее время 12 пациентов, находящихся на курации центра «Доверие», занимаются с применением программы «I-CAN». 5 из них получили курс ботулиновтерапии препаратом «Диспорт», остальные получают лечение пероральными миорелаксантами. Стоит отметить, что в группе пациентов, получивших лечение БТА, результаты значительно лучше. Это выражается и в увеличении объема пассивных и активных движений в конечностях, увеличении скорости ходьбы, улучшении манипулятивной функции руки и освоении новых бытовых навыков.

Сочетанное применение программы для реабилитации с правильным позиционированием и ортезированием конечности позволяет снизить риск развития нежелательных осложнений, таких как контрактуры и болевой синдром, а значит, увеличить реабилитационный потенциал пациента и дать ему возможность максимально восстановить утраченные функции. К тому же стоимость такой реабилитации значительно ниже, чем посещение платных центров или вызов массажиста и специалиста по лечебной физкультуре на дом.

Конечно, все указанные выше методы ни в коем случае не отменяют и не заменяют комплексной мультидисциплинарной реабилитации 1 и 2 этапа в стационаре после случившегося острого нарушения мозгового кровообращения, но могут стать хорошим подспорьем и альтернативой дорогостоящих или неэффективных методов, когда пациент возвращается домой. ■

# УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Лицензия №76478 от 14 октября 2016 г.



**ЕЦДО**  
Европейский центр  
долгосрочной опеки



УЦ проводит подготовку высококвалифицированных и конкурентоспособных специалистов, способных обеспечивать качественный уход за тяжелобольными и пожилыми людьми. Для среднего и младшего медицинского персонала, работников социальной сферы (работников домов-интернатов для престарелых и инвалидов, психоневрологических интернатов, хосписов, благотворительных организаций, а также сиделок и опекунов).

Программа повышения квалификации «Организация и выполнение мероприятий по уходу и реабилитации за тяжелобольным или пожилым человеком», 72 часа включает в себя учебные модули:

- ▶ «ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В РАБОТЕ С ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМ И ЕГО РОДСТВЕННИКАМИ»
- ▶ «СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И РАБОТЕ С ХРОНИЧЕСКИМИ РАНАМИ»
- ▶ «ПЕРВАЯ ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ В НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ»
- ▶ «БЕЗОПАСНОЕ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ»
- ▶ «ОСНОВЫ УХОДА ЗА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМ ИЛИ ПОЖИЛЫМ ЧЕЛОВЕКОМ»

По окончании обучения лицам, успешно освоившим Программу повышения квалификации и прошедшим итоговую аттестацию, выдаем удостоверение о повышении квалификации установленного образца.

ОП ООО «БЕЛЛА Восток» УЦ ДПО «Европейский центр долгосрочной опеки»  
МО, Ленинский район, гп «Горки Ленинские», ЗПС автодороги "МКАД-аэропорт Домодедово", вл. 7, стр. 1

тел.: +7 (495) 726-55-25, e-mail: [ecdo@bella-tzmo.ru](mailto:ecdo@bella-tzmo.ru)

[www.ecdo-russia.ru](http://www.ecdo-russia.ru)

# КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Девяткина Юлия Владимировна,  
невролог-реабилитолог, специалист по антивозрастной медицине

Рассеянный склероз является хроническим аутоиммунным заболеванием нервной системы. В основе заболевания лежит повреждение оболочек нервных волокон активированной иммунной системой, что приводит к нарушению проведения импульсов и развитию разнообразных неврологических симптомов.



**А**утоиммунное заболевание – это состояние, при котором реакция иммунной системы организма направлена против собственных клеток. На сегодняшний день нет четких причин возникновения данного процесса. В традиционной медицине не признается факт, что это болезнь иммунной системы в целом, а рассматривается лишь заболевания отдельных органов. Следовательно, и подход к лечению будет не функциональным, а ограниченным и в большинстве случаев будет направленным на снятие симптомов и поддержание жизни (однолечим, другое калечим).

Основываясь на данных метаанализа, одной из основных проблем на пути к социальной адаптации и двигательной активности у пациентов с РС является синдром хронической усталости, который встречается у 2/3 всех пациентов с рассеянным склерозом и 50 % больных считают хроническую усталость наиболее инвалидизирующим фактором этого заболевания. Этот важный фактор необходимо учитывать и при лечении классическими способами рассеянного склероза и при медицинской реабилитации данной группы пациентов.

Однако в настоящее время медицинская реабилитация больных

с рассеянным склерозом (РС) направлена на технологии обеспечения физической независимости – методы уменьшения двигательных нарушений, расстройств координации и движений, баланса, ходьбы, снятие мышечного тонуса. Данные рутинные методы не учитывают функциональный класс и синдром хронической усталости, также эти методы достаточно энергоемки и в данном случае будут обладать низкой эффективностью, что будет приводить к снижению качества жизни вследствие переутомления, снижению реабилитационного потенциала и комплаентности.

Поскольку в основе функциональной медицины лежит целостный подход к человеку и к причинам возникновения заболевания, то и подход к реабилитации пациентов с аутоиммунными заболеваниями также должен быть функциональным.

Известно, что кишечник – один из главных органов нашей иммунной системы, и при тесном контакте с громадным потоком микробного и аллергенного материала в его задачу входит предотвращение проникновения микроорганизмов и аллергенов в слизистую кишечника.

Прогрессирование аутоиммунных заболеваний происходит параллельно с растущим потреблением переработанной пищи плохого качества, известной своим негативным влиянием на микрофлору кишечника и высоким содержанием агрессивных пищевых агентов, включая глютен-содержащие и лектины. Это приводит к потенцированию развития синдрома «дырявого» кишечника путем раздражения слизистой кишечника и возникновения воспаления (формируя тем самым вначале пищевую непереносимость, симптомы которой имеют широкое разнообразие: депрессии, головные боли, боль в суставах, синдром раздраженного

кишечника и т.д. и т.п.), и далее это приводит к повреждению слизистой, микроворсинок и повышению проницаемости. Когда это случается, нарушается полноценное получение питательных веществ из пищи, а микроорганизмы, токсины и крупные молекулы, которые всегда присутствуют в еде, получают возможность попасть в кровоток, что является триггером для возникновения аутоиммунных заболеваний.

Классическая парадигма аутоиммунного патогенеза с участием специфических генетических механизмов и воздействия триггеров внешней среды была поставлена под сомнение дополнительным третьим элементом – потерей барьерной кишечной функции. Аутоиммунный процесс может быть прекращен, если взаимодействие между генами и триггерами окружающей среды было предотвращено за счет восстановления барьерной функции тонкого кишечника. В современной медицине это новая парадигма к подходу лечения аутоиммунных заболеваний, которая успешно используется.

Ключевые моменты при работе с пациентом, имеющим аутоиммунное заболевание:

- 1) Работа с любым хроническим (и скрытым) воспалением и инфекциями в организме:
- инфекция обуславливает появление антител, а эти антитела могут реагировать на определенные ткани организма, как на чужие, которые надо атаковать и уничтожать, тем более что классический подход к лечению аутоиммунных заболеваний включает в себя прием высокотоксичных препаратов, которые угнетают иммунную систему, дает возможность организму стать более восприимчивыми к инфекциям и ухудшает течение уже существующего воспаления;
- 2) восстановление кишечной барьерной функции + ферменты для улучшения правильного пищеварения и поджелудочной железы, нормализация кишечной флоры с помощью пробиотиков способствуют восполнению полезных бактерий и вытесняют вредные бактерии;
- для начала рекомендовано изменить питание: исключить из своего рациона продукты, которые

вызывают повреждение стенок кишечника: глютен ( рожь, пшеница, ячмень), молочные продукты и молоко, яйца, пасленовые, сахар, алкоголь, кофе. Ввести в свой рацион ферментированные овощи, костный бульон, кокосовые и содержащие омега-3 продукты;

- также рекомендовано в течение одного месяца перейти на аутоиммунный протокол питания;
- 3) восполнение макро- и макро-нутриентов: минимальное количество элементов для восполнения, назначение которых должно быть строго под контролем специалиста и лабораторных показателей;
- цинк + витамин А + витамин С = стимуляция синтеза антител и рост Т-клеток;
- магний участвует в более чем в 300 ферментативных реакциях, и без него невозможен синтез АТФ;
- L-глутамин – заживление ЖКТ, фактор проницаемости кишечника;
- В12 – участие в синтезе липидной части миелина;
- омега-3 – стабилизация клеточных мембран;
- витамин Д – снижение уровня воспалительных маркеров, защита от аутоиммунной агрессии;
- 4) коррекция хронического стресса.

Имеются многочисленные данные о воздействии на организм хронического стресса и развитии скрытых патологических реакций, которые редко берутся во внимание. Рассмотрение на биохимическом уровне эндокринологического аспекта хронического стресса показывает, что длительно повышенный уровень кортизола (гормона, вырабатываемого при стрессовой реакции организма для активации защитных процессов) в конечном счете приводит к истощению надпочечников и снижению уровня кортизола. Вследствие этого формируются нарушения в гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системе, что не дает нашему организму восстанавливаться самостоятельно, и ресурсов для борьбы с инфекцией и стрессом просто-напросто нет. Данный процесс также является одним из триггеров для возникновения хронических воспалительных и аутоиммунных состояний;

- вначале рекомендуется обратить внимание на немедикамен-

тозные методы коррекции стресса: дыхательные гимнастики, йогу, медитации, ароматерапию, СПА и массаж;

- большую роль в регуляции стресса и нашей иммунной системы играет сон. Общие правила: ложиться спать строго до 23.00, длительность сна – 8 часов, спать в полной темноте (можно использовать маску для сна) и избегать ночного пробуждения. Эти правила очень важно соблюдать, т.к. сон действительно лечит все, но главный критерий – это правильный сон.

Поэтому ведение пациентов с РС должно быть комплексным, направленным не только на лечение центральной нервной системы классическими методами, но и должно включать в себя устранение хронического воспаления и стресса, восстановление барьерной кишечной функции. Это поможет воздействовать как на синдром хронической усталости у больных с рассеянным склерозом, так и на сам аутоиммунный процесс, повысит реабилитационный потенциал и снизит инвалидизацию данной группы пациентов.

## Литература:

1. Бойко, А.Н., Гусева, М.Е., Сиверцева, С.А. Немедикаментозные методы лечения и образ жизни при рассеянном склерозе. – М.: Гэотар-Медиа, 2015. – С. 44, 118.
2. Fasano, A., Shea-Donohue, T. Mechanisms of Disease: the role of intestinal barrier function in the pathogenesis of gastrointestinal autoimmune diseases // Nat Clin Pract. – 2005. – Sep; 2(9). – S. 416–22.
3. Brady, D. M. New Article on Autoimmune Disease Townsend latter. – 2012. – 06.
4. Fasano, A. Zonulin and its regulation of intestinal barrier function: the biological door to inflammation, autoimmunity, and cancer // Physiol Rev. – 2011. – V. 91. – S. 151–175.
5. Fasano, A. Pathological and therapeutic implications of macromolecule passage through the tight junction. In Tight Junctions. 2nd edition. Edited by Cereijido M., Anderson J. // CRC Press, Boca Raton. – 2001. – S. 697–722/
6. Sonier, B., Patrick, C., Ajikuttira, P., Scott, F.W. Intestinal immune regulation as a potential diet-modifiable feature of gut inflammation and autoimmunity // Int Rev Immunol. – 2009. – V. 28. – S. 414–445. ■

# «УДАР»: УЗНАЙТЕ БОЛЬШЕ О ПРИЗНАКАХ ИНСУЛЬТА

И Сун Чер,

специалист организационно-методического отдела по неврологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

*Быстрое медицинское обследование после инсульта играет важнейшую роль. Однако этому препятствуют задержки, связанные с низкой осведомленностью населения о симптомах заболевания.*



Увеличение числа детей, проживающих с бабушками и дедушками, а также числа лиц, откладывающих рождение детей до 40 лет и старше, приводит к тому, что все большее число детей проживает с лицами предпенсионного и пенсионного возраста. Это является основанием для разработки и внедрения программ обучения распознаванию признаков инсульта для детей, повышению информированности школьников об инсульте, его симптомах и способах реагирования в краткосрочном периоде.

В школе № 6 Владивостока было проведено исследование\*, в котором приняли участие 522 школьника 1–10 классов. Анкетирование, в котором респондентам предлагалось ответить на вопросы о том, знают ли они, что такое инсульт, его признаки и что необходимо делать при подозрении на его возникновение, проводилось до и после интерактивной лекции.

На интерактивной лекции с учетом возрастной психологии на

\* Исследование полностью опубликовано в сборнике тезисов IX Общероссийской конференции с международным участием «Неделя медицинского образования».

доступном уровне объяснялись основные симптомы инсульта, а также действия, которые необходимо предпринимать при подозрении на его возникновение.

Для улучшения запоминания был использован модифицированный тест «УДАР» («У» – улыбка, «Д» – движение, «А» – афазия, «Р» – решение), в котором «артикуляция» была заменена на термин «афазия». Данная модификация была произведена в связи с тем, что термин «афазия» в большей степени отражает возможные нарушения речи при возникновении инсульта (табл. 1).

Проведенное обучение показало значимую эффективность по всем оцениваемым параметрам (табл. 2).

Помимо основных симптомов инсульта, на лекции уделялось внимание правильности действий при подозрении на его возникновение: вызвать скорую медицинскую помощь; сообщить взрослым; запомнить время, когда человеку стало плохо, чтобы впоследствии передать эту информацию врачам скорой медицинской помощи.

Специализированные программы могут способствовать информированию детей о распознавании симптомов инсульта и своевременному вызову скорой медицинской помощи, что также может привести к улучшению результатов лечения и исходов заболевания. Среди существующих программ по улучшению осведомленности населения наиболее часто используются мнемонические тесты, наиболее известным из которых является тест FAST (face – лицо, arm – рука, speech – речь, time – время), который был разработан в качестве метода, позволяющего повысить частоту распознавания острого инсульта населением. В настоящее время FAST является основой кампаний по об-

Таблица 1. Мнемонические тесты, используемые для распознавания инсульта

Мнемонические тесты распознавания инсульта		Пояснения				
FAST	F – face – лицо	A – arm – рука	S – speech – речь	T – time – время		
УДАР (1)	У – улыбка	Д – движение	А – артикуляция	P – решение		
	У – улыбка	Д – движение	А – афазия	P – решение		
УДАР (2)	Попросить улыбнуться, если улыбка несимметрична (один угол рта опущен) – симптом инсульта	Попросить поднять руки на 90 градусов, невозможность поднять одну из рук или быстрое ее опускание (ассиметричное снижение силы)	Попросить сказать свои Ф.И.О. и возраст, симптом инсульта – невнятная / спутанная речь либо непонимание обращенной речи	При обнаружении этих симптомов в срочном порядке вызвать скорую помощь		

Таблица 2. Результаты анкетирования школьников

	Правильное понимание понятия «инфаркт»				Правильность перечисления признаков инфаркта				Выбор правильных действий при возникновении инфаркта			
	До обучения		После обучения		До обучения		После обучения		До обучения		После обучения	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 класс (n = 53)	9	17,0	43	81,1*	2	3,8	39	73,6*	2	3,8	41	77,4*
2 класс (n = 56)	18	32,1	55	98,2*	7	12,5	54	96,4*	9	16,1	56	100*
3 класс (n = 47)	35	74,5	44	93,6	14	29,8	43	91,5*	11	23,4	43	91,5*
4 класс (n = 49)	21	42,8	42	85,7*	8	16,3	36	73,5*	6	12,2	34	69,4*
5 класс (n = 52)	44	84,6	52	100*	16	30,8	46	88,5*	9	17,3	45	86,5*
6 класс (n = 48)	44	91,7	48	100	20	41,7	48	100*	11	22,9	47	97,9*
7 класс (n = 26)	24	92,3	25	96,2	13	50,0	18	69,2*	6	23,1	9	34,6
8 класс (n = 39)	35	89,7	37	94,9	18	46,2	28	71,8*	12	30,8	27	69,2*
9 класс (n = 23)	20	87,0	23	100	13	56,5	20	87,0*	8	34,8	17	73,9*
10 класс (n = 51)	46	90,2	50	98,0	21	41,2	44	86,3*	4	7,8	37	72,5*
Итого (n = 444)	296	66,7	419	94,4*	132	29,7	376	84,7*	78	17,6	356	80,2*

\* p < 0,05 – статистически значимые различия до и после лекции.

учению населения во многих странах, включая Великобританию, Ирландию, США, Австралию и Новую Зеландию; также имеются варианты для неанглоговорящих стран. Начиная с 2009 года тест FAST используется в рамках телевизионной кампании по повышению осведомленности населения в Великобритании. В ходе трех исследований, проводившихся в США, тест FAST использовался в качестве обучающего инструмента в небольших локальных взрослых популяциях, что привело к повышению узнавания симптомов инсульта.

В России альтернативой тесту FAST является тест «УДАР», однако в настоящее время в научной литературе не удалось обнару-





жить исследований, касающихся эффективности проведения теста как обучающей методики в распознавании инсульта. Это обусловило проведение данного исследования, которое продемонстрировало, что лекции среди школьников с учетом педагогических компетенций и возрастной психологии значимо улучшают информированность детей о признаках инсульта и действиях, которые необходимы при его возникновении. Ожидается, что внедрение подобных интерактивных лекций в социум позволит ускорить сроки доставки пациентов с инсультом в специализированные стационары и, как следствие, улучшить качество оказания медицинской помощи, сохранив ежегодно тысячи жизней.

В результате проведенного обучения информированность об инсульте, его признаках и необходимых действиях при подозрении на его возникновение у школьников начальных классов (1–4 класс) повысилась в 2,2, 5,5 и 6,2 раза соответственно, у школьников с 5–7 классов – в 1,2, 2,3 и 3,9 раза, 8–10 классов – в 1,1, 1,8 и 3,4 раза соответственно.

Тест «УДАР» можно рассматривать как методику, способствующую повышению информированности населения об инсульте. Проводимые в школах лекции по выявлению признаков инсульта «УДАР» в перспективе могут позволить улучшить исходы данного заболевания. Прошедшие обучение дети могут быстрее вызывать скорую медицинскую помощь, если у члена семьи возникает инсульт. Необходимо проведение дальнейших исследований направленных на оценку эффективности данных лекций, в том числе и в долгосрочном периоде.

### Литература:

1. Williams, O., DeSorbo, A., Noble, J., Gerin, W. Child-Mediated Stroke Communication: findings from Hip Hop Stroke // Stroke. – 2012. – V. 43(1). – S. 163–9.  
doi: 10.1161/STROKEAHA.111.621029.
2. Amano, T., Yokota, C., Sakamoto, Y., Shigehatake, Y., Inoue, Y., Ishigami, A., Haghara, T., Tomii, Y., Miyashita, F., Toyoda, K., Minematsu, K. Stroke education program of act FAST for junior high school students and their parents // J. Stroke Cerebrovasc Dis. – 2014. – V. 23(5). – S. 1040–5. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.08.021.
3. Matsuzono, K., Yokota, C., Takekawa, H., Okamura, T., Miyamatsu, N., Nakayama, H., Nishimura, K., Ohyama, S., Ishigami, A., Okumura, K., Toyoda, K., Miyamoto, Y., Minematsu, K. Tochigi Junior High School Stroke Education Group; Participating Investigators of Tochigi Junior High School Stroke Education Group. Effects of stroke education of junior high school students on stroke knowledge of their parents: Tochigi project // Stroke. – 2015. – V. 46(2). – S. 572–4.  
doi: 10.1161/STROKEAHA.114.007907.
4. Kleindorfer, D.O., Miller, R., Moomaw, C.J., Alwell, K., Broderick, J.P., Khouri, J., Woo, D., Flaherty, M.L., Zakaria, T., Kissela, B.M. Designing a message for public education regarding stroke: does FAST capture enough stroke? // Stroke. – 2007. – V. 38(10). – S. 2864–8.  
doi: 10.1161/STROKEAHA.107.488809
5. Pierce, C., Fahs, P.S., Dura, A., Fronczek, A., Morgan, L.L., Leppert, T., Srnka-Debnar, F., Terriquez-Kasey, L., Hamilton, B., Buel, V. Raising stroke awareness among rural dwellers with a Facts for Action to Stroke Treatment-based educational program // Appl Nurs Res. – 2011. – V. 24(2). – S. 82–7.  
doi: 10.1016/j.apnr.2009.04.001.
6. Wall, H.K., Beagan, B.M., O'Neill, J., Foell, K.M., Boddie-Willis, C.L. Addressing stroke signs and symptoms through public education: the Stroke Heroes Act FAST campaign // Prev Chronic Dis. – 2008. – V. 5(2). S. A49. ■

# ПРОФИЛАКТИКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Вита Шакирова,  
специалист по вопросам ТМ Matopat ООО «БЕЛЛА Восток»

**П**ричинами внутрибольничной инфекции (ВБИ) становятся бактерии, вирусы, грибы, многоклеточные паразиты. Лишь незначительная часть из них относится к патогенным микроорганизмам, гораздо большее значение имеют условно-патогенные. В норме они обитают на коже и слизистых человека, а болезнестворность приобретают только при снижении иммунной защиты. Иммунитет слабо реагирует на присутствие условно-патогенной флоры в организме, так как ее антигены привычны ему и не вызывают мощной выработки антител. Нередко возбудители формируют различные ассоциации из нескольких видов бактерий, вирусов и грибов, так называемые «госпитальные штаммы».

Профилактика ВБИ – это наиболее эффективный способ решения проблемы. Самым важным звеном в предотвращении распространения госпитальных штаммов является средний медицинский персонал, который принимает непосредственное участие в уходе за пациентами, проведении инвазивных манипуляций, дезинфекции и стерилизации объектов больничной среды. Только неукоснительное соблюдение санитарных правил в лечебных учреждениях может существенно снизить частоту вспышек нозокомиальных инфекций.



Внутрибольничные инфекции являются важной проблемой современной медицины. Чтобы снизить риск заражения и роста госпитальных инфекций, необходимы многосторонние профилактические меры и соблюдение санитарных правил в лечебных учреждениях.



Готовые стерильные наборы Matoset значительно сокращают риск заражения внутрибольничными инфекциями. Они предназначены для проведения конкретной медицинской процедуры. Составляющие набора уложены таким образом, чтобы сохранить алгоритм выполнения процедуры согласно законам асептики.

Благодаря использованию готовых наборов, медперсонал экономит время, так как весь необходимый материал и инструментарий находится в одной упаковке и уложен поочередно в порядке его использования.

Использование одного стандартного набора сокращает время как на подготовку к процедуре, так и на её проведение.

Еще одним плюсом использования готовых наборов является сокращение расходов на обработку многоразовых медицинских изделий и амортизацию инфраструктуры ЦСО.

Снятие с медицинского персонала обязанностей, связанных с подготовкой медицинского материала для проведения процедуры, позволяет качественно и быстро прове-

сти манипуляцию и уделить должное внимание пациенту.

Использование наборов в твердом блистере сокращает риск механического повреждения составляющих. Также твердый блистер выполняет функцию одноразовой емкости, разделенной перегородками и позволяющей использовать во время процедуры три вида растворов.

В ассортименте ТМ Matopat большой выбор готовых процедурных наборов для смены повязки, для дезинфекции операционного поля, для наложения и снятия швов, для катетеризации, для центрального и поясничного прокола, для подсоединения капельницы, а также для процедуры диализа.

ТМ Matopat давно завоевала доверие на мировом рынке, как изделия наивысшего качества, отвечающие всем требованиям безопасности и современным стандартам.

Изделия ТМ Matopat созданы при тесном взаимодействии с медицинскими экспертами, которые являются постоянными клиентами и используют изделия в своей повседневной работе. ■

# КАК ПОМОЧЬ СЕМЬЕ С ОСОБЫМ РЕБЕНКОМ

Омельченко Екатерина Александровна,

главный внештатный специалист по реабилитации детей Департамента здравоохранения

Орловской области, заведующая отделением медицинской реабилитации БУЗ ОО «НКМЦ им. З.И. Круглой»,

руководитель отдела медико-социальной поддержки Национального центра развития технологий социальной поддержки и реабилитации «Доверие»

*В Орловской области создана и работает система поддержки детей с тяжелыми двигательными и множественными нарушениями развития, направленная на обучение родителей и лиц, ухаживающих за ребенком, правилам правильной реабилитации и абилитации.*



**Р**ождение ребенка – это огромное счастье. Все готовятся к его появлению: покупают одежду, пеленки, средства ухода, коляски и игрушки. Но к рождению ребенка с нарушениями родителей не готовят, и когда им сообщают о том, что малыш «особенный», – смесь испуга, отчаяния, неизвестности и «надо же что-то делать» заглушают радостные эмоции.

С момента «вынесения вердикта» жизнь семьи резко меняется, и зачастую не в лучшую сторону.

Начинается период хождения по врачам и различным инстанциям, курсы реабилитации, МСЭ, соцзащита, ФСС и так далее.

Во многих странах Европы родителям сразу с рождения ребенка объясняют, что такое ДЦП, заносят в государственный реестр, и существует выстроенная система с показателями, в которую включены невролог, ортопед, педагог. И родители живут в рутинном мире, где все шаги расписаны. Родителей обучают правильному подходу к их особенному ребенку. Конечно, всю-

ду есть период поиска «волшебной таблетки», но все равно есть некая система, куда ты можешь обратиться. К сожалению, в Орловской области, как и во многих регионах России, такой системы до 2017 года не было.

А из-за отсутствия отлаженной системы поддержки семей с детьми-инвалидами в регионах, многие родители спешат обращаться к услугам нетрадиционной медицины или искать дорогих специалистов в столичных и зарубежных клиниках. Дети замотаны поездками в реабилитационные центры, а из-за постоянного отсутствия мамы страдают и другие члены семьи.

Именно такая ситуация сложилась в Орловской области к 2016 году. В это время в регионе существовали успешно функционирующие отделения неонатальной помощи, в том числе отделения по выхаживанию недоношенных, диагностические и лечебные отделения. Детская реабилитация в области оказывалась на базе отделения психоневрологии, двух центров медико-социальной помощи департамента социальной защиты, психолого-медицинско-педагогических комиссий, а также в частных кабинетах массажа и лечебной физкультуры.

В 2016–2017 годах произошло параллельное открытие 2-х независимых структур: инклюзивного центра «Розовое детство» отдела социального служения и благотворительности Ливенской епархии и отделения медицинской реабилитации БУЗ Орловской области «Научно-клинического многопрофильного центра помощи матерям и детям им. З.И. Круглой» (НКМЦ), совместная деятельность которых, в последствии привела к созданию

системы помощи детям-инвалидам, детям с ОВЗ и пациентам группы риска по развитию нарушений.

В ноябре 2017 года в инклюзивном центре «Розовое детство» стартовал первый этап годовой программы в рамках проекта «Создание системы поддержки детей с тяжелыми двигательными и множественными нарушениями развития».

В проекте приняли участие специалисты отделения медицинской реабилитации НКМЦ, специалисты по реабилитации из Санкт-Петербурга и Москвы: Екатерина Клочкива, Анна Ляпунова и Александра Урвачева (физические терапевты), Ирма Джашвили, Анастасия Рязанова, Анастасия Сигунова (клинические психологи), Анастасия Горн (специалист по коммуникации) и другие специалисты Орловской области.

Программа реализовывалась в течение года в четыре этапа. В ноябре, феврале и мае прошли семинары специалистов из Москвы и Санкт-Петербурга с консультациями и обучением родителей и специалистов-реабилитологов. Для каждого ребенка и семьи, участвующих в проекте, была разработана индивидуальная программа домашней и стационарной реабилитации. Летом был организован двухнедельный реабилитационный интенсив как заключительный этап проекта поддержки детей со множественными нарушениями, который был воплощен благодаря совместному взаимодействию отдела социального служения Ливенской епархии с отделением медицинской реабилитации НКМЦ им. З.И. Круглой и АНО «Физическая реабилитация».

Параллельно с основными мероприятиями проекта на базе отделения медицинской реабилитации была открыта школа «Особое родительство», в которой проводились практические семинары по организации ухода, позиционированию, питанию и нутритивной поддержке, психологическому комфорту ребенка и родителей и многим другим темам.

Целью проекта было обучение родителей и лиц, ухаживающих за ребенком, правилам правиль-



## ВАЖНО ЗНАТЬ

ной реабилитации и абилитации. Ребенок с нарушениями развития нуждается в ежедневных процедурах массажа, ЛФК, коммуникации, играх, обучении социально-бытовым навыкам. Но в реабилитационных центрах и отделениях проведение таких занятий круглый год невозможно и очень дорого.

В современных западных программах реабилитация и абилитация тоже очень интенсивны и проводятся 24 часа в сутки 365 дней в году, но это не нанятая массажистка или какой-то реабилитационный центр. Это – обученная мама, которая получает поддержку специалистов. Все события, в которых ребенок участвует – кормление, переодевание, купание – все они будут происходить в правильной позе, с правильным перемещением, правильным ритмом. Мама, например, будет стимулировать ту руку, которая хуже действует. Безусловно, этого ребенка будут видеть те или иные специалисты, но они будут это делать не ежедневно, а проводить долгосрочную поддержку.

Современная реабилитационная помощь детям со множественными нарушениями строится из того, что специалист смотрит на ребенка, вместе с родителями выясняет те проблемы, которые нужно решать в данный момент и подбирает для их решения индивидуальные методы и подходы. С

мамами обсуждаются те проблемы и перспективы, которые есть у ребенка, и мы пытаемся сделать так, чтобы реабилитация, которая началась в лечебном учреждении, продолжилась и дома, чтобы мама знала, каким образом она может организовать ежедневные рутины: переодевание, положение сидя во время игры, купание, кормление, чтобы это не вызывало трудности. Оценивается, какие есть у ребенка коммуникативные, игровые, двигательные возможности, какая адаптация ему нужна для повседневной жизни, и далее родители обучаются чувствовать своего ребенка и помогать ему быть частью социума.

Социализация, ведение активного образа жизни важно как ребенку, так и всем членам его семьи!

В пилотной группе участвовали 16 детей и их родители. Возраст участников – от года до 15 лет. У каждого из них была своя программа реабилитации.

В начале года и по завершении реабилитационного интенсива проводилось тестирование родителей по Шкале оценки статуса адаптации семьи (табл. 1). Средний показатель вначале проекта составил 11,6 балла. По завершении реабилитационного интенсива этот показатель составил 15,4 балла, что свидетельствует о хорошей адаптации семьи к данной проблеме.

Также стоит отметить экономическую выгоду от данного проекта. Всего в программе приняли участие 16 детей и члены их семей. Обычно 15-дневный курс реабилитации одного ребенка обходится от 50 до 250 тысяч рублей. Обучение одного специалиста в области реабилитации – от 20 до 280 тысяч рублей за курс с отрывом от рабочего места. Стоимость годового проекта оказалась чуть более 500 000 р. Оплата такого проекта стала возможной за счет спонсорской помощи компании «Анокс Инвест Трейд» и средств ОМС в рамках стационарной реабилитации, т.е. для родителей абсолютно бесплатной.

После завершения пилотного проекта состоялся круглый стол с участием руководителя центра «Розовое детство» Светланы Чerenковой, главного врача и заведующей отделением медицинской реабилитации НКМЦ им. З.И. Круглой, представителей департамента здравоохранения, департамента социальной защиты населения, опеки и попечительства, представителей ППМС центров Орловской области, центров социальной реабилитации, а также представителей Орловской и Ливенской епархий. Круглый стол осветил вопросы межведомственного взаимодействия в области по детской реабилитации, а также было принято соглашение и запланировано продолжение проекта, в том числе с выездными мероприятиями и участием 4-х крупных областных центров: Орел, Ливны, Болхов и Мценск.

Курс был направлен на обучение родителей, а параллельно с ними образование получили 10 специалистов, работающих с особыми детьми. Такая система совместного обучения позволяет родителям и специалистам мыслить в одном направлении. Этот проект – колоссальная поддержка в развитии реабилитации и абилитации в Орловской области и создании комплексной долговременной поддержки семьям с особыми детьми! ■

Табл. 1. Шкала оценки статуса адаптации семьи  
(А. Комаров, 2008)

ПОКАЗАТЕЛЬ / СТЕПЕНЬ	Низкая	Средняя	Высокая
Личная гигиена больного	1	2	3
Использование профессиональных средств ухода	0	1	2
Профилактика осложнений от иммобилизации (пролежни, гипостатическая пневмония, атрофии, контрактуры, патологические позы)	0	1	2
Психологический комфорт пациента	0	1	2
Информированность семьи о проблеме	0	1	2
Социальная адаптация семьи Временная	0	1	2
Социальная адаптация семьи Трудовая	1	2	3
Осознание проблемы / способность коррекции депрессии и тревоги	0	1	2

**Критерии статуса адаптации семьи:**

2–6 баллов – социальная дезадаптация.

7–14 баллов – низкая социальная адаптация (напряженность, синдром выгорания).

15–18 баллов – семья адаптирована, компенсирована.

# Подгузники для детей

от самых маленьких ≤2 кг

до малышей постарше 16+ кг



ВЫБИРАЯ ПОДГУЗНИКИ ДЛЯ НОВОРОЖДЁННЫХ, ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ НА СПЕЦИАЛЬНУЮ СЕРИЮ, РАЗРАБОТАННУЮ С УЧЁТОМ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ САМЫХ МАЛЕНЬКИХ. ПОДГУЗНИКИ bella baby Happy ИМЕЮТ ВЫРЕЗ В ОБЛАСТИ ПУПОВИНЫ, КОТОРЫЙ ПОМОГАЕТ ЗАЖИВЛЕНИЮ И МИНИМИЗИРУЕТ РИСК РАЗДРАЖЕНИЙ СТОЛЬ НЕЖНОГО МЕСТА.



ПОДГУЗНИКИ - ЭТО НЕОТЪЕМЛЕМЫЙ ЭЛЕМЕНТ УХОДА ЗА МАЛЫШОМ. ОЧЕНЬ ВАЖНО, ЧТОБЫ ОНИ БЫЛИ НЕ ТОЛЬКО НЕЖНЫМИ И ПРОПУСКАЛИ ВОЗДУХ, НО И НЕ СТЕСНЯЛИ ДВИЖЕНИЙ МАЛЕНЬКОГО ПЕРВООТКРЫВАТЕЛЯ, НАПРИМЕР, ПОДГУЗНИКИ bella baby Happy С СИСТЕМОЙ 360° comfort system.

[www.happy-club.ru](http://www.happy-club.ru)



# Matoset

Наборы для проведения медицинских манипуляций и процедур:

- наборы перевязочных средств
- процедурные наборы
- наборы для проведения операций
- наборы одноразовых инструментов

Преимущества использования стерильных наборов Matoset:

## ■ безопасность

- гарантия микробиологической чистоты
- минимизация риска заражений
- гарантия стерильности до момента вскрытия единичной упаковки

## ■ комфорт в работе

- нет необходимости комплектовать, упаковывать, стерилизовать
- наборы имеют этикетку типа TAG

## ■ ЭКОНОМИЯ

снижение затрат:

- на приобретение нестерильного материала
- на упаковку для стерилизации, вспомогательные материалы (тесты для стерилизации, этикетки), а также на сам процесс



БЕЗОПАСНОСТЬ И КОМФОРТ В РАБОТЕ

ООО «БЕЛЛА Восток»,  
тел.: +7 (495) 726-55-25  
[www.matopat.ru](http://www.matopat.ru)

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ