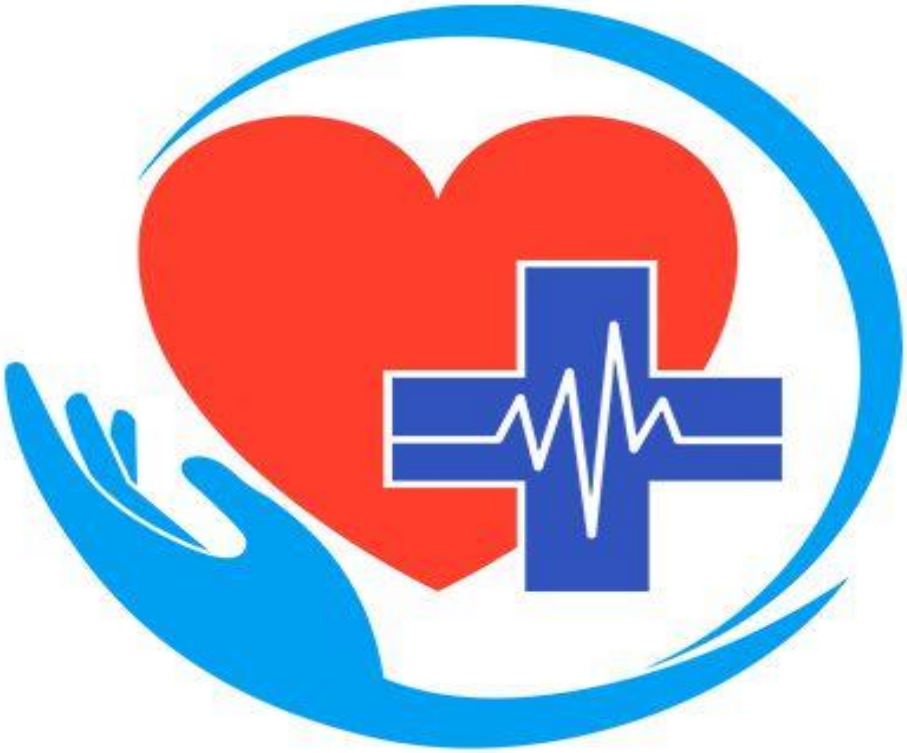
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России

Институт сестринского образования

Кафедра организации сестринского дела



СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ X МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА: НАУКА, ОБРАЗОВАНИЕ, ПРАКТИКА»

посвященной

75-летию Победы в Великой Отечественной войне

15 мая 2020 года

УДК: 614.253.52:378-061.3
ББК 53.5,8
М 341
Материалы X научно-практической конференции: проблемы и перспективы развития сестринского дела: наука, образование, практика / под ред. доцента А. В. Крючковой. – Воронеж, 2020. 99 с.

В сборнике отражены результаты международной научно-практической конференции посвящённой проблемам и перспективам развития сестринского дела. Затронуты наиболее актуальные вопросы развития сестринского дела в городе Воронеже и других областях Центрального Черноземья, а также наиболее актуальные вопросы подготовки специалистов с высшим и средним профессиональным образованием и научно-педагогических кадров высшей квалификации. Сборник представляет интерес для научных работников, студентов и медицинских работников разных специальностей.

Главный редактор: доцент к.м.н. А. В. Крючкова
Заместитель главного редактора: доцент, к.м.н. Г. Н. Карпухин
Редакционная коллегия: доцент Полетаева И. А., доцент Кондусова Ю. В.
Ответственный секретарь – доцент, к.м.н. Н. Н. Чайкина
Рецензенты:
заведующая кафедрой инструментальной диагностики ИДПО
д.м.н. Титова Л. А.

© Воронежский государственный
медицинский университет им. Н. Н. Бурденко, 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

1	ОПЫТ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ГЕРИАТРИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ В СТАЦИОНАРАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ *Алгаруд Джафар Хани Мохаммад, Панина О. А., Крючкова А. В., Полетаева И. А., Дрошнева Т. Н*……	7
2	ИСТОРИЯ В ЛИЦАХ. МАРИЯ СТЕПАНОВНА ГРОМОВА *Богомолова Е. О., Терских А. П*……	9
3	САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ПРОПАГАНДЕ ЕСТЕСТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ *Веневцева Н. В., Кондусова Ю. В., Пятницина С. И., Лямзина Е. В., Стебунова Е. Г*……	10
4	ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ, ОБЛЕГЧАЮЩИЕ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ *Гриднева Л. Г., Полетаева И. А., Анучина Н. Н., Гриднев Ю. В., Керма А.*	12
5	ОБОСНОВАННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МАСОК КАК СРЕДСТВА ЗАЩИТЫ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ *Гриднева Л. Г., Кондусова Ю. В., Гриднев Ю. В., Кулакова Ю.В., Чан Куок Хань*……	15
6	СОВРЕМЕННЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ КРОВАТИ *Гриднева Л. Г., Крючкова А.В., Лямзина Е. В., Коломейчук В. Л., Тавеел М.*	17
8	ПРОЕКТ «ПУТЬ К УСПЕХУ - Я И МОЙ МАЛЫШ» *Добрынина Е. А., Чичва О. А*……	20
9	ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ЛПУ. *Добрынина Е. А., Хахулина Е.П*……	22
10	ТРУДОВАЯ АДАПТАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЛПУ *Добрынина Е.А., Енина А. П*……	24
11	НИКОЛАЙ СЕРГЕЕВИЧ КОРОТКОВ – МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ *Добрынина М. С., Клюкин А. А*……	26
12	ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ *Захарова С. С*…….....	30
13	ВЛИЯНИЕ КОМПЬЮТЕРА (ГАДЖЕТОВ) НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА. РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ ЗАВИСИМОСТЕЙ *Кондусова Ю. В., Крючкова В., Семынина Н.М., Полетаева И.А., Безин И. В., Котлина Е. Ю*……	31
14	РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ *Кондусова Ю. В., Крючкова А. В., Веневцева Н.В., Карпухин Г.Н., Макарова А.М*……	34

15	СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ БОРЬБЫ С НАРКОМАНИЕЙ. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА СРЕДНЕГО ЗВЕНА В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОМАНИИ *Кондусова Ю. В., Крючкова А. В., Пятницина С. И., Панина О. А., Анучина Н. Н., Самохвалова Ю. С……..*	37
16	МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСТАВКА «ЗДОРОВЬЕ» В ТУРКМЕНИСТАНЕ- ПЛОЩАДКА ДЛЯ ОБМЕНА ОПЫТОМ И ДОСТИЖЕНИЯМИ МЕДИЦИНЫ *Кондусова Ю. В., Веневцева Н. В., Семынина Н. М., Тилляева С. Б., Тилляева М. К……*	41
17	ОСОБЕННОСТИ НАЦИОНАЛЬНОГО КАЛЕНДАРЯ ПРИВИВОК В ТУРКМЕНИСТАНЕ *Кондусова Ю. В., Крючкова А. В., Полетаева И. А., Тилляева С.Б., Тилляева М. К……*	44
18	ОСОБЕННОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ ВЫСШЕГО СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ *Кондусова Ю. В., Крючкова А. В., Веневцева Н.В., Хамрокулова И. Х., Базарова Ш. Б……..*	47
19	ПРОБЛЕМЫ КАДРОВОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ СРЕДНЕГО ЗВЕНА В МИРЕ *Кондусова Ю. В., Крючкова А.В., Карпухин Г. Н., Крапивина А. С., Пинтяк О. Ф……*	49
20	РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОБ ОСНОВНЫХ СИМПТОМАХ ИНСУЛЬТА И ПРИНЦИПАХ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ *Крючкова А. В., Кондусова Ю. В.,Анучина Н. Н.,Агаркова Н.А……*	51
21	ИЗУЧЕНИЕ ОСВЕДОМЛЁННОСТИ И ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ К ВЕДЕНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ *Крючкова А. В., Кондусова Ю. В., Карпухин Г. Н., Анучина Н. Н., Кузнецова С. А……*	54
22	МЕДИКО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ *Крючкова А. В., Полетаева И. А., Карпухин Г. Н., Анучина Н. Н., Космодемьянская К.А……*	56
23	СОВРЕМЕННОЕ АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО – ХЛОРГЕКСИДИН *Крючкова А. В., Гриднева Л.Г., Гриднев Ю. В., Иванов Д.О., Нгуен Ву Линь*	59
24	ПОДВИГИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ *Крючкова А. В., Гриднева Л.Г., Гриднев Ю. В., Лихобабина О. Н……*	61
25	ЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	64

	Крючкова А. В., Панина О. А., Полетаева И. А., Семынина Н. М., Гриднева Л. Г……..	
26	ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО КАЛЕНДАРЯ ПРИВИВОК *Крючкова А.В., Кузнецова С. А., Панина О. А., Кондусова Ю. В., Дрошнева Т. Н……*	66
27	ЭФФЕКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОГО СПЕЦИАЛИСТА В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ *Крючкова А. В., Григорьева Е.В., Панина О. А., Полетаева И. А., Кондусова Ю.В……..*	68
28	ПОДВИГ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ *Лаптев М. В., Ермакова А. В…….……*	70
29	ИСТОРИЯ В ЛИЦАХ. ЛИДИЯ АЛЕКСЕЕВНА ГРОЙСБЕРГ *Осадчая Е. А., Терских А. П……..*	72
23	РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА *Полетаева И. А., Панина О. А., Пятницина С. И., Нараева И. Р……*	74
30	ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ *Полетаева И. А., Крючкова А. В., Веневцева Н. В., Анучина Н. Н., Бронникова И.С……*	76
31	РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ *Полетаева И. А., Крючкова А. В., Кондусова Ю. В., Семынина Н. М.,Жукова А. Д……...*	79
32	РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ЛЕЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ ПРИ СИФИЛИСЕ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВРОЖДЁННОМ *Полетаева И. А., Крючкова А. В., Кондусова Ю. В., Семынина Н. М., Панина О. А…….*	82
33	РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ *Пятницина С. И., Крючкова А. В., Кондусова Ю. В., Семынина Н. М., Красникова В. С……..*	84
34	К ВОПРОСУ О СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ *Семынина Н. М., Крючкова А. В., Кондусова Ю. В., Панина О. А., Турсунова Н. Д……*	86
35	РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ *Семынина Н. М., Крючкова А. В., Кондусова Ю. В., Полетаева И. А.,*	88

	Числова А. В……..	
36	РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ ГИПОСТАТИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ *Семынина Н. М., Крючкова А.В. Пятницина С. И., Веневцева Н. В., Ткаченко Э. Ю*……	90
37	РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ *Семынина Н. М., Крючкова А. В., Кондусова Ю. В., Панина О. А., Воскресенская А.А*……	92
38	РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ *Семынина Н. М., Крючкова А. В., Полетаева И. А., Князева А. М., Ботина Ю. А*……	94
39	ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА *Федоров К. Д*……..	97

ОПЫТ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ГЕРИАТРИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ В СТАЦИОНАРАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ

Алгаруд Джафар Хани Мохаммад
студент 1 курса МИМОС по специальности: лечебное дело ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Иордания
Панина Ольга Алексеевна
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж
Крючкова Анна Васильевна
кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой организации сестринского дела, директор ИСО ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж
Полетаева Ирина Алексеевна
кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж
Дрошнева Татьяна Николаевна
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Аннотация: в статье речь идет о процессе «гериатризации» медицины. Люди старшего поколения нуждаются не только в лечении, но и в поддержке и улучшении качества жизни. Необходимо обратить внимание на доступность ухода за пожилыми людьми, а также обеспечение корректного этического отношения с пожилыми пациентами и социального равенства с другими пациентами [1,2].

Ключевые слова: пожилые люди, сестринский уход, качество жизни.

Гериатрия – это базовая часть медицины и незаменимая дисциплина сестринского дела. Старение населения - это явление, которое есть во всех странах Европейского Союза, рассматриваемое, как естественную эволюцию цивилизации, приносящее ряд трудностей, но также возможностей и средств для самореализации человека в старости. Согласно Международному плану действий по проблемам старения (Мадрид, 2002г.), проблемы пожилых людей (здоровье и их потребности) должны стоять в центре внимания общества [2]. В последние годы в Иордании население в возрасте 85 лет и старше составляет около 27000 человек, и это цифра увеличивается постоянно. В Иордании высокое качество жизни пожилых людей обеспечивается как своевременным лечением, так и сестринским уходом.

Цель. Рассмотреть особенности сестринского ухода за гериатрическими больными в условиях хирургического стационара.

Результаты. В хирургии произошли и происходят большие изменения, осуществление которых было бы невозможно в более ранний период развития общества.

Все это отражается в ежедневном режиме работы с пациентами в хирургических палатах, включая новые процедуры, а также сестринский уход. В 21 веке статус врачей и медсестер, их взаимное партнерство в уходе за хирургическим пациентом изменяется. Медицинскому персоналу необходимо проявлять такт и уважение к потребностям пациента и его здоровью [2,3].

Ещё в 2006 г. Л.З. Рубенштейн основал «Комплексную гериатрическую оценку» (CGA) пожилых пациентов. Он утверждал, что точный и всесторонний диагноз определяется для пожилого пациента хирургических отделений благодаря CGA. CGA очень важна, т.к. медицинские записи, представленные в виде длинных списков заболеваний или нозологических единиц, но в них не упоминаются и не комментируются такие данные, как недоедание, характер когнитивных или физических расстройства. Поэтому оптимальным является создание мультидисциплинарных бригад с акцентом работы на гериатрических хирургических больных в сотрудничестве с квалифицированными хирургическими сестрами.

В отделении важно сотрудничество членов мультидисциплинарной команды, которая состоит из медсестры, узкого специалиста, медсестры по лечению и профилактике пролежней, общественной медсестры, специалиста по питанию, социального работника, психотерапевта или физиотерапевта.

Очень важен комплексный подход к хирургическому больному, особенно в старческом возрасте с точки зрения поддержания качества жизни, что должно быть приоритетом как в самом лечении, так и в уходе и заботе за больными.

Это нашло свое отражение в понятии «отслеживать переоперационную помощь», ведущую к улучшению предоперационной подготовки и усилению послеоперационного восстановления.

Личный анамнез гериатрического пациента осуществляется с помощью квалифицированной медсестры в рамках процесса сестринского ухода. Современная модель сестринского дела ориентирована на индивидуальный уход за пациентом, который может потерять не только самообеспеченность в результате хирургического лечения, но также его социальные роли и социальный статус.

Все виды деятельности всей многопрофильной команды сводятся к заботе о пациенте. Такая передача информации очень важна в общении между хирургом и хирургическими сестрами для выбора эффективного пути улучшения качества жизни пациента.

Медицина 21 века сталкивается с новыми проблемами: профессиональными, организационными и экономическими. Но на первый план выходят этические принципы международного права медицинских и сестринских профессий. Неоспоримым остается то факт, что врач-хирург и хирургическая медсестра обязаны соблюдать основные правила медицинской и сестринской этики.

Врач и пациент цивилизованно равны, они отличаются друг от друга только в специализации образования.

Вывод. В повседневной клинической практике врач и квалифицированная медсестра при работе с пожилыми пациентами имеют общую этическую и социальную направленность, в их обязанность входит соблюдение своих компетенций и деятельность в соответствии с установленными стандартами, которым они следовали во время своего

обучения. Соблюдение Кодекса этики медицинских сестер способствует высокому уровню сестринской практики.

Список литературы:

1. Fluid therapy and surgical outcomes after low anterior resection / P. Kocian [et all.] // Rozhl Chir. - 2014. - №93. – P. 463-467
2. Bardes CL Defining "patient-centered medicine" / CL Bardes // N Engl J Med. – 2012. - №36. – P. 782-783
3. Modern Nursing in the Process of Ethical Changes in Surgery / A. Pelikan [et all.] // J Nurs Care – 2015. - №4. – P. 302.

ИСТОРИЯ В ЛИЦАХ. МАРИЯ СТЕПАНОВНА ГРОМОВА

Богомолова Елена Олеговна
студентка 3 курса фармацевтического факультета
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко», Воронеж
Терских Анастасия Петровна
кандидат фармацевтических наук, доцент кафедры фармацевтической химии и фармацевтической технологии
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко», Воронеж

Аннотация: в статье приводятся воспоминания военной медицинской сестры Марии Степановны Громовой, прошедшую Великую Отечественную войну.

Ключевые слова: Великая Отечественная война, медицинская сестра, подвиг.

Наряду с бессмертными подвигами воинов Великой Отечественной Войны, танкистов и летчиков, нельзя не отметить героизм и отвагу советских медиков. Благодаря им тысячи солдат остались живыми, вернулись в строй и одержали победу над немецкими захватчиками.

Мария Степановна Громова — медсестра по образованию, в конце 30-х она трудилась в детских яслях. Забота о здоровье малышей, как ей казалось, — нет профессии нужнее и лучше, но война внесла в эти взгляды свои коррективы.

Мария Степановна Громова: «Всех погрузили нам в эшелон. На нас совершили налет немцы, как только мы отъехали километров 10, может, чуть больше. Мы побежали в лес, я не знаю по какой команде, этого я не помню. А многие, которые с детьми и которые думали, что в вагоне лучше, они никуда не побежали, они остались в вагонах. Вагоны все разбомбили. Люди погибли. Очень много погибло людей. Картины пролетали в наших головах. Все как в кино. Бомбежка, бегущие люди, паника. Плачут дети, кричат взрослые. Я легла и прикрыла лицо камнем, чтобы не убило. Потом не выдержала, побежала. Как сейчас помню, как я бегу и очень низко пролетает немец. Он был в очках. Не знаю как, но я клянусь, я видела его глаза».

За годы войны Марию Степановну не раз переводили из одного госпиталя в другой. В 1942 году она оказалась в Химках, в библиотечном институте (так раньше назывался институт культуры). Точнее в том, что от него осталось после бомбежки. Разбитое здание в короткие сроки предстояло превратить в военный госпиталь.

«Дали нам институт, и в этом институте крыша была цела, а вот стены разворошены, стекла в окнах выбиты, батареи разморожены. Надо было восстанавливать для того, чтобы открыть госпиталь. Госпиталь мы благоустраивали сами — молоденькие девочки-медсестры, мы сами делали всю мужскую работу. Парней-то не было. И мы, значит, девчонки таскали батареи по этажам, одна — с одной стороны, другая — с другой, и тащим. А потом и носилки с больными сами носили — больше некому».

«Страх смерти постоянно витал в воздухе. Но что самое жуткое, люди смирились с этим и приняли как должное. Как-то раз моя подруга мне говорит: «Давай хлеб сегодня съедим, вдруг завтра умрем».

Круглые сутки военные медсестры и врачи спасали жизнь раненным солдатам, восстанавливали их здоровье и отправляли их обратно на фронт. Об отдыхе даже и не думали, на сон времени оставалось мало. Откуда брались физические и душевные силы, для многих остается до сих пор загадкой.

«Много раненых было. И утром привозили, и днем, и вечером, и ночью. Спали по нескольку часов, по очереди... А когда очень много раненых – вообще не спали».

На плечах таких вот хрупких, совсем молоденьких девушек лежала огромная ответственность правильно обработать рану, вовремя сделать укол, но главное вселить надежду на скорое выздоровление, утешить и отвлечь от горя, порою сдерживая слезы, для каждого раненого бойца найти ласковое слово.

Удивительно, как ветераны недооценивают свои заслуги, свой труд. Или скромничают, или тогда было так, что все так, и по-другому не может быть. Для них самоотверженно трудиться, не покладая рук, думать о себе в последнюю очередь — стиль жизни. По-другому они просто не умеют. А сколько горя пережили. Главное, нам помнить подвиги этих людей.

Список литературы:

1. Медсестра, шагнувшая на пьедестал [Электронный ресурс] // URL: http://mais.mgik.org/news/16275/ (дата обращения 24.04.2020).

САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ПРОПАГАНДЕ ЕСТЕСТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Веневцева Наталия Викторовна
преподаватель кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Воронеж
Кондусова Юлия Викторовна
кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Воронеж
Пятницина Светлана Ивановна
ассистент кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Воронеж
Лямзина Екатерина Валериевна

преподаватель кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Воронеж
Стебунова Екатерина Геннадьевна
студентка отделения СМ и ФО Института сестринского образования
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Воронеж

Аннотация: В статье приводится информация об особенностях санитарно-просветительной работы медицинской сестры по пропаганде естественного вскармливания

Ключевые слова: естественное вскармливание, санитарно-просветительная работа, пропаганда грудного вскармливания.

Проблема естественного вскармливания имеет глобальное значение. Учитывая ее важность, Генеральная ассамблея ООН в Конвенции «О правах ребенка» (1989) закрепила право младенца на вскармливание материнским молоком. На 55 Всемирной ассамблее здравоохранения (2002) была принята «Глобальная стратегия по питанию младенцев и детей раннего возраста», где были определены основные направления стратегии по охране, поддержке и поощрению грудного вскармливания в XXI веке. В России одним из основных направлений Национального проекта в сфере здравоохранения является охрана здоровья детского населения.

Одной из самых эффективных технологий по питанию детей грудного возраста является Инициатива ВОЗ и ЮНИСЕФ - «Больница, доброжелательная к ребенку» (БДР). В основу Инициативы легли десять принципов успешного грудного вскармливания, изложенные в Совместной Декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных служб» (1989):

1. Иметь зафиксированную в письменном виде политику в отношении практики грудного вскармливания и регулярно доводить ее до сведения всего медицинского персонала.

2. Обучать весь медико-санитарный персонал необходимым навыкам для осуществления этой политики.

3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах и методах грудного вскармливания.

4. Помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение первого получаса после родов.

5. Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они должны быть отделены от своих детей.

6. Не давать новорожденным никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением случаев медицинских показаний.

7. Практиковать круглосуточное совместное размещение матери и новорожденного - разрешать им находиться вместе в одной палате.

8. Поощрять грудное вскармливание по требованию.

9. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких искусственных средств, имитирующих грудь или успокаивающих.

10. Поощрять создание групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы после выписки из больницы [1].

В настоящее время накоплен достаточный опыт, подтверждающий эффективность внедрения в практику педиатрии и акушерства каждого из десяти принципов успешного грудного вскармливания

Санитарно-просветительная работа медицинской сестры перинатального центра включает в себя несколько основных моментов:

- проведение бесед о преимуществах и пользе естественного вскармливания ребенка с женщинами, находящимися в предродовом состоянии;
- осведомление будущих матерей о положительном влиянии естественного вскармливания на физиологическое и эмоциональное состояние ребенка и их самих;
- консультирование матерей в методах грудного вскармливания и способах сохранения нормализированной лактации;
- советы по организации свободного вскармливания, по требованию;
- оказание необходимой помощи матерям при возникновении трудностей в кормлении грудью:
- советы по рациональному питанию кормящей матери как важному фактору выработки полноценного молока;
- советы по соблюдению правильного режима дня: о необходимости достаточной продолжительности сна, прогулках на свежем воздухе;
- беседует с членами семьи об оказании помощи кормящей матери и поддержки ее в кормлении грудью.

Так же медицинская сестра проводит беседы с родителями на различные актуальные темы: об уходе за новорожденным ребенком разного возраста, профилактике простудных и инфекционных заболеваний, о здоровом образе жизни и планировании семьи, участвует в выпуске санитарных бюллетеней, организует и приглашает родителей на лекции в школы здоровья.

Уровень осведомленности о преимуществах и пользе естественного вскармливания служит одним из важнейших критериев качества и эффективности санитарно-просветительской работы, проводимой медицинской сестрой по пропаганде грудного вскармливания.

Список литературы:

1. Воронцов И.М. Актуальные проблемы естественного вскармливания / И.М. Воронцов, Е.М. Фатеева // Педиатрия. 2012. - №1. -66-69 с.

ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ, ОБЛЕГЧАЮЩИЕ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Гриднева Лариса Григорьевна

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко», Воронеж

Полетаева Ирина Алексеевна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко», Воронеж
Анучина Наталья Николаевна
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко», Воронеж
Гриднев Юрий Васильевич
кандидат филологнческих наук, доцент кафедры иностранных языков
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный лесотехнический университет им. Г.Ф. Морозова», Воронеж
Керма Азхар
студентка 1 курса лечебного факультета МИМОС
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко», Воронеж

Аннотация: статья посвящена описанию некоторых изделий, облегчающих перемещение пациента. Весьма полезно использование любого технического достижения для улучшения качества жизни малоподвижных пациентов и облегчения непростого труда медицинских работников и родственников больного.
Ключевые слова: скользящие простыни, поворотные диски, доски для пересаживания, пояс для перемещения.

Серьезные заболевания людей предполагают обязательное соблюдение постельного режима. Выхаживание и осуществление мероприятий по уходу кропотливое и непростое занятие, облегчить которое призваны современные технические изделия и средства.

Скользящие простыни – изделия из сверхпрочного синтетического материала со свойством выраженного скольжения по материалу такого же качества, использующиеся в медицине для безопасного перемещения малоподвижных пациентов. Для их изготовления применяется *100% нейлон* (парашютная ткань) или *100% полиэстер – материалы,* которые отличаются возможность многократного использования [4].

Простыни выпускаются разных размеров: «М» – 65х149 см, для использования у пациента с максимальным весом 110 кг; «L» – 65х172 см, у пациента до 130кг; «XL» – 95х190 см, у пациента до 130 кг. Цвет простыни может быть оранжевый, синий, зеленый, черный. Продольные боковые швы простыни содержат ручки-петли, позволяющие одновременно участвовать в перемещении нескольким людям.

В силу того, что необходимый эффект скольжения возникает только при использовании двух одинаковых скользящих друг относительно друга поверхностей, всегда используют две разные простыни или одну сложенную простынь.

Скользящие простыни позволяют перемещать пациента в пределах кровати: вдоль, поперек, перпендикулярно; помогают посадить пациента в кровати, переложить пациента с кровати на каталку, пересадить пациента с кровати на кресло и обратно. Перед началом использования оба полотна простыни помещаются под больного, а после использования простыни обязательно извлекают из-под пациента.

Долговечность эксплуатации простыни предполагает ее стирки и дезинфекции.

Изделие нельзя гладить и стирать при высоких температурах воды (выше 40°С). Дезинфицировать скользящую простынь можно любыми дезсредствами, но без хлорсодержащих компонентов. В случае загрязнения возможно протирание поверхности мыльным раствором и протирание насухо мягкой салфеткой. Перед каждым использованием рекомендуется проверять целостность простыни.

Поворотный диск – плоский круглый предмет диаметром 40 см, состоящий из двух скрепленных частей со скользящей прослойкой. Обе части свободно вращаются относительно друг друга. Сверху на диске – сетчатая ткань из полиэстера, снизу – прорезиненный материал для сцепления с поверхностью. Диск предназначен для облегчения поворота пациента при перемещениях, вес которого не ограничен [2].

Поворотный диск можно укладывая его на любую поверхность (кровать, стул, кресло, пол), использовать для перемещения больного в ограниченном пространстве как в положении сидя, так и в положении стоя.

Уход за изделием предполагает ручную стирку при температуре 30-40°С, возможна химчистка. Не рекомендуется применение спиртовых растворов для удаления пятен.

Доска для пересаживания представляет собой пластину из особо прочного пластика, чаще всего в виде прямоугольника с рёбрами, препятствующими скольжению. Длина доски 70-90 см, ширина 20-30 см, высота 3-7 см. Вес изделия примерно 1,2 -1,5 кг. Доска может использоваться пациентами до 110 килограмм. Доска легко моется. Легкая и прочная доска для пересаживания может быть полезна всем пациентам, испытывающим затруднения во время движения [1], но сохраняющим способность занимать положение сидя с опущенными ногами.

С помощью доски происходит скольжение тела сидящего человека с одной поверхности на другую, например, с кровати на стул. Стул приставляется вплотную к кровати, а доска укладывается равномерно на обе поверхности, как бы объединяя их. Доску можно расположить горизонтально или с наклоном, что усиливает эффект скольжения. Используя при возможности усилия собственных рук и ног или с посторонней помощью, человек, продолжая оставаться в положении сидя, перемещается на выбранную поверхность (стул). После совершения перемещения портативная система убирается.

Пояс для перемещения называется поддерживающим. Он изготавливается из ткани, имеет мягкий подкладочный материал, кордокапроновые стропы. Надевается на талию пациента и/или ухаживающего человека. Для прочности фиксации важно выбирать пояс по размеру. Размер «S» – объем талии 60-75 см, размер «M» – объем талии 70-90 см, размер «L» – объем талии 85-105 см, размер «XL» – объем талии 100-120 см. На внешней стороне пояса по всему периметру расположены петли, выполненные из прочного материала. Для безопасности пациента необходимо застегивать все липучки и замок-фастекс [3].

Использование поддерживающего пояса облегчает удерживание и перемещение пациента, равномерно распределяет нагрузку на позвоночник ухаживающего. Пояс предполагает ручную или машинную стирку при температуре до 85°С.

Таким образом, медицинским работникам полезно иметь информацию об изделиях, облегчающих перемещение пациента, грамотно их использовать при необходимости и информировать о новинках нуждающихся пациентов.

Список литературы:
1. Доски для пересаживания инвалидов. – URL:http://rusmedical-spb.ru/doska-dlja-peresazhivanija-invalidov
2. Поворотный диск для пересаживания больного. – URL: https://xn--d1abbmjhb8bgd6i.xn--p1ai/disk-dlya-peresazhivaniya
3. Поддерживающий пояс для перемещения инвалидов. – URL: https://alzfix.ru/transfer/rf00010/
4. Скользящая простыня для перемещения лежачего больного. – URL: https://bazmed.ru/product/prostynja-skolzjashhaja-dlja-peremeshhenija-bolnogo/

ОБОСНОВАННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МАСОК КАК СРЕДСТВА ЗАЩИТЫ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Гриднева Лариса Григорьевна
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко», Воронеж
Кондусова Юлия Викторовна
кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко», Воронеж
Гриднев Юрий Васильевич
кандидат филологнческих наук, доцент кафедры иностранных языков
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный лесотехнический университет им. Г.Ф. Морозова», Воронеж
Кулакова Юлия Владимировна
студентка 2 курса стоматологического факультета
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко», Воронеж
Чан Куок Хань
студентка 1 курса лечебного факультета МИМОС
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко», Воронеж

Аннотация: статья посвящена сравнительной характеристике различных средств защиты органов дыхания человека. Основное внимание в работе уделено классификации, свойствам и особенностям медицинских масок и респираторов. В результате выполненного анализа были выявлены наиболее эффективные изделия для защиты организма человека от вирусных и бактериальных инфекций.
Ключевые слова: медицинская маска, респираторы, средства индивидуальной защиты органов дыхания.

Человек непрерывно дышит воздухом, совершая в норме 16-20 дыхательных движений в минуту. По правилам это должно осуществляться через нос, который увлажняет, согревает и очищает поступающий в легкие воздух. В условиях риска

заражения аэрогенной инфекцией в обычных условиях используются различные виды масок: тканевые, из нетканого материала или фильтрующие – респираторы.

Лицевые медицинские маски – изделия медицинского назначения, которые предназначены для обеспечения защиты органов дыхания от возбудителей инфекций, передающихся аэрогенным путем [2]. Сюда относят воздушно-капельный, воздушно-пылевой и воздушно-аэрозольный путь распространения инфекции. Маски защищают ее обладателя от заражения извне от окружающих людей, а последних – от потенциально больного человека в маске. Кроме того, лицевая маска обеспечивает защиту нижней половины лица от контактного пути заражения, например при разбрызгивании крови, что усиливается дополнительным использованием щитков.

В настоящее время существует несколько разновидностей лицевых масок, которые используются в зависимости от эпидемиологической ситуации и свойств возбудителя. Степень надежности защиты органов дыхания зависит от ряда условий: вида лицевой маски, соответствия выбранного размера и соблюдения правил эксплуатации этого изделия.

Маска должна плотно прилегать к лицу, поэтому она может иметь мягкую металлическую пластину в верхнем поперечном шве. Продольные складки увеличивают размер маски при надевании, с одной стороны, а с другой – обеспечивают ее плотное прилегание к лицу с боковых поверхностей. Маску рекомендуется менять каждые 2 часа, так как увлажненная загрязненная наружная поверхность маски становится благоприятной средой для размножения патогенных микроорганизмов.

До недавнего времени применяли марлевые маски на завязках [1]. Они были многоразовые, самодельные и выдерживали все этапы обработки, включая автоклавирование. Надевая такую маску, следовало вначале завязать верхние завязки на затылке, затем нижние – на шее или темени. После использования завязки развязывали в обратной последовательности. Определенный ход действий предупреждал вторичное заражение индивидуума.

В современном мире все чаще используются маски из нетканых материалов. Их разделяют на процедурные (трехслойные с фильтрующим внутренним слоем) и хирургические (четырехслойные, содержащие дополнительный противожидкостный слой, защищающий кожу лица от кровяных брызг) [1]. Такие маски могут иметь четыре завязки также из нетканого материала или фиксирующие резинки, надеваемые на уши.

Нетканные лицевые маски выпускаются двух размеров: 175×95 мм – маски для взрослых и 140×80 мм – для детей. И могут изначально быть как стерильными, так и нестерильными [3].

Несмотря на самое широкое использование медицинских масок из нетканого материала, они не сертифицированы, как средства индивидуальной защиты органов дыхания. Это связано с отсутствием полосы обтюрации, обеспечивающей герметичное прилегание маски к лицу. Поэтому загрязненный воздух при вдохе может попадать в органы дыхания пользователя минуя, фильтрующий корпус, через неплотности прилегания.

К сертифицированным средствам индивидуальной защиты органов дыхания относят респираторы или фильтрующие маски [2]. Они плотно прилегают к лицу, тем самым и

обеспечивая максимальную герметичность. Выделяют респираторы трех классов по их степени защиты, которая возрастает с увеличением порядкового номера. Респираторы всех классов являются одноразовыми. Однако, чем выше защитные свойства фильтрующего устройства, тем сложнее его продолжительное ношение.

Респиратор состоит из корпуса, странгулятора, ленты оголовья и клапана выдоха.

Корпус респиратора может быть выполнен из фильтрующего материала, резины или мягкой пластмассы. Странгулятор или «наносник», приспособление, позволяющие прижать корпус к переносице [2]. Ленты оголовья предназначены для крепления респиратора к лицу. Клапан выдоха присутствует не во всех моделях. Он облегчает выдох и уменьшает увлажнение фильтра респиратора. Для некоторых респираторов со стационарным корпусом из твердых материалов применяется сменный фильтр-патрон .

Респиратор класса защиты FFP1 используют для защиты от пыли. Его фильтр пропускает микроорганизмы (вирусы), поэтому данный класс обладает низкой защитой от инфекций.

Респиратор класса защиты FFP2 имеет клапан. Он предназначен для удерживания аэрозолей и мелкодисперсных частиц. Обладает средней эффективностью защиты органов дыхания.

Респиратор класса защиты FFP3 оснащен клапаном, позволяющим задерживать даже бактерии и вирусы. В таком респираторе можно долго находиться в атмосфере с высоким загрязнением.

Таким образом, существуют различные маски, защищающие органы дыхания человека от загрязнений окружающей среды и разрывающие воздушный путь передачи повреждающих агентов. Выбор средства индивидуален и зависит от целого ряда факторов, причин и условий защиты.

Список литературы:

1. 15 типов масок. Какая от чего защищает. – URL**:** https://www.iphones.ru/ iNotes/15-tipov-masok-razobralis-kakuyu-komu-pokupat-i-dlya-chego-04-01-2020
2. Голубкова А.А. Маски и респираторы в медицине: выбор и использование / А.А. Голубкова, Е.И Сисин. – URL: http://trudizdorovie.ru/program/Maski.pdf
3. Медицинские маски. – URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/

СОВРЕМЕННЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ КРОВАТИ

Гриднева Лариса Григорьевна

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко», Воронеж

Крючкова Анна Васильевна

кандидат медицинских наук, зав. кафедрой организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко», Воронеж

Лямзина Екатерина Валерьевна

преподаватель кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко», Воронеж

Коломейчук Валерия Леонидовна
студентка 1 курса отделения СМиФО
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко», Воронеж
Тавеел Малак
студентка 1 курса лечебного факультета МИМОС
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко», Воронеж

Аннотация: описаны разновидности современных функциональных медицинских кроватей. Высокое техническое развитие общества, науки и техники, международное сотрудничество – позволяют создавать и приобретать функциональные кровати разного назначения и оснащения, как для отделений реанимации, так и для эксплуатации в лечебных отделениях, социальных учреждениях и в домашних условиях.
Ключевые слова: функциональные кровати, классификация, технические характеристики, свойства.

В условиях стационара пациент много времени проводит в постели, в особенности – тяжелобольной. Время этого пребывания регламентирует лечащий врач. Постельный и строгий постельный режимы предполагают круглосуточное пребывание в горизонтальном положении и могут привести к ряду негативных последствий, вызывая возникновение дополнительных проблем со здоровьем индивидуума. У человека могут развиться пролежни, запоры, нарушения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, субатрофия мышц, тугоподвижность суставов.

Современная медицинская промышленность выпускает большое число медицинских кроватей с определенными дополнительными функциями, которые способны обеспечить постельный комфорт, минимизировать негативное влияние длительного лежания и повысить качество жизни больного [1]. Кроме того, конструкционные особенности функциональной кровати позволяют размещать пациента в физиологически выгодном положении и облегчают уход за больным. Такие кровати можно использовать не только в больницах, но и в различных социальных учреждениях, на дому.

Многообразна классификация кроватей: реанимационные и палатные; по размеру (длина, ширина, высота); по качеству материала (дерево, металл, пластик); по возможности регулировать ее высоту; по числу секций; по оснащению ручным или электрическим приводом [3]. Обычно функциональные кровати оснащают колесиками с тормозами, что обеспечивает лучший доступ к пациенту и облегчает соблюдение санитарно-гигиенического режима.

Односекционные кровати имеют подвижную головную секцию для изменения положения головы пациента. Двухсекционные – две: головную и ножную; трехсекционные – три: головную, ножную и тазобедренную части; четырёхсекционная – четыре: головную, промежуточную, тазобедренную и ножную секции.

Все функциональные кровати снабжены регуляторами (приводами) для поднятия и опускания секций, установки необходимого угла наклона. Он может быть ручным –

механическим и электрическим. Механический привод предполагает ручное поднятие секций простым подтягиванием или с помощью крутящегося рычага. Кровати с электрическим приводом снабжены пультом, которым может управлять любой человек: и медицинский работник, и сам пациент – поднимая или опуская определенные секции. Примечательно, что в случае отключения электричества современные электрические кровати продолжают функционировать как механические за счет встроенной запасной системы механической регулировки, то есть являются электромеханическими.

Среди функциональных кроватей имеются варианты с пневматической пружиной, работающей за счет гидравлического привода, меняющего угол секционного наклона. Есть также механические модели с червячным приводом винтового рычага с плавным и мягким ходом движения секций [2].

Актуально появление новых моделей с изменением угла наклона всей кровати как в горизонтальной, так и вертикальной плоскости. При этом осуществляется например, опускание головного конца кровати, производятся боковые наклоны лежащего пациента.

Очень важна функция некоторых кроватей по преобразованию кровати в кресло, в том числе, отделяющееся от основного массива с возможностью транспортировки пациента на необходимое расстояние. Уже стало нормой наличие у кровати боковых поручней, прикроватного столика, встроенного туалета, дуги подтягивания, штатива для выполнения внутривенных вливаний.

В новых моделях следует отметить присутствие функции регулирования положения отсеков, а также их снятие, что важно и удобно для проведения гигиенического ухода за пациентом и самой кроватью, при проведении массажа, лечебной физкультуры, осуществлении сестринских манипуляций.

Матрас, укладываемый на секции, может иметь разную степень толщины и жесткости, что может потенцировать желаемые свойства кровати, ее опции. Например, при переломах позвоночника матрас должен быть жестким, ортопедическим и располагаться на монолитном основании, а при перелом шейки бедра – матрас может быть мягче, кровать – с различными регуляторами секций, а сверху – ручка для подтягивания. Кроме того, противопролежневые матрасы позволят минимизировать риск развития пролежней за счет восстановления кровоснабжения в сдавленных участках тела над костными выступами.

Выбор функциональной кровати зависит от уровня финансирования учреждения, контингента пациентов, специализации отделения. Отметим, что современные многофункциональные кровати, имеющие высокую стоимость: около полумиллиона рублей, должны отвечать требованиям, предъявляемым к медицинской технике для палат реанимации и интенсивной терапии. Фирма-производитель может учитывать пожелания заказчика при проектировании заказа, осуществляя, например хромирование изделия, а в последующем, и проводить техническое обслуживание изделия.

Таким образом, существуют различные функциональные медицинские кровати как отечественного, так и импортного производства, имеющие сложные конструкции и отвечающие строгим современным требованиям. Такие кровати помогают медицинскому персоналу в деле реабилитации и адаптации больных людей.

Список литературы:

1. Кровати палатные для выхаживания. Реанимационные функциональные кровати // Каталог специализированной медицинской мебели. – МС-Сибирь. – С. 40-53.
2. Преимущества функциональной кровати. – URL: patronage.ru/info/krovat_ funkcionalnaja.html
3. Функциональная кровать. – URL:antemion.ru/raznoe/funkcionalnaya-krovat-eto

ПРОЕКТ «ПУТЬ К УСПЕХУ - Я И МОЙ МАЛЫШ»

Добрынина Елена Анатолиевна

Преподаватель кафедры организации сестринского дела ФБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко институт сестринского образования

Чичва Ольга Анатольевна

главная медицинская сестра КУЗ ВО «Воронежский областной специализированный дом ребенка»

Аннотация. Оказание услуг по психолого-педагогическому сопровождению является одним из обязательных компонентов специальных образовательных условий в получении образования детей с ОВЗ и рассматривается как комплексная технология психолого-педагогической поддержки и помощи всем субъектам образовательных отношений.

Главная задача - предоставление услуг по психолого-педагогическому сопровождению семьи и детей, имеющие особенные потребности в образовании и развитии, нуждающиеся в специальных условиях с постоянной психолого-педагогической сопровождении и поддержки.

Реабилитация средствами образования заключается в целостном влиянии на личность нетипичного ребенка в целях, направленного на взаимодействия с людьми и предметами окружающей действительности, на преодоление и предупреждение вторичных отклонений в развитии.

Ресурсы проекта.

Образовательная организация КУЗ ВО «ВОСДР» является единственным учреждением в Воронежской области, где вся медико-педагогическая деятельность направлена на работу с детьми в возрасте от 1 месяца до 4 лет с особенными потребностями в образовании. Для семей и их детей предоставляется спектр необходимых психолого- педагогических услуг по оказанию ранней помощи.

Специалисты профессионально владеют навыками диагностической и аналитической деятельности; грамотно выстраивают процесс воспитания, образования, коррекции и развития с детьми с ментальными и психофизическими нарушениями. Группу возглавляет специалист, получивший соответствующий сертификат.

Для создания групп кратковременного пребывания детей с психофизическими нарушениями в возрасте от 1 месяца до 4 лет, раннее не посещающие образовательные организации, *созданы все условия для совместного пребывания родителей и детей*.

За основу психолого-педагогической деятельности взята лицензированная «Программа дополнительного образования» КУЗ ВО «ВОСДР»

В рамках постановления Правительства РФ от 24 мая 2014 года **N 481** определена модель жизнеустройства детей по семейному типу, проведена работа по модернизации дома

ребёнка, что создаёт дополнительные возможности организовать группу кратковременного пребывания для совместного посещения детей с родителями.

Основные направления Центра адаптационной педагогики «Путь к успеху -Я и Мой малыш». Этапы реализации.

Выявлять особые образовательные потребности детей с особенностями в развитии, обусловленные особенностями их физического и (или) психического развития.

Осуществлять индивидуально ориентированную психолого-медико-педагогическую помощь детям. Вариативность использования образовательного материала, творческая организация (креативность), позволяющая развивать психофизические способности с учётом возрастных и индивидуальных особенностей развития детей. Соблюдение единство подходов к воспитанию детей в условиях образовательного учреждения и семьи. Соблюдение норм, исключающие умственные и физические перегрузки в содержание образования детей раннего возраста, обеспечивающие отсутствие центризма и предметности обучения.

Последовательность этапов и их адресность создают необходимые предпосылки для устранения дезорганизующих факторов.

- ***Этап сбора и анализа информации*** (информационно-аналитическая деятельность),
- ***Этап планирования, организации, координации*** (организационно-исполнительская деятельность),
- ***Этап диагностики коррекционно-развивающей образовательной среды*** (контрольно-диагностическая деятельность).
- ***Этап регуляции и корректировки*** (регулятивно-корректировочная деятельность).
- ***Этап включение родителей*** (законных представителей) в процесс воспитания и обучения детей оказание психолого-педагогической поддержки семьям.

Целевые группы.

Семьи, воспитывающие детей раннего возраста (от 0 месяцев до 4-х лет), не посещающие образовательные организации:

- дети-инвалиды;
- дети с психофизическими и ментальными нарушениями развития;
- дети с нарушениями психоэмоциональной и волевой сферы (легкая и умеренная умственная отсталость, ДЦП, синдром Дауна, ранний детский аутизм, др.);
- дети входящих в группу риска по отставанию и выявленными нарушениями развития.
- Дети и родители являются самостоятельными (отдельными) группами участников проекта, которым в ходе реализации проекта будет предоставляться помощь, соответствующая особенностям положения семьи, воспитывающей особого ребенка.

Ожидаемые результаты.

Повышение качества профессиональной компетентности педагогов в работе с родителями и детьми раннего возраста: дети – инвалиды и дети входящие в группу риска по отставанию;

раннее выявление нарушений здоровья и ограничений жизнедеятельности;

оптимальное развитие и адаптация детей, интеграция семьи и ребёнка в общество;
профилактика или снижение выраженности ограниченной жизнедеятельности;
укрепление физического и психического здоровья, повышение доступности образования для детей целевой группы;
семьи, получивших необходимую поддержку предоставляемых в виде специализированных услуг и прошедших обучение, успешно справляются с трудностями воспитания, развития и образования детей с особенностями развития.
дети овладевают умениями и навыками, уменьшается вероятность вторичных отклонений в развитии и успешно проходит их социальная адаптация и готовы к посещению общеобразовательные организаций.

Список литературы.

1.Башмаков, М. И. Индивидуальная программа [Электронный ресурс] / Режим доступа: http:/ps.1september.ru/2006/04/8.htm.
2.Воспитание и обучение детей и подростков с тяжелыми и множественными нарушениями развития : программно-методические материалы [Текст] / под. ред. И. М. Бгажноковой.- М.: Владос, 2007. – 239с
3. Закрепина, А. В. Трудный ребенок. Пути к сотрудничеству : методическое пособие [Текст] / А. В. Закрепина. – М. : Дрофа, 2007. – 141с

ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ЛПУ

Добрынина Елена Анатолиевна
Преподаватель кафедры организации сестринского дела ФБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко институт сестринского образования
Хахулина Елена Петровна
главная медсестра БУЗ ВО «Сомовский санаторий для детей», Воронеж

Аннотация: в статье дан анализ деятельности руководителей сестринских служб лечебно-профилактических учреждений в адаптации новых сотрудников, использующих различные механизмы управления и каналы связи для обеспечения четкой, квалифицированной работы сестринского персонала по оказанию пациентам сестринской помощи.

Ключевые слова: адаптация, профориентация, медсестра-руководитель, сестринская деятельность, лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ).

Адаптация сестринского медперсонала на рабочем месте является необходимым звеном кадрового менеджмента. К сожалению, важность мероприятий по профориентации и адаптации работников в нашей стране недостаточно серьезно воспринимается. До сих пор многие организации не имеют даже базовых программ адаптации. В то же время, имеется большой зарубежный опыт использования адаптационных техник. Между тем, в условиях реформирования здравоохранения происходит значительное высвобождение и, следовательно, перераспределение рабочей силы, увеличение числа медицинских работников, вынужденных либо осваивать новые профессии, либо менять свое рабочее место и коллектив, важность проблемы адаптации еще больше возрастает.

Подбор и прием на работу представляет собой довольно длительный и дорогостоящий процесс — к первому дню работы нового работника учреждение уже

затрачивает на него значительные средства (прохождение первичного медицинского осмотра, специализация). Поэтому организация заинтересована в том, чтобы принятый на работу сотрудник не уволился через несколько месяцев. Однако, как показывает статистика, наиболее высокий процент принятых на работу покидает организацию именно в течение первых трех месяцев. Основные причины ухода — несовпадение реальности с ожиданиями и сложность интеграции в новую организацию. Помочь сотруднику успешно влиться в новую среду — важнейшая задача его непосредственного руководителя. В лечебно-профилактическом учреждении для молодых медсестер, только что закончивших медицинское училище, а также для медсестер, решивших поменять свое место работы, вопросы адаптации решает старшая медицинская сестра подразделения.

Если новые сотрудники предоставляются сами себе, то учреждение не может влиять на то, что они случайно узнают, и потеряет возможность сформировать у них положительное отношение к работе.

Облегчить вхождение новых сотрудников в организацию призваны процедуры адаптации.

Управление процессом адаптации — это «активное воздействие на факторы, предопределяющие ее ход, сроки, снижение неблагоприятных последствий и т. п.».

Отсутствие управления адаптацией может вылиться большим ущербом как для ЛПУ, так и для работников.

Для руководителя организации информация о том, как организован в его подразделении процесс адаптации новых работников, может многое сказать о степени развития коллектива, уровне его сплоченности.

Основной целью любой медицинской организации является оказание качественной медицинской помощи населению, что сильно зависит от компетенций и личностных характеристик персонала. Управление персоналом в медицинской сфере имеет свои особенности. Оно осложняется тем, что цель работы медицинского учреждения отличается от цели деятельности любой другой организации по своей сути, и результаты деятельности трудно измерить. Руководителям медицинского учреждения трудно осуществлять контроль над деятельностью персонала, так как врачи и медицинские сестры часто осуществляют свою деятельность автономно. На настоящем этапе проблема адаптации персонала на предприятиях здравоохранения является достаточно актуальной темой. Несмотря на большое количество выпускников медицинских учебных заведений, учреждения медицинской сферы постоянно испытывают недостаток в медицинском персонале. Работа медиков сопряжена с высоким уровнем стресса, им приходится каждый день работать с тяжело больными, которые испытывают постоянные боли, выражают негативные эмоции. Особенно подвержены эмоциональному выгоранию средний и младший медицинский персонал.

При введении медицинских сестер в должность именно старшая медсестра представляет нового сотрудника коллективу. Старшая медицинская сестра осуществляет инструктаж, контроль за первыми шагами новичка, выявляет сильные и слабые стороны его подготовки, определяет реальную потребность в дополнительном обучении, оказывает всестороннюю помощь в адаптации.

Старшая медсестра ежедневно видится с новым работником, узнает об успехах и помогает устранить проблемы, отвечает на возникшие вопросы. Это позволяет ей быстро

полностью составить представление о его сильных и слабых сторонах, взаимоотношениях в коллективе, исполнительности, внешнем виде. На первом этапе старшая медсестра помогает новому сотруднику выбрать наиболее подходящее рабочее место, на втором — оказывает содействие в освоении тонкостей нашей профессии, на третьем — смежных специальностей, а также привлекает к делам коллектива. Вся эта совокупность процедур имеет цель ускорить освоение новичком работы, сократить период адаптации в коллективе, помочь установить контакты с окружающими. Но в связи с большой загруженностью, отсутствием определенных специальных знаний не всегда старшая сестра справляется с этой работой. Частично этим и объясняется, текучесть кадров среднего медперсонала.

Заключение. Адаптация работника на производстве в целом, в ЛПУ в частности, эффективное управление этим процессом требуют большой организационной работы. Поэтому на многих предприятиях страны создаются специализированные службы адаптации кадров. Однако организационно это делается по-разному: в зависимости от численности персонала предприятия, структуры управления предприятием, наличия и организации системы управления персоналом, нацеленности администрации учреждения на решение социальных задач в сфере управления производством и других моментов.

От того, как будет поставлена система адаптации персонала в организации, в дальнейшем будет зависеть, насколько эффективно будет работать сотрудник, насколько будет возможным использовать его потенциал в правильном направлении.

Список литературы:

1. Кибанов А.Я. Основы управления персоналом: Учебник. - М.: Инфра-М, 2009.
2. Базарова Т.Ю., Еремина Б.Л. Управление персоналом. - М., 1998, стр. 237-242
3. Володина Н. В. Адаптация персонала: российский опыт построения комплексной системы / Н. В. Володина. — М.: Эксмо, 2014. — стр. 242 с.
4. Фролова А.А. Особенности адаптации персонала в медицинской организации на примере медицинского центра // Молодой ученый, 2016

ТРУДОВАЯ АДАПТАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЛПУ

Добрынина Елена Анатолиевна

Преподаватель кафедры организации сестринского дела ФБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко институт сестринского образования

Енина Анна Петровна

Старшая медицинская сестра БУЗ ВО «ВКСП №3»

Аннотация. Адаптация персонала становится актуальной проблемой любой организации. Являясь частью системы управления человеческими ресурсами и логическим продолжением отбора персонала, хорошо выстроенная адаптация персонала сохраняет ресурсы предприятия, способствует повышению его конкурентоспособности. Адаптация персонала в организациях медицинской сферы имеет свои особенности, которые детерминируют построение системы адаптации.

Ключевые слова: персонал, система адаптации, управление персоналом, человеческие ресурсы, молодые сотрудники, медицинский персонал.

Персонал является одним из важных ресурсов любого предприятия, так как именно человеческий фактор позволяет эффективно использовать любые ресурсы организации и определяет ее экономические показатели и конкурентоспособность.

Система подбора персонала в БУЗ ВО «ВКСП № 3» достаточно стандартизирована, существуют четко прописанные стандарты. Поиск персонала ведется с использованием услуг службы занятости, ресурсов Интернета, информация о вакансиях размещается и на сайте поликлиники. Соискателям предлагается заполнить стандартную анкету, в которой располагаются не только общепринятые вопросы об опыте работы и образовании, но есть графы о пожеланиях к новому месту работы, вопросы о компетентности соискателя. Это позволяет вести качественный отбор на вакансии, и приглашать на собеседование только тех кандидатов, которые максимально подходят по своим компетенциям. Собеседование на должность ассистента врача проводится совместно с заведующим отделением, где будет работать специалист, после согласия которого, будущему сотруднику показывают его место работы и врача, к которому он прикреплен. Как такового введения в должность среднего медицинского персонала не проводится, медсестрам сразу приходится приступать к работе, загруженность их достаточно высока, ответственность очень высокая. Высокая загруженность затрудняет адаптацию среднего медперсонала, наставничество ложится на непосредственных руководителей, которые также, а иногда намного больше загружены работой. БУЗ ВО «ВКСП № 3» имеет высокую популярность по причине новейшего оборудования и высокой квалификации, работающих в нем специалистов, что с одной стороны экономически выгодно для организации, с другой — высокий уровень загруженности способствует быстрому выгоранию персонала, когда ни какие деньги не могут удержать их на рабочем месте.

Опыт работы в поликлинике показал, что средний и младший медперсонал чаще всего принимается потому, что необходимо закрыть вакансии в ближайшее время. При невозможности этого, ищется внешний или внутренний совместитель. Для определения причин текучести персонала был проведен опрос, результаты которого показали что 8% всех уволившихся говорят о том, что нашли более выгодные условия труда, 2% жалуются на сложность выполнения должностных обязанностей.

Процент уволенных сотрудников к 2019 году снизился с 18% в 2018 году до 10% в 2019 году. Это свидетельствует о том, что подбор персонала ведется должным образом, подбирается качественный и компетентный персонал, которого устраивают условия работы в БУЗ ВО «ВКСП № 3».

Работа медицинского персонала, особенно на этапе профессиональной адаптации на новом месте, осложняется особыми условиями труда, одним из которых является ежедневный риск. Ошибки медицинских работников могут стоить жизни человека. Таким образом, анализ существующей ситуации по увольнению показал, что системы адаптации необходимо совершенствовать по отношению к младшему и среднему медицинскому персоналу. При этом в систему адаптации включать процесс введения в должность, знакомство с корпоративной культурой и ценностями всего коллектива.

Оптимизация адаптационного процесса профессиональной деятельности направлена на сокращение сроков адаптации и достижение соответствующего уровня адаптированности, при котором возможна реализация заданной эффективности и надежности работы.

Вводно-ознакомительный этап включает в себя знакомство с корпоративной культурой поликлиники, которая еще продолжает формироваться, нормами и правилами работы в ней, в частности на определенной должности. Показателями адаптированности на этом этапе будет служить низкий уровень нарушений трудовой дисциплины, высокий показатель самостоятельности сотрудника. Ответственный за контроль прохождения этого этапа адаптации среднего медперсонала является старшая медицинская сестра отделения. Этот этап желательно завершить в течение 2 недель после приема сотрудника в организацию.

Второй этап основан на принятии корпоративной культуры стоматологической поликлиники. Этот этап желательно проводить совместно с теми сотрудниками, которые по долгу службы окружают нового специалиста, сотрудничают с ним. Тренинг на сплочение, проведение корпоративного мероприятия поможет новому сотруднику влиться в коллектив и принять его ценности. Это мероприятие желательно проводить минимум раз в 1–2 месяца. Это будет способствовать срабатываемости всего персонала.

Последний этап адаптации показывает, насколько человек вписывается в культуру компании, и окончательным показателем адаптированности. Оценку при этом дает непосредственный руководитель, что является основанием для рекомендаций по прохождению испытательного срока.

Таким образом, внедрение рекомендуемой системы адаптации позволит сократить сроки адаптации, сделает ее наименее болезненной для новых сотрудников. Чувствуя опеку и заботу со стороны руководства, а значит свою ценность для компании, новый сотрудник не будет ставить себя на ступеньку ниже остальных работников, а будет решать профессиональные проблемы вместе с ними.

Список литературы

1. Ностe-Паэс Е.А., Идентификация процесса адаптации персонала в организациях / Е.А. Ностe-Паэс Т.А., Казакевич // Сервис в России и за рубежом.— 2011.— № 4,— с. 218–225.
2. Кибанов А.Я., Управление персоналом организации. / А.Я. Кибанов.— М.: Инфра-М, 2012.— 695 с.
3. Володина Н.В., Адаптация персонала: российский опыт построения комплексной системы / Н.В. Володина.— М.: Эксмо, 2014.— 242 с.
4. Фролова А. А., Особенности адаптации персонала в медицинской организации на примере Медицинского центра ДВФУ. «Молодой учёный», 2016. – 1040 с.
5. Романова Ю.А., Оптимизация отбора и профессиональной адаптации персонала в организации / Ю.А. Романова // Вестник Московского университета имени С.Ю. Витте. Серия 1: Экономика и управление.— 2015.— № 1 (12),— с. 70–79

НИКОЛАЙ СЕРГЕЕВИЧ КОРОТКОВ – МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Добрынина Мария Сергеевна

Студентка ФГБОУ ВО “Воронежский государственный медицинский университет имени Николая Ниловича Бурденко” Министерства здравоохранения РФ, Воронеж

Клюкин Андрей Андреевич

Студент ФГБОУ ВО “Воронежский государственный медицинский университет имени Николая Ниловича Бурденко” Министерства здравоохранения РФ, Воронеж

Аннотация: Метод измерения давления с элементами аускультации по Н.С. Короткову был открыт в 1905г., а утвержден ВОЗ через 30 лет, в 1935г. Данная работа приурочена к 115-летию с момента открытия и 85-летию со дня утверждения данной методики. Цель - рассмотреть основные этапы создания метода измерения АД с элементами аускультации по Н.С. Короткову и осветить историю жизни ученого. Методам являлись обзор литературы, посвященной данной тематике. Консолидация полученной информации из исторических источников о жизни Н.С. Короткова и данных о методе измерения давления из учебников для медицинских ВУЗов. В результате данного исследования были подробно освещены многие интересные аспекты жизни великого русского врача, этапы создания метода, а также все стороны и нормативные критерии, которые по сей день соблюдаются при выполнении измерения давления по методу Н.С. Короткову. Измерение давления с элементами аускультации, открытое в 1905 году, является базисным методом, используемым при обследовании пациентов в наши дни – дни новых диагностических методов. Раскрывается значение сохранения памяти о великом деятеле Н.С. Короткове и важности его открытия в современных реалиях.

Ключевые слова: Коротков Н.С.; Артериальное давление; Элементы аускультации; Аневризма.

Начиная говорить о способе измерения артериального давления на лучевой артерии по методу Н.С. Короткова, хочется затронуть некоторые моменты жизни Николая Сергеевича, чтобы выяснить, каким образом и в какой обстановке создавалась данная методика, а также затронуть аспекты становления этого простого человека как великого врача.

Николай Сергеевич родился в 1874г. в Курске, в небогатой семье. В 1893 он окончил местную гимназию и в том же году поступил в Харьковский университет на медицинский факультет. Будучи студентом второго курса Николай Сергеевич за отличные успехи в учебе смог добиться перевода на медицинский факультет Московского университета. В Москве Коротков также не покладая рук усердно трудился, что позволило ему получить диплом «лекаря с отличием» в 1898 г. Хотелось бы также выделить, что параллельно Коротков готовился и успешно сдал экзамены на звание «уездный врач», получив соответствующие документы об этом. Затем Николай Сергеевич смог стать ординатором хирургической клиники, относящейся к Московскому медицинскому университету, которой руководил А.А. Бобров.

В 1900 году случилось ключевое событие, которое, по нашему мнению, повлияло на открытие освещаемой нами методики измерения артериального давления. Николай Сергеевич согласился быть добровольцем Иверской общины Красного Креста, где был назначен в санитарный отряд в качестве лекаря, после чего отправился в Китай, где разворачивались действия русско-японской войны. В бригаде, во главе которой был Иван Павлович Алексинский, Коротков занимал должность хирурга и инфекциониста. Однако Николай Сергеевич предпочел перевестись на менее оплачиваемую должность – он стал ординатором специального отделения 1-го Сводного военного госпиталя, в которое со

всего фронта направлялись раненые с аневризмами. Эта патология была не такой редкой, как казалось на первый взгляд. Пациентов с аневризмой почти в 100% случаев ждала перевязка артерии с последующей ампутацией конечности. Осознавая это, Коротков делал выводы о том, что было необходимо найти способ, который мог бы до хирургического вмешательства определить, останется ли конечность цела, или произойдет некроз мягких тканей после перевязки.

Оперировал Коротков подобных раненых, используя опыт Н.И. Пирогова - он проводил аускультацию сосудов для обнаружения расширения артерий. Николай Сергеевич смог эмпирическим путём прийти к выводу, что при наложии на плечо раненого манжету Рива-Роччи, в которой быстро нагонялось давление до исчезновения пульса на лучевой артерии, происходит полная потеря слышимости движения крови по артерии в дистальной её части. После этой манипуляции, постепенно проводится декомпрессия в манжете, прослушиваются друг друга сменяющие шумы. Их интенсивность постепенно снижается, в конечном итоге они пропадают. Это доказало закономерность последовательного изменения тонов при снижении давления на артерию. Проявляющийся при этом звуки соответствуют показателям систолического и диастолического давления. Однако Коротков не мог до конца понять сможет ли это открытие найти себе применение. Через некоторое время Николай Сергеевич обратился к М.В. Яновскому, на тот момент профессору кафедры диагностики и общей терапии Военно-медицинской академии. Михаил Владимирович, увидев перспективу в применение методики декомпрессии плечевой артерии с последующей её аускультациейпредложил заняться дальнейшими исследованиями. Все эти события произошли в 1905 году, который можно смело считать годом открытия этой методики.

Подробнее о методике. На дистальной части плеча накладывается манжета, в которую быстро закачивается воздух для создания в ней давления больше атмосферного. Этими действиями добиваются исчезновения пальпируемого пульса в области шиловидного отростка лучевой кости. Считается, что артерия при сдавливании оказывается полностью перекрытой. Давление воздуха в манжете приравнивается к давлению окружающих мягких тканей при расслабленной мускулатуре. Далее, выпустив воздух из манжетки, уменьшится давление в прилежащих тканях. Когда давление приравнивается к систолическому, появляется возможность для прохождения пульсовой волны через место, где произошло сдавление. Этот момент определяется по возникновению первых тонов, прослушиваемых фонендоскопом, расположенным дистально по артерии. Давление, фиксируемое в этот момент, принимается за систолическое. Следующая фаза шума систолы характеризуется «дующим» тоном. Третий тон соответствует максимальной по силе интенсивности, после которой в четвертой фазе тоны становятся тише. То есть, при снижении давления тоны и шумы ослабевают. В момент, когда они исчезают, что соответствует пятой фазе, фиксируется диастолическое давление.

Признание общественности этого открытия пришло, как это часто случается, не сразу, а спустя более 10 лет, причём, что стоит отметить, это сделано благодаря американскому ученому. В 1916 г. одна из статей «Американского физиологического журнала», написанная Джозефом Эрлангером, освещала методику Короткова. Именно после этого события на международном уровне заметили Николая Сергеевича. Но даже это не сразу

сделало Короткова личностью, узнаваемой всеми. Среди соотечественников ещё какой-то период времени он был, в большинстве своём, неизвестным человеком. Лишь фамилия Коротков приставлялась к названию методики измерения давления на плечевой артерии с помощью аускультации. Во многих отечественных учебниках никогда не упоминалась история открытия этого способа, не говоря о жизни её автора. Но не найдя замену, этот метод стал единственным официальным методом неинвазивного измерения артериального давления, который был утвержден Всемирной Организацией Здравоохранения в 1935 году, что говорит о важности открытия Короткова и вызывает еще больше уважения к этому человеку.

После принятия ВОЗ этого способа измерения давления, для него сразу установили нормативы к проведению, которые действуют и сегодня. Измеряют артериальное давления в спокойной и удобной для пациента обстановке Пациент, по возможности, должен сидеть на стуле с прямой спинкой рядом со столом. АД измеряется на руке с наибольшим давлением. Манжетка, накладываемая на плечо, должна охватывать около 40% его окружности и 80% длины. Располагается она на 2 см выше локтевой ямки. По плотности наложения рекомендуется установить ее таким образом, чтобы между манжеткой и плечом пациента свободно проходило два пальца. Нагнетать воздух в манжетку следует быстро, до значения, равного величине систолического давления плюс 30 мм.рт.ст. Выпускать воздух необходимо со скоростью 2 мм.рт.ст в секунду, до появления тонов, выделенных Коротковым(о них было сказано выше), далее – от удара к удару с той же скоростью. За 1 час до проведения процедуры не рекомендуется принимать пищу, пить кофе или крепкий чай, курить. Пациент во время измерения АД должен быть расслаблен, не следует разговаривать.

Подводя итоги затронутой темы, необходимо ещё раз сказать - именно русский врач Коротков Николай Сергеевич предложил необычайно важную для медицинской сферы практических умений методику измерения давления на плечевой артерии. Методику, которая по сей день, спустя 115 лет, пользуется популярностью в диагностических целях у врачей большинства специальностей. Методику, до сих пор не нуждающуюся в замене.

Список литературы:

1. Андреев А.А., Остроушко А.П. Николай Сергеевич Коротков – российский хирург, пионер современной сосудистой хирургии. К 145-летию со дня рождения. Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2019; 12:1: 83-83. DOI: 10.18499/2070-478X-2019-12-1-83-83.

2. Винокур В.А. К 80-летию открытия Н.С. Коротковым звукового метода измерения артериального давления // Советское здравоохранение. — 1985. — № 10. — С. 76. / Vinokur V.A. To the 80-year discovery of the methods of arterial pressure measurement by N.S. Korotkov // Soviet Health Care [Sovetskoye Zdravookhraneniye]. — 1985. — № 10. — P. 76 [Russian].

3. Журавлев Д.А., Сорокина Л.А. Лечить болезнь или больного // Артериальная гипертензия. — 2010. — Т. 16, № 3. — С. 344. / Zhuravlyov D.A., Sorokina L.A. Should we treat a disease or treat a patient? // Arterial Hypertension [Arterialnaya Gipertenziya]. — 2010. — Vol. 16, № 3. — P. 344 [Russian].

4.Попов С.Е. Лекарь Николай Коротков. — СПб.: Лениздат, 1996. — С. 7. / Popov S.E.

The doctor Nikolay Korotkov. — SPb.: Lenizdat, 1996. — P. 7 [Russian].

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Захарова Софья Сергеевна
студентка
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко» Минздрава России,Воронеж
Научный руководитель – к.и.н., доц. каф. философии и гуманитарной подготовки Т.В. Жиброва

Аннотация: в статье описывается роль медицинской сестры в лечебном процессе. Автор предпринимает попытку раскрыть профессиональную деятельность медсестры при работе с больными, отмечая, что важная роль в процессе выздоровления больного отводится именно медсестре, от ее действий и слов во многом зависит исход лечения пациента.

Ключевые слова: медицинская сестра, пациент, больной, здоровье, медицинская этика, деонтология.

В соответствии ст.41 Конституции РФ каждый житель России имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь, которая оказывается бесплатно в государственных и муниципальных больницах и поликлиниках [1]. Основные права и обязанности медицинских работников приведены в отдельных нормативно-правовых актах, в частности этико-правовые аспекты отношении медсестёр и пациентов раскрыты в Этическом кодексе медицинских сестер России, принятым Российской Ассоциацией медицинских сестер в 1997 году [1]. Для раскрытия заданной темы необходимо пояснить термины: этика и деонтология в медицине. Этика- это нравственные нормы поведения медсестер в их профессиональной деятельности. Деонтология- это проблемы морали и нравственности, то есть эти два понятия тесно связаны между собой [2].

При посещении лечебного заведения больными, первое впечатление складывается у пациентов в зависимости от того, как их встретила медсестра, какой у нее внешний вид и эмоциональное поведение, то есть все, что располагает больных к ней. Медсестре необходимо деликатно подойти к первой встречи с больным, дать ему почувствовать, что он ей не безразличен, и она хочет ему помочь, при этом должно появиться доверие в общении, при котором медсестра получит полную информацию о больном, его характере и знание о заболевании. Эта информация дает возможность сделать сестринский анализ и в дальнейшем помочь в излечении пациента. Медсестре необходимо помнить, что главная роль в общении с больным остается за ней в подготовке к обследованию и процедурам, при этом необходимо проявить терпение, вежливость и сострадание. Она должна быть терпимой к поведению пациента, недопустима сухость и официальность, следует обращаться в больному на «Вы» и по имени, отчеству, но не в коем случае - «больной» [2].

При наблюдении за больным медсестра обязана докладывать лечащему врачу о его поведении, определить меры воздействия на дальнейшее лечение. При контактах с родственниками больного необходимо проявлять тактичность, спокойствие и выдержку,

беседовать только в пределах своих полномочий и для дальнейших разъяснений направлять к лечащему врачу

При общении с коллегами- медсестрами, младшим медперсоналом медсестра должна соблюдать взаимоуважение, не допустимы грубость, высокомерие. При сомнении во врачебных назначениях выяснять с врачом в отсутствии больного, сохранять врачебную тайну - когда необходимо скрыть от пациента реальное состояние его здоровья. Также в присутствии больного запрещается обсуждать или сообщать диагнозы других пациентов, критиковать действия других медработников. Медсестра должна выслушать любой совет, даже если он дан сотрудником рангом ниже и ни в коем случае не говорить больному, что совет плох. Поведение медсестры в своей профессиональной деятельности должно вызывать уважение к ней, создавать у больных впечатление, что она все знает и умеет, и что их здоровье пойдет на поправку. При этом она должна правильно и квалифицированно выполнять все предписания врача и точно соблюдать дозировку лекарства и длительность процедур, время и последовательность манипуляций [3].

Медицинская сестра обязана знать, для чего служат разные современные медицинские приборы, уметь ими пользоваться, при выполнении сложных процедур медицинская сестра не должна стесняться просить помощи и совета у более опытных коллег, если она сомневается в чем-то. Медсестра, которая хорошо владеет техникой, обязана помогать в освоении ее своим менее опытным коллегам. В случаях, когда у больного наступает ухудшение состояния, не допускать растерянности и паники, все манипуляции медсестры должны быть уверенными и собранными, нельзя, чтобы больной увидел ее испуганные глаза и слышал дрожь в голосе, не должны присутствовать громкие крики и истерика, чтобы у больного не сложилось нервозное состояние и многократное ухудшение здоровья [2]. Профессиональная деятельность медсестры должна соответствовать принципу милосердия: «Я принесу добро пациенту, или по крайней мере, не причиню ему вреда» и основным принципам медицинской этики («Клятва» , «Закон», «О врачах») Гиппократа.

Список литературы:

1. Петровский Б.П. Деонтология в медицине / Б.П. Петровский. -М.:Медицина, 1988
2. Полный справочник по уходу за больными / [сост. Е. Ю. Храмова]. -М. : РИПОЛ Классик, 2011. -512 с.
3. [Электронный ресурс] Этический Кодекс российского врача URL: http://artyushenkooleg.ru (дата обращения: 06.05.2020).

ВЛИЯНИЕ КОМПЬЮТЕРА (ГАДЖЕТОВ) НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА. РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ ЗАВИСИМОСТЕЙ

Кондусова Юлия Викторовна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

Крючкова Анна Васильевна

кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

Семынина Наталья Михайловна

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Полетаева Ирина Алексеевна
кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Безин Игорь Вячеславович
Студент 2 курса стоматологического факультета
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Котлина Екатерина Юрьевна
Студентка 2 курса стоматологического факультета
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

Аннотация: В статье говорится о проблемах зависимости современного человечества от гаджетов. Приведены также меры по профилактике развития данной зависимости

Ключевые слова: медицинская сестра, зависимость, гаджеты, соцсети

На данный момент проблема зависимости от компьютеров и гаджетов является довольно актуальной. Ежеминутная проверка соцсетей, мессенджеров у многих превратилась в навязчивое состояние сродни неврозу. Тратя на это время, мы теряем в качестве общения с людьми, нам не хватает времени на чтения настоящей литературы, на изучение реального мира вокруг нас. В том числе такого вида деятельность негативно влияет на наше здоровье.

В настоящее время компьютер, да и вообще другие гаджеты являются незаменимой составляющей нашей жизни. Но при этом, мы порой не всегда себе отдаём отчёт в том, что очень часто буквально зависим от этих дорогостоящих устройств. Уже сегодня ПК внедрены в такие сферы деятельности, как банковское дело, системы безопасности, медицина, производство, наука и другие важные отрасли.

С одной стороны, компьютер значительно облегчил жизнь, а с другой — человечество столкнулось с такой глобальной проблемой, как формирование зависимости от использования электронных приспособлений [1]. В виртуальном мире мы чувствуем себя намного комфортней, чем в реальной жизни, что создаёт угрозу нашей дальнейшей успешности и самореализации.

Существует несколько видов компьютерной зависимости:

1.Навязчивый сёрфинг (путешествие в сети, поиск информации по базам данных и поисковым сайтам).

2.Компьютерные игры.

3.Виртуальные знакомства.

4.Страсть к онлайновым биржевым торгам и азартным играм [2].

Считается, что подобная привязанность формируется у людей с определёнными личными переживаниями и проблемами, такие как низкая самооценка, отсутствие личной жизни или проблемы в ней, неправильная оценка жизненных ценностей и общее разочарование в жизни [1]. Происходит компенсация того, чего нам порой не хватает: общения, развлечений, определённых эмоций. Как правило, в группе риска находятся дети, подростки, люди с повышенным чувством одиночества, склонности к депрессии.

Нужно уделять таким лицам особое внимание, чтобы не допустить развития данного расстройства.

Работа на компьютере, как уже известно, сопряжена с рядом особенностей и со спецификой влияния этой работы на состояние здоровья человека. Одним из результатов автоматизации и компьютеризации XXI века является гиподинамия. Учёные и медики утверждают, что при сидячем образе жизни происходят необратимые изменения в организме человека. Прежде всего, это связано с ухудшением зрения, снижением подачи крови в кровеносные сосуды из-за неподвижного положения тела при работе за ПК. В результате происходит ухудшение работы сердца и сбой в нервной системе.

Если взрослый человек или ребенок проводят долгие часы в неподвижной позе, то, естественно, идет нарушение осанки, а это приводит к изменению скелета, ухудшается деятельность органов кровообращения, дыхания и пищеварения [1]. Кроме этого, долгое нахождение за ПК может вызвать головные боли, а также боли в пояснице и шейном отделе. Ещё нельзя не упомянуть о расстройстве, с которым можно столкнуться при использовании компьютерной мыши. Ещё в 90-х годах XX века хирурги и ортопеды стали часто сталкиваться с карпальным «туннельным» синдромом (КТС), или синдромом запястного канала (СЗК). При СЗК происходит проявление хронической травмы срединного нерва, проходящего с ладонной стороны в области лучезапястного сустава. Больные жалуются на онемение пальцев правой руки от большого до безымянного пальца и на внезапную боль в запястье при попытке поднять даже лёгкий предмет [4]. Как было сказано ранее, одним из негативных последствий эксплуатации компьютера является ухудшение зрения. Пациенты жалуются на боль в глазах, раздвоение изображения, покраснения век, боли при движении глаз, эффект «песка в глазах». Это связано, непосредственно, с напряжением глазных мышц, а далее воспалением, которое происходит при долгом сидении за ПК. Чтобы предотвратить такие неприятные симптомы, необходимо делать перерыв через каждые 30 минут и выполнять упражнения для глаз.

Ни для кого не секрет, что значительное место пропаганде ЗОЖ и различным мерам профилактики отводится именно медицинскому работнику, в том числе медицинским сестрам. Рационально построенная система профилактики даёт возможность предотвратить развитие различных заболеваний, инвалидности, а также преждевременной смертности. На данный момент, в соответствии с терминологией ВОЗ, выделяют первичную, вторичную и третичную профилактику. Предупреждение развития патологического использования компьютеров относится к заданиям первичной профилактики. Она представляет собой широкую просветительскую работу среди молодёжи, санитарно-гигиеническое воспитание населения, общественные мероприятия по работе с компьютерными технологиями [3]. Вторичная профилактика направлена на раннее выявление зависимости, а также предупреждение осложнений. Третичная профилактика имеет отношение к людям с патологической зависимостью и призвана способствовать предотвращению срывов во время ремиссии [5].

Для своей просветительской работы медсестра может использовать метод пропаганды. Это могут быть лекции, беседы, показ видеофильмов, слайдов, раздача брошюр и буклетов. Также должны учитываться некоторые принципы при выполнении данной деятельности. Во-первых, это комплексное воздействие, которое проводится на

различных уровнях социального пространства, семьи и личности. Во-вторых, наличие условий для групповой формы работы. В-третьих, должна преобладать позитивность подаваемой информации, её актуализация и минимизация негативных последствий. Кроме работы с детьми и подростками, врачу необходимо проводить профилактику компьютерной зависимости ещё и с родителями, ведь большинство из них считают, что компьютерные игры и соцсети безопасны.

В заключении можно сказать, что эксплуатация компьютера значительно облегчает все сферы нашей жизни. С помощью такого устройства мы можем находить большое количество информации, общаться с друзьями и родными, живущими далеко, заниматься самообразованием и даже работать. Но нельзя забывать о том, что пользование ПК чревато развитием зависимости, а также проблем со здоровьем. Чтобы предотвратить развитие данного расстройства, действия медицинского работника должны быть направлены на профилактику, которая заключается в комплексном воздействии. Основные её элементы – психологические методы воздействия, а главный субъект – семья. Данная работа является актуальной, злободневной, на наш взгляд. Она очень важна для ознакомления в плане негативных последствий использования электронных устройств. Конечно же, имеется огромная перспектива развития работ в данной области, ведь технический прогресс не стоит на месте. Появляется и модернизируется всё больше различной техники, а само влияние на человека до конца не изучено.

Список литературы:

1. Краснова, С.В. Как справиться с компьютерной зависимостью /С.В. Краснова, Н.Р. Казарян, В.С. Тундалева, и др., – Москва: Эксмо, 2008. – 250 с. – ISBN 978-5-699-25743-0.

2.Юрьева, Л.Н. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика /Л.Н. Юрьева, Т.Ю. Больбот. – 2-е изд., перераб. и доп. – Днепропетровск: Пороги, 2011. – 196с. – ISBN 966-525-697-1.

3.Фоменко, А.И. Профилактика кибераддикции, как основа предотвращения преступного поведения подростков с пограничным состоянием психики / А.И. Фоменко, И.А. Семенцова – Текст: непосредственный // Известия вузов. Северо-Кавказский регион. – 2015. – № 2(3076). – с. 89-93

4. Днепров, А.Г. Защита детей от компьютерных опасностей / А.Г. Днепров. – Санкт-Петербург: Питер, 2008. – 192с. – ISBN 978-5-388-00009-55.

5.Коптелова, Н. И. Социально-педагогическая профилактика компьютерной зависимости у подростков в общеобразовательных учреждениях / Н. И. Коптелова, В. А. Попов. – Текст: непосредственный // Молодой ученый. – 2015. – № 24 (104). – с. 970-973.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ

Кондусова Юлия Викторовна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

Крючкова Анна Васильевна

кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

Веневцева Наталия Викторовна
преподаватель кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Карпухин Геннадий Николаевич
кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Макарова Александра Максимовна
Студентка 2 курса стоматологического факультета
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

Аннотация: В статье говорится о проблеме оказания первой помощи при аллергических реакциях. Приведена классификация аллергических реакций, последовательность действий медсестры при их возникновении.

Ключевые слова: медицинская сестра, аллергия, отек Квинке, анафилактический шок

Аллергия является одним из наиболее распространенных заболеваний на земном шаре. Согласно статистическим данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) аллергией страдают около 40 % населения нашей планеты. В современном обществе, когда окружающая среда постепенно, с каждым годом, становится все более загрязненной, продукты и вещи содержат большое количество химических добавок и синтетических материалов, риск появления аллергии возрастает.

Наследственность так же играет большую роль в развитии аллергии. Если ни один из родителей не страдает сверхчувствительностью или аллергией, то вероятность того, что их ребенок заболеет аллергией, составляет 15%. Если один из родителей является аллергиком, то тогда этот показатель составит 30-40%. При наличии аллергии у обоих родителей, вероятность заболевания ребенка составит 60-80%.

Широкая распространенность требует от каждого знание первой помощи в случае наступления у человека крайних форм аллергических реакций (крапивница, отек Квинке и т.д.).

Аллергия - это изменения реакции организма на воздействие обычных веществ, имеющихся в окружающей среде, которые сами по себе являются безопасными.

Основными веществами, вызывающими аллергию, являются:

• пыль (уличная, домашняя или книжная);

• пыльца;

• шерсть домашних животных или чешуйки их кожи (кошки, собаки);

• споры грибков или плесени;

• продукты питания (чаще всего: яйца, молоко, пшеница, соя, морепродукты, орехи, фрукты);

• укусы (яд) пчел, ос, шмелей, муравьев;

• некоторые медицинские препараты (пенициллин);

• латекс;

• бытовая химия.

Классификация острых аллергических реакций:

- Аллергический ринит

- Аллергический конъюнктивит
- Крапивница
- Генерализованная крапивница
- Отек Квинке
- Анафилактический шок

Важно своевременно и правильно начать оказывать первую помощь при аллергических реакциях. Как правило, до прихода врача медицинская сестра делает все возможное, чтобы прекратить воздействие аллергена. Действия медсестры осуществляются следующим образом следующим образом:

- максимально успокоить пострадавшего, если он находится в сознании;
- уложить человека ровную поверхность с приподнятыми ногами. Это поможет увеличить венозный возврат и затормозит падение АД на некоторое время;
- ограничить поступление аллергена: можно приложить лед к месту инъекции; при укусе насекомого приложить лед к месту укуса, немедленно вынуть жало; при приеме пищи или лекарств — промыть желудок и дать активированный уголь, не давать пить до промывания желудка;
- обеспечить доступ свежего воздуха, оксигенотерапию (при возможности),
- при потере сознания уложить на бок, чтобы не было западания языка с удушьем, контроль пульса и ЧДД, при их отсутствии — искусственное дыхание и непрямой массаж сердца.
- обеспечить госпитализацию в стационар.

Если это анафилактический шок, вызванный внутривенным введением лекарственного средства, то категорически не рекомендуется удалять иглу из вены (это может затруднить оказание медпомощи при выраженной гипотензии).

Также медицинская сестра может обеспечить венозный доступ катетером большого диаметра, в последующем возможна установка центрального венозного катетера, подготовить при необходимости соответствующие лекарственные препараты.

Таким образом, до прихода врача медицинская сестра проводит ряд мероприятий в рамках своих компетенций, которые могут остановить развитие аллергической реакции, предотвратить ухудшение состояния пациента, а иногда и спасти жизнь пострадавшему.

Список используемой литературы

1. Хаитов Р.М., Аллергология и иммунология [Электронный ресурс] / под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 656 с.
2. Аллергические болезни. Этиология, патогенез, основные принципы диагностики и лечения: методические рекомендации для студентов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов. Е.В. Нусинов, под редакцией В.М. Червенца. «Алквист» 2012 - 22 с.
3. Регулярные выпуски «РМЖ» №20 от 16.10.2015 стр. 874 - Оказание скорой медицинской помощи при острых аллергических заболеваниях

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ БОРЬБЫ С НАРКОМАНИЕЙ. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА СРЕДНЕГО ЗВЕНА В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОМАНИИ

Кондусова Юлия Викторовна
кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Крючкова Анна Васильевна
кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Пятницина Светлана Ивановна
ассистент кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Панина Ольга Алексеевна
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Анучина Наталья Николаевна
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Самохвалова Юлия Сергеевна
Студентка 2 курса стоматологического факультета
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

Аннотация: В статье говорится о проблемах борьбы с наркоманией. Приведены формы участия медицинского работника среднего звена в профилактике наркотической зависимости

Ключевые слова: медицинская сестра, зависимость, наркомания, наркотики

"Наркомания — это болезнь,
но без одной стадии – полного выздоровления".

Злоупотребление наркотиками известно с древнейших времен, однако сейчас размер данной проблемы тревожит всю мировую общественность. Даже при сужении, с точки зрения наркологов, границ наркомании до юридически приемлемых, во многих странах наркомания признана социальным бедствием. Наркотические мафии управляют государствами (Латинская Америка), имеют свои армии (Юго-восточная Азия). Доходы подпольных корпораций по торговле наркотиками превышают известные доходы от торговли нефтью и приближаются к мировым доходам от торговли оружием. Особенно гибельно злоупотребление в молодежной среде, т.к. поражается и настоящее, и будущее общества. Полная, с точки зрения наркологов, картина распространения злоупотребления, включающая формы токсикоманий, еще более трагична. Вещества и препараты, не включенные в список наркотиков, как правило, еще более злокачественны, приводят к еще большему ущербу для индивидуума. В международном антинаркотическом центре в Нью-Йорке существует документ, указывающий на число наркоманов на земном шаре - 1 000 000 000 человек. Наркомания, как подчеркивают эксперты Всемирной организации здравоохранения, является большой угрозой для здравоохранения в мировом масштабе.

Каждое государство предпринимает меры по предупреждению злоупотребления среди населения, и Россия не является исключением.

Наркомания - болезнь, вызванная систематическим употреблением средств, включенных в государственный список наркотиков, и проявляющаяся психической, а иногда и физической зависимостью от них. Это тотальное нарушение физического и психического здоровья человека, поражение его личности, потеря лучших нравственных качеств и собственного «я» вследствие употребления наркотиков. Наркомания как патологическое состояние необратима, и негативные изменения в душе наркомана остаются с ним навсегда.

Понятие «наркотик» также неоднозначно и делится на медицинское и юридическое. Наркотик - наркотическое средство, включенное в официальный государственный список вследствие социальной опасности из-за способности при однократном употреблении вызывать привлекательное психическое состояние, при систематическом - психическую или физическую зависимость. Медицинское понятие звучит так: это химическое вещество или смесь веществ, отличное от необходимых для нормальной жизнедеятельности, прием которого влечет за собой изменение функционирования организма и, возможно, его структуры. В нашей стране наркотиками признаны: морфин, кодеин, героин, промедол, кокаин, эфедрин, анаша, марихуана, ЛСД, психостимуляторы, галлюциногены, экстази. Есть вещества, не относящиеся к наркотическим, но также обладающие способностью влиять на психику человека и вызывать пристрастие. Называются они токсикоманическими, а болезненное пристрастие к ним - токсикоманией.

К наркотикам относят различные вещества, обладающие следующими характерными признаками:

1. способностью вызывать эйфорию, приподнятое настроение;

2. способностью вызывать наркотическую зависимость, то есть желание снова использовать наркотик;

3. нанесением существенного вреда психическому и физическому здоровью человека, употребляющего их.

Эксперты Всемирной организации здравоохранения предложили следующее определение этим веществам: «наркотик - это такое вещество или смесь веществ, которые коренным образом отличаются от всех веществ, необходимых для нормальной жизнедеятельности человека, и прием которых влечет за собой изменения функционирования организма в целом, серьезно осложняет деятельность внутренних органов, центральной и вегетативной нервной системы». Медицинский смысл понятия «наркотик» (средство для наркоза) не совпадает с социальным, общеупотребительным среди людей (средство для получения удовольствия). Поэтому все заинтересованные стороны в России (медицина, юстиция и др.) договорились, что наркотиками будут считаться вещества, которые включены в Список наркотических средств. Таким образом, термин «наркотик» приобрел юридическую определенность.

Наркомания - сложное заболевание, которое находит свое отражение не только на физиологическом и психическом уровнях человека, но и на социальном, что приводит к деградации личности, нарушению семейных и групповых отношений, повышению правонарушений, снижению социального статуса и нередко летальному исходу.

Сущность наркомании:

1.непреодолимое влечение к приему наркотика

2.постепенное повышение употребляемых доз;

3.формирование абстинентного синдрома;

4.психологическая и физическая зависимость.

При наркомании происходит тотальное поражение личности, затрагивающее все стороны внутреннего мира больного. Человек, идущий по пути наркомана, теряет друзей, семью, не может приобрести профессию. Таким образом, наркомания представляет собой серьезную опасность для общества, так как влечет за собой не только губительные последствия для человека, принимающего наркотические вещества, но и для всего общества в целом.

Основной принцип лечения больных наркоманиями — это помощь им в стремлении полностью отказаться от употребления наркотиков. Успешным результатом лечения может считаться только полный отказ от употребления наркотика и дальнейшее воздержание от приема любых психоактивных веществ. Лечение наркоманий - дело чрезвычайно трудное, требующее знаний, умения и времени. Помощь больному, находящемуся в состоянии абстиненции - только начало длительного пути восстановление и закрепления позиций больного в жизни без наркотиков. В дальнейшем на этом пути человек будет нуждаться в помощи медицинских работников, психологов, социальных работников, «бывших больных», членов своей семьи и других людей.

Наркомания требует длительного лечения. Своеобразие ситуации заключается в том, что если при обычном заболевании больной, заботясь о своем здоровье, выполняет все предписания врача, то при наркомании он, помня о «приятных» переживаниях, вызываемых наркотиком, часто сопротивляется лечению. Для того чтобы лечение было успешным, его необходимо начинать в условиях изоляции больного, т.е. в закрытом наркологическом отделении. Лечение можно проводить только с согласия больного, и больной имеет право от него отказаться.

Лечение больных наркоманиями заключается в первую очередь в оказании помощи больным в период непосредственного отрыва от наркотиков. После окончания периода, следующего непосредственно за состоянием абстиненции, при относительной нормализации физического и психического состояния больные нуждаются в углублении и поддержании этого состояния относительного здоровья для того, чтобы они могли вести жизнь без наркотиков и оставаться нормальными полноправными членами общества.

Лечебные методы должны быть разнообразными, а именно: они должны включать в себя три подхода:

- лекарственный;
- психотерапевтический;
- социотерапевтический.

Не малую роль в борьбе с наркоманией играет ее профилактика. В профилактических мероприятиях могут участвовать люди разных профессий, однако медицинские аспекты наркомании лучше представляют медицинские работники. Именно они могут в доступной форме визуализировать последствия наркотической зависимости, рассказать о психической и физической зависимости, об ущербе здоровью. Очень важна работы медицинских работников среднего звена в профилактических мероприятиях. Основная их работа ведется по следующим направлениям:

1. Проведение активной воспитательной и просветительской работы среди подростков и молодежи ввиду ее особой восприимчивости к приобщению к наркотическим веществам. Такая работа медицинской сестры должна проводиться в школах и учреждениях образования, причем проведение ее в виде опросов, диалогов и правильно построенных лекций принесет значительно большие плоды в сравнении с раздачей буклетов, постеров.

2. Санитарно-гигиеническое воспитание населения основано на информировании населения о вреде наркотиков, их негативном влиянии на все сферы жизни. Такая широкая пропаганда осуществляться с помощью СМИ, телевидения и радиовещания. Важен именно широкий охват, доступность, информативность.

3. Общественная борьба с распространением и употреблением наркотиков. Важно донести до населения информацию о том, что распространением наркотиков уголовно наказуемо. Административно-законодательные меры применяются уже в случае явного нарушения законов. И боязнь несения справедливого наказания за распространение и употребление наркотиков также может сослужит хорошую службу в деле профилактики распространения наркомании.

4. Пропаганда ЗОЖ. Здесь немаловажным составляющим фактором успеха станет личный пример. Также информация о возможности получения анонимной помощи как медицинского, так и психологического характера может помочь начать раннее лечение зависимсти.

Наркомания затрагивает все сферы человеческой жизнедеятельности, препятствует духовному, эмоциональному, интеллектуальному развитию. Человеческое сознание сужается до удовлетворения только одной потребности – поиска и приема наркотиков. Наркоман представляет опасность для общества не только различными формами девиантного поведения, связанного с фактом приобретения и употребления наркотиков, распространение наркомании приводит к дисфункциям в обществе и представляет прямую угрозу для общества.

Поэтому профилактическая работа должна проводиться в том числе и медицинскими работниками среднего звена. В ходе выполнения профилактических программ должна предоставляться точная и достаточная информация о наркотиках и их влияние на психическое, психологическое социальное и экономическое благополучие человека. Информация должна быть уместной, достоверной, особенно в части последствий злоупотребления наркотическими средствами и психотропными веществами, не только для самого наркомана, но и для общества. Необходима пропаганда здорового образа жизни, позволяющего на основе формирования оптимальной жизненной установки противостоять желанию попробовать наркотик даже в стрессовой ситуации. Так же проводить санитарно-гигиеническое мероприятия и воспитательные работы с родителями, чьи дети оказались зависимы от наркотиков.

Список литературы

1. Голубева А.П. Ремиссии как показатель результативности оказания

наркологической помощи у больных с хроническим алкоголизмом и наркоманией /А.П. Голубева, И.П. Почитаева // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. - 2014. - №1. - С.70-74.(дата обращения 12.04. 2020г)

2. Кронштадтский муниципальный вестник // Наркомания - глобальная проблема [электронный ресурс]. Режим доступа http://kotlin.ru/mvestnik/mvestnik_18961.html (дата обращения 26.04.2020г)

МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСТАВКА «ЗДОРОВЬЕ» В ТУРКМЕНИСТАНЕ - ПЛОЩАДКА ДЛЯ ОБМЕНА ОПЫТОМ И ДОСТИЖЕНИЯМИ МЕДИЦИНЫ

Кондусова Юлия Викторовна
кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Веневцева Наталия Викторовна
преподаватель кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Семынина Наталья Михайловна
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Тилляева Сельби Бахтияровна
Студентка 2 курса МИМОС, группа Ли 204
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Тилляева Мая Кулларовна
Сотрудник ООН на территории Туркменистана, Ашхабад, Туркменистан

Аннотация: в статье приведены данные об основных направлениях обмена опытом и достижениями медицины в Туркменистане.

Ключевые слова: медицина, профессиональная деятельность, здравоохранение.

Важным направлением в развитии любой отрасли является обмен опытом. Этот обмен особенно важен в медицине, т.к. от этого зависит жизнь и здоровье людей. Международные выставки, конференции, семинары, он-лайн конференции – все это делает доступным современную информацию для большинства профессионалов. Поэтому так важно не только участвовать, но и организовывать различные площадки для обмена современными достижениями. В экспоцентре Торгово-промышленной палаты Туркменистана в 2019г. прошла Международная выставка «Здоровье-2019», в рамках которой проходила научная конференция по вопросам развития медицинской сферы. Ежегодный форум, приуроченный ко Дню работников здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана, собрал делегатов из десятков стран, в том числе видных учёных, профессоров и врачей. Церемония его открытия началась с выступления творческих коллективов, придавших праздничный настрой мероприятию. В числе гостей на торжестве присутствовали руководители министерств и отраслевых ведомств Туркменистана, представители международных организаций, средств массовой информации, зарубежные специалисты-медики. Затем было зачитано приветственное послание Президента Гурбангулы Бердымухамедова участникам международного форума. Как отметил в своём обращении глава государства, приняв в 1995 году Государственную программу «Здоровье», мы определили долгосрочную стратегию развития, цели и задачи национальной сферы здравоохранения. В результате поэтапной

реализации этой Программы в течение минувших 24 лет сформировалась эффективная система общественного здравоохранения.

В вопросах обеспечения здоровья и благополучия на глобальном уровне, достижения гармоничного развития человека, охраны окружающей среды, модернизации системы здравоохранения Туркменистан поддерживает общую стратегию Всемирной организации здравоохранения, Детского фонда, Фонда народонаселения в области здравоохранения, населения и развития, успешно реализуя совместные проекты и программы, и выдвигает важные инициативы.

В результате взаимовыгодного обмена опытом с развитыми государствами мира в систему здравоохранения эффективно внедряются совершенные методы профилактики, диагностики и лечения болезней, что позволяет коренным образом повысить качество медицинских услуг.

Наряду с организациями и предприятиями отечественной системы здравоохранения и медицинской промышленности, свою продукцию продемонстрировали двести десять компаний, большей частью из стран Европы, а также Америки и Азии. Это производители техники и изделий медицинского назначения, фармацевтических средств и расходных материалов, разработчики новых технологий диагностики и лечения заболеваний. Помимо традиционных партнёров Туркменистана, впервые свои товары на выставке представила 21 компания. Для многих зарубежных производителей и представителей научно-исследовательских центров выставка является хорошей возможностью заявить о своих возможностях и намерениях, внедриться на перспективный туркменский рынок.

Смотр достижений медицинской науки и практики стал значимой составляющей в процессе развития отечественной системы здравоохранения Туркменистана. Данная выставка предоставляет специалистам возможность знакомства с новинками индустрии здоровья, передовыми методами и услугами в этой сфере. Обширная экспозиция включает такие направления, как лабораторное и диагностическое оборудование, мединструменты и материалы, оптика и офтальмология, реанимация, интенсивная терапия и анестезия, здравоохранение матери и ребенка, стоматология и т.д.

Здесь также были организованы специализированные стенды по таким темам, как «Детское питание», «Здоровое питание», «Верблюжий чал и агаран», «Косметология», «Сурдология», «Симуляция», «Новые технологии медицины и спортивная медицина», «Семейная медицина и общественное здоровье», «Неинфекционные заболевания», «Достижения лечебных учреждений». В числе таких достижений – искоренение ряда инфекционных заболеваний, в том числе дракункулёза, полиомиелита, малярии, кори и краснухи, что признано на международном уровне. На выставочной площадке работали консультационные пункты, где можно было получить рекомендации специалистов по профилактике тех или иных заболеваний.

Кроме медицинских организаций в работе площадки участвовали Министерство образования и Министерства спорта и молодежной политики Туркменистана, а также ведущие клиники партнеров – Республики Корея и Республики Татарстан Российской Федерации.

Являясь своеобразным наглядным отчетом о ходе реализации государственной политики в области здравоохранения, выставка призвана также стать очередным шагом в развитии широкого международного партнерства с ведущими зарубежными компаниями

и научными центрами, которые могут предложить свой опыт, современные инновационные технологии и высококлассное оборудование.

Правительство Туркменистана ориентирует развитие здравоохранения на самые современные стандарты медицинской помощи, слияние отечественных традиций и достижений с современным мировым опытом, комплексный подход к охране здоровья населения. Все эти вопросы были вынесены на обсуждение делегатов международной научной конференции «Здоровье-2019». Выступления участников предварила торжественная церемония – вручение Сертификата ЮНИСЕФ Правительству Туркменистана в лице Министерства здравоохранения и медицинской промышленности за поддержание высоких показателей иммунизации детей в стране через финансируемую правительством Национальную программу иммунизации.

Программа международной научной конференции «Здоровье-2019» включала в себя секционные заседания по следующим темам: внутренние болезни, хирургия, косметология, кардиология и кардиохирургия, травматология и ортопедия, охрана здоровья матери и ребенка, онкология, офтальмология, стоматология, природные средства как источник здоровья, новые технологии медицины и спортивная медицина, семейная медицина и общественное здоровье, гигиена и эпидемиология.

Кроме того, в ходе работы выставки проходили брифинги и презентации передовых разработок иностранных компаний в различных направлениях медицины, новейших методик диагностики и лечения заболеваний.

В мероприятиях форума «Здоровье-2019» приняли участие и делегаты состоявшегося накануне XXIX заседания Совета по сотрудничеству в области здравоохранения Содружества Независимых Государств, в том числе представители Международного общества Красного креста и Красного полумесяца, Управления ООН по наркотикам и преступности (UNODC), Союза врачей-онкологов стран СНГ и Евразии. В числе гостей, приглашённых на выставку и конференцию по вопросам современной медицины, также были опытные специалисты из Германии, с которой у Туркменистана налажено тесное сотрудничество в области здравоохранения. Сегодня оно даёт весомые плоды: в результате двустороннего обмена опытом в практику были внедрены новые методы диагностики, лечения и эндоскопической малоинвазивной хирургии. Регулярно проводятся научно-практические конференции и семинары при участии туркменских врачей и их немецких коллег из ведущих клиник и Службы старших экспертов ФРГ. Университет Людвига Максимилиана в Мюнхене уже несколько лет сотрудничает с Министерством здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана, что создаёт широкую возможность для молодых туркменских врачей повысить квалификацию и получить новый опыт в клиниках Германии. Выставка и конференция «Здоровье-2019» длится несколько недель, поэтому у зарубежных участников есть возможность посетить медицинские учреждения и ознакомятся с направлениями их деятельности, тематикой научно-исследовательских работ, обменяться мнениями по профессиональной тематике.

Таким образом, мероприятия форума «Здоровье-2019» являются не только площадкой для обмена опытом и достижениями медицины, но и удачная возможность приобрести связи, наладить путь обмена специалистами в рамках улучшения оказания медицинской помощи населению. Также, это прекрасная возможность расширить уже

имеющееся сотрудничество не только с ближними, но и дальними зарубежными партнерами.

Список литературы:

1. https://polpred.com/news/?cnt=160&sector=26&page=2 (дата обращения 17.05.2020)
2. Инновационные образовательные технологии в непрерывном образовательном процессе / Крючкова А.В., Князева А.М., Кондусова Ю.В., Семынина Н.М., Полетаева И.А., Князев А.В., Булат М.В. // Уральский научный вестник. 2018. Т. 7. № 1. С. 079-081.

ОСОБЕННОСТИ НАЦИОНАЛЬНОГО КАЛЕНДАРЯ ПРИВИВОК В ТУРКМЕНИСТАНЕ

Кондусова Юлия Викторовна
кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Крючкова Анна Васильевна
кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Полетаева Ирина Алексеевна
кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Тилляева Сельби Бахтияровна
Студентка 2 курса МИМОС, группа Ли 204
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Тилляева Мая Кулларовна
Сотрудник ООН на территории Туркменистана, Ашхабад, Туркменистан

Аннотация: в статье приведены данные о новшествах в национальном календаре прививок в Туркменистане.

Ключевые слова: медицина, вакцинация, инфекция.

Ни для кого не секрет, что вакцинация предотвращает развитие опасных заболеваний, а иногда и спасает жизнь всему человечеству. Благодаря вакцинации человечество победило натуральную оспу, снизило распространение таких опасных инфекций как полиомиелит, корь, гепатит В и т.д. Во многих странах именно иммунизация является ключевым механизмом в борьбе с младенческой смертностью и заболеваемостью, поэтому национальные календари прививок разрабатываются с особой тщательностью, с учетом мирового опыта и тенденций. Так высокие показатели иммунизации детей в Туркменистане отмечены Сертификатом ЮНИСЕФ. Торжественная церемония – вручение Сертификата ЮНИСЕФ Правительству Туркменистана в лице Министерства здравоохранения и медицинской промышленности за поддержание высоких показателей иммунизации детей в стране через финансируемую правительством Национальную программу иммунизации прошла в рамках международной научной конференции «Здоровье-2019». «Мы восхищаемся неустанными усилиями специалистов здравоохранения, которые служат нуждам населения, особенно детям и женщинам», - сказала на церемонии Кристин Вайганд, Постоянный представитель ЮНИСЕФ в Туркменистане, поздравив всех медицинских работников страны с профессиональным

праздником. ЮНИСЕФ является партнёром Туркменистана уже 25 лет. Благодаря такому сотрудничеству в отрасли здравоохранения достигнут целый ряд ощутимых результатов.

Выражая от имени ЮНИСЕФ поддержку Правительству страны в реализации социально ориентированной политики, что четко отражено в Государственной программе «Здоровье» и Национальной программе социально-экономического развития, г-жа Вайганд сказала, что Туркменистан, будучи одной из первых стран в мире, принявших и адаптировавших Цели устойчивого развития, может достигнуть их до 2030 года. Она также упомянула, что буквально накануне официальная делегация Туркменистана представила Добровольный национальный доклад о реализации ЦУР на Политическом форуме высокого уровня в Нью-Йорке.

Здоровье и благополучие детей, подростков и женщин является важнейшим фактором достижения ЦУР, подчеркнула далее Постоянный представитель ЮНИСЕФ в Туркменистане. Она назвала ряд задач, которые по оценке экспертов, в том числе Нобелевских лауреатов, принесут самую большую «окупаемость вложенных средств». И одна из них – это повышение иммунизации детей.

Приверженность Туркменистана делу иммунизации заслуживает особого признания, т.к. правительство страны полностью финансирует закупку вакцин через ЮНИСЕФ с 2001 года и обеспечивает все необходимое для сохранения высокого уровня вакцинации. В последнее время государство выделило дополнительно 17 миллионов долларов США на приобретение новых трёх вакцин против ротавирусных и пневмококковых инфекций и гепатита А.

Устойчивые и растущие инвестиции Туркменистана в иммунизацию – это практические шаги для укрепления здоровья матери и ребенка. Одним из самых впечатляющих достижений является ликвидация полиомиелита в стране. Ежегодно почти 110 000 малышей в возрасте до 1 года регулярно прививаются для защиты от инфекционных заболеваний. Недавние результаты независимого обследования, проведенные международными экспертами, свидетельствуют о более чем 95-процентном охвате иммунизацией детей. В 2015 г. правительство Туркменистана и Детский фонд ООН подписали пятилетний Меморандум о взаимопонимании о закупке жизненно важных вакцин.

Согласно рекомендациям и методической помощи Всемирной организации здравоохранения и Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Национальный календарь прививок год за годом вносятся новые виды вакцин. Так, в 2002 году введена прививка против вирусного гепатита В, в 2007 году введена комбинированная вакцина против кори, краснухи и паротита, в 2010 году введена комбинированная вакцина против дифтерии, столбняка, коклюша и вирусного гепатита В, против HIB инфекции, в 2016 году введены вакцина против новообразования, вызываемого папиллома вирусом человека и инактивированная полиомиелитная вакцина. Важно отметить, что профилактические прививки проводятся бесплатно, за счёт государства.

С 2019 года в календарь прививок добавлены ещё 3 вакцины: от пневмококка, ротавирусной инфекции, вирусного гепатита А. Таким образом, в настоящее время календарь включает вакцинацию от 14 инфекций, в том числе прививки от дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, кори, краснухи, эпидемического паротита, вирусного

гепатита В, туберкулеза, Hib-инфекции и онкологических заболеваний, вызываемых вирусом папилломы человека.

При этом предпочтение отдаётся современным комбинированным препаратам, которые обеспечивают выработку иммунитета одновременно к нескольким инфекциям. Такая вакцинация позволяет максимально защитить человека от тяжёлых и опасных болезней. Иммунопрофилактика стала надёжным средством поддержания эпидемиологического благополучия в стране. На протяжении многих лет в Туркменистане обеспечен высокий уровень охвата прививками. В результате организованного проведения иммунопрофилактических работ и активного участия в них населения достигнуто значительное снижение заболеваемости.

Президент Туркменистана отводит важную роль вопросам иммунопрофилактики в охране здоровья населения страны. Построен и успешно функционирует Центр общественного здоровья и питания Государственной санитарно-эпидемиологической службы. Это современное, оснащённое по последнему слову медицинской техники учреждение включает отдел эпидемиологии и иммунологии с Центральным складом, оборудование которого – холодильные и морозильные устройства отвечают стандартам ВОЗ. Так, круглосуточное слежение за температурным режимом обеспечивает компьютерная программа, что позволяет соблюдать требование Всемирной организации здравоохранения по соблюдению критериев «холодовой цепи». На складе действует кабинет по контролю за управлением условиями хранения вакцин и других иммунобиологических средств, шприцов, игл, коробок безопасности, термоконтейнеров. В отдел эпидемиологии и иммунологии в электронном формате поступают и здесь же анализируются отчёты о выполнении проведённых на местах иммунологических работ по городу Ашхабаду и в велаятах.

На базе Центра общественного здоровья и питания Госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана организован учебный центр, в котором проходят подготовку специалисты, ответственные за хранение вакцин и непосредственно связанные с проведением иммунизации. Учебные материалы семинаров регулярно обновляются с учётом появления новой профессиональной и научной информации.

На сегодняшний день во всех Домах здоровья страны среди лиц определённых групп риска проводится активная вакцинация против гриппа. На базе Центра общественного здоровья и питания всем желающим проводятся прививки против сезонного гриппа высококачественной вакциной от европейских производителей.

Таким образом, национальный календарь прививок Туркменистана регулярно обновляется, при этом большое внимание уделяется качеству вакцин. Благодаря своевременной вакцинации и широкому охвату всех групп населения, удается взять под контроль распространенность некоторых опасны инфекций и значительно снизить число неблагоприятных исходов

Список литературы:

1. https://polpred.com/news/?cnt=160&sector=26&page=2 (дата обращения 17.05.2020)
2. Профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике неинфекционных заболеваний / Кондусова Ю.В., Полетаева И.А., Анучина Н.Н., Карпухин Г.Н., Пятницина

С.И., Гриднева Л.Г. // В сборнике: Бъдещите изследвания Материали за 12-а международна научна практична конференция. 2016. С. 66-69.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ ВЫСШЕГО СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ

Кондусова Юлия Викторовна
кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Крючкова Анна Васильевна
кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Веневцева Наталия Викторовна
преподаватель кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Хамрокулова Интизор Хазратовна
Медицинская сестра, Городская детская больница, Узбекистан, г. Самарканд
Базарова Шахризода Бахтиёровна
Студентка 2 курса МИМОС, группа Ли 204
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

Аннотация: в статье приведены данные об основных направлениях высшего сестринского образования в Узбекистане

Ключевые слова: медицинская сестра, образование, медицинский колледж, бакалавр, магистр

Специалисты сестринского дела составляют одну из самых многочисленных групп медицинских работников, у которых в настоящее время значительно расширяется круг обязанностей при проведении как профилактических, диагностических, так и лечебных процедур. Во многих развитых странах мира (США, Великобритания, Канада, Швеция, Финляндия и др.) функционирует многоуровневая система подготовки и обучения медицинских сестер.

В г. Ташкенте в 1995 году с участием представителей ВОЗ состоялось первое совещание главных медицинских сестёр, на котором были рассмотрены приоритетные вопросы по разработке нормативно-законодательной базы сестринского дела, пересмотрены профессиональные структуры персонала среднего звена, уточнены роль и функции на каждом уровне, определена необходимость реформирования образования, создания стандарта сестринских услуг. Для выполнения поставленных задач по подготовке среднего медицинского звена в республике предусмотрен поэтапный перевод существующих медицинских училищ в медицинские колледжи - учебные заведения нового типа и академические лицеи, в медицинских ВУЗах открыты специальные факультеты.

Государственная программа реформирования в системе образования и здравоохранения Республики Узбекистан создала возможность проведения реформы сестринского дела. Одним из нормативных документов реформирования здравоохранения

является Указ Президента «О реформировании системы здравоохранения» № 2107 от 10 ноября 1998 года.

Структура непрерывного сестринского образования в Узбекистане представлена следующими ступенями:

1. Базовое сестринское образование (образовательное учреждение - медицинский колледж) - 3 года обучения.
2. Высшее сестринское дело (уровень - бакалавр) (образовательное учреждение - ВУЗ) - 3 года обучения.
3. Магистратура по специальности организация и управление в сестринском деле (уровень - магистр) (образовательное учреждение - ВУЗ) - 2 года обучения.
4. Докторантура (стажёр-исследователь) по общественному здоровью и управлению здравоохранением (образовательное учреждение - ВУЗ) - 3 года обучения.
5. Повышение квалификации (образовательное учреждение - Республиканский центр повышения квалификации и специализации средних медицинских и фармацевтических работников) - 1 месяц обучения.

По сути, здесь представлены три уровня образования :

- ✓ первый уровень - колледж - медицинская сестра,
- ✓ второй уровень - ВУЗ - специализированная медицинская сестра (бакалавр) - для работы в неотложной экстренной медицине, акушерстве, хирургии; операционная сестра, менеджер сестринского дела,
- ✓ третий уровень - магистр по организации и управлению в сестринском деле.

Таким образом, в Узбекистане создана и успешно функционирует многоуровневая система подготовки сестринского персонала, которая осуществляются в 73 медицинских колледжах, 5 высших учебных медицинских заведениях и 3-х их филиалах. Если проследить динамику приёма и выпуска медицинских сестёр с высшим сестринским образованием, то можно увидеть рост приёма и выпуска на факультетах высшего сестринского образования за последние годы.

Основная цель подготовки медицинских сестёр - обеспечение отрасли специалистами, способными реформировать сестринское дело на основе внедрения современных сестринских технологий, обеспечение подготовки, обучения сестринского персонала и управления им. Потребность в качественно новом уровне сестринских услуг неразрывно связана с изменениями в сестринском образовании, системе управления сестринской деятельностью, научными сестринскими исследованиями.

В настоящее время в Республике Узбекистан созданы и успешно функционируют образовательные учреждения и образовательный процесс, обеспечивающий непрерывное сестринское образование от базового сестринского образования до степени магистра с последующим повышением квалификации. Главной целью реформы сестринского дела в Узбекистане является приведение уровня подготовки медицинских сестёр в соответствии с требованиями здравоохранения.

Подводя итог, можно сказать, что в Узбекистане, как и в большинстве стран, успешно реализуется многоуровневая система образования медицинских сестер. Это благотворно влияет на уровень подготовки специалистов среднего звена, стимулирует саморазвитие и самообразование, служит благоприятной почвой для улучшения качества

оказания медицинских услуг. Кроме того, высшее сестринское образование открывает для специалистов новые горизонты и сферы деятельности.

Список литературы:

1. Инновационные образовательные технологии в непрерывном образовательном процессе / Крючкова А.В., Князева А.М., Кондусова Ю.В., Семынина Н.М., Полетаева И.А., Князев А.В., Булат М.В. // Уральский научный вестник. 2018. Т. 7. № 1. С. 079-081.
2. Профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике неинфекционных заболеваний / Кондусова Ю.В., Полетаева И.А., Анучина Н.Н., Карпухин Г.Н., Пятницина С.И., Гриднева Л.Г. // В сборнике: Бъдещите изследвания Материали за 12-а международна научна практична конференция. 2016. С. 66-69.

ПРОБЛЕМЫ КАДРОВОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ СРЕДНЕГО ЗВЕНА В МИРЕ

Кондусова Юлия Викторовна
кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Крючкова Анна Васильевна
кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Карпухин Геннадий Николаевич
кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Крапивина Алиса Сергеевна
Студентка 3 курса Института сестринского образования, отделения СМ и ФО
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Пинтяк Ольга Фёдоровна
главная сестра
Больница скорой медицинской помощи (Institute of Emergency Medicine),
Кишинёв, Молдова

Аннотация: в статье приведены данные проблемах в кадровом обеспечении медицинскими специалистами среднего звена в современных экономических условиях в Молдове.

Ключевые слова: сестринское дело, Молдова, проблемы кадрового обеспечения.

Во всем мире в связи с пандемией Covid-2019 обнажились проблемы кадрового обеспечения в медицине. Причем это выражается не только в нехватке врачей, но и специалистов среднего звена, которые в большей мере осуществляют уход за тяжелыми пациентами. Зачастую, пациенты, находящиеся в тяжелом состоянии, попадают в зависимость от персонала, они оказываются абсолютно беспомощными и не могут себя обслуживать. В такой ситуации качество оказания медицинской помощи напрямую зависит от численности медицинского персонала, а не только от уровня их квалификации и материальной обеспеченности медицинской организации.

В мире, согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в связи с пандемией коронавируса не хватает 5,9 миллионов медсестер. Причем наиболее остро нехватка медсестер чувствуется в Африке, Юго-Восточной Азии, стран Восточного Средиземноморья и в некоторых странах Латинской Америки.

Согласно новому докладу, подготовленному Всемирной организацией здравоохранения в партнерстве с Международным советом медицинских сестер и глобальной кампанией «Сестринское дело сегодня», в мире насчитывается немногим менее 28 миллионов работников сестринских служб. С 2013 по 2018 г. их численность выросла на 4,7 миллиона. Однако дефицит сестринского персонала во всем мире сохраняется и составляет 5,9 млн. Показательно, что более 80 % всего сестринского персонала мира работает в странах, на долю которых приходится половина населения планеты. И каждый восьмой работник сестринских служб работает не в стране происхождения или обучения.

По оценкам экспертов, чтобы компенсировать острую нехватку этих сотрудников сферы здравоохранения необходимо увеличить количество медицинских сестер в специализированных учреждениях в среднем на 8% в год. При этом затраты на это составят примерно 10 долларов на душу мирового населения в год.

По данным ВОЗ, численности сестринского персонала угрожает и старение: каждая шестая медсестра выйдет на пенсию в ближайшие 10 лет. По приведенным в докладе оценкам, для предотвращения глобального дефицита сестринских кадров странам, сталкивающимся с этой проблемой, необходимо обеспечить повышение числа выпускников по специальности «сестринское дело».

По исследованиям ВОЗ, около 90% сестринского персонала-женщины, но они занимают только 25% руководящих должностей. Это подчеркивает необходимость проведения политики, направленной на расширение и укрепление руководящей роли сестринского персонала и поощрение участия женщин на руководящих уровнях. «Медсестры - это ключ к решению многих наших проблем со здоровьем. Если мы хотим иметь сильные медицинские службы, мы должны инвестировать в медсестер, обучать и обучать их в соответствии с международными стандартами и уровнем образования, а также предоставлять им соответствующее оборудование и ресурсы. Медсестры должны получать справедливую оплату за свою работу и иметь возможность продолжать свое профессиональное развитие. Это будет способствовать улучшению результатов в области здравоохранения, повышению качества медицинской помощи и продвижению всеобщего охвата услугами здравоохранения», - отметила представитель ВОЗ Кэролайн Кларинвал.

Чтобы улучшить ситуацию и поднять статус сестринского дела, в ВОЗ озвучили ряд рекомендаций для всех стран. В частности, в ВОЗ предлагают обеспечить повышение финансирования подготовки и трудоустройства сестринского персонала; укрепить потенциал в области сбора, анализа и использования данных об этой категории трудовых ресурсов здравоохранения; обеспечить мониторинг трудовой мобильности и миграции сестринского персонала и принимать соответствующие меры в ответственном и этическом ключе; обеспечить наделение сестринского персонала научно-техническими и социологическими знаниями, необходимыми им для того, чтобы стать движущей силой прогресса в сфере первичной медико-санитарной помощи; учредить руководящие должности в области сестринского дела, включая должность главного специалиста в

области сестринского дела на уровне правительства страны, и реализовывать программы воспитания молодых лидеров среди сестринского персонала.

Кроме того, эксперты ВОЗ рекомендуют обеспечить сестринскому персоналу первичного звена возможность в полной мере реализовывать свой потенциал, например в области профилактики и лечения неинфекционных заболеваний; улучшить условия труда, в том числе посредством повышения кадрового обеспечения, обеспечения справедливой оплаты труда и соблюдения прав медицинских работников, связанных с охраной и гигиеной труда; обеспечить учет гендерных аспектов при разработке и осуществлении мер политики по развитию сестринских кадров; модернизировать профессиональные стандарты и нормативные положения, регламентирующие сестринское дело, посредством гармонизации стандартов в области обучения и практической деятельности и использования систем взаимного признания странами образования и квалификации сестринского персонала, и укрепить роль сестринского персонала в трудовых коллективах за счет привлечения представителей медсестер к обсуждению мер политики и кадровому планированию с представителями различных секторов государственной политики (здравоохранения, образования, иммиграции, финансов и занятости).

В Молдове также наблюдается кадровый дефицит медицинских сестер. Из-за оттока населения за границу не хватает более 5 тыс. специалистов. Кроме того, около 17% медсестер и акушерок продолжают работать после выхода на пенсию, поскольку больницы нуждаются в их помощи, что также свидетельствует о кадровом старении. Нехватка медсестер и старение медперсонала являются важными проблемами здравоохранения Молдовы.

В настоящее время в Молдове работает более 23 тыс. медсестер — почти две трети всех медицинских работников страны. Учитывая то, что медсестры и другие работники здравоохранения находятся на «передовой» в борьбе с опасным коронавирусом COVID-19, необходимо повысить социальный статус данной профессии и сделать оплату труда достойной. Повысив материальную и социальную привлекательность медицинских профессий можно рассчитывать на снижение кадрового дефицита в будущем.

Список литературы:

1. https://www.inform.kz/ru/global-naya-nehvatka-medsester-v-mire-voz-b-et-trevogu_a3634955 (дата обращения 18.05.2020)
2. Т.А. Загривная Особенности развития просветительства в Молдове: историко-культурный экскурс // Человек и образование. - №4 (53). – 2017. – С. 170 - 173
3. Национальная стратегия развития Молдовы. НСР «МОЛДОВА 2020». 2017 г. http://www. moldovenii.md/ru/section/606 (8.04.19)

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОБ ОСНОВНЫХ СИМПТОМАХ ИНСУЛЬТА И ПРИНЦИПАХ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ

Крючкова Анна Васильевна

кандидат медицинских наук, доцент,

заведующая кафедрой организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

Кондусова Юлия Викторовна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Анучина Наталья Николаевна
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Агаркова Наталия Александровна
студентка Института сестринского образования по специальности «Сестринское дело»
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

Аннотация: Информированность о симптоматике инсульта увеличивает шансы на своевременное реагирование. Проведенное исследование показывает необходимость проведения комплекса мероприятий по первичной профилактике ОНМК, включающее в себя просветительскую работу с молодым населением.

Ключевые слова: здоровье, профилактика, инсульт, функциональные нарушения

Инсульт является одной из основных причин инвалидизации взрослого населения, поскольку даже в случае своевременного оказания квалифицированной медицинской помощи у перенесшего инсульт пациента наблюдается неполное восстановление утраченных в острый период болезни функций. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), инсульт занимает третье место, после болезней сердца и онкологических заболеваний, среди причин смерти взрослого населения планеты.

Целью данной работы явилось определение роли медицинской сестры в профилактике инсульта. В соответствии с указанной целью были поставлены следующие задачи:

1. Изучить инсульт как наиболее частую причину инвалидности и смертности населения.
2. Определить роль медицинской сестры в профилактике инсульта.
3. Проанализировать основные мероприятия, направленные на профилактику инсульта.
4. Определить уровень информированности пациентов о симптомах инсульта.

Для оценки осведомлённости пациентов, проживающих в городе Воронеж в отношении первичной профилактики возникновения инсульта, его начальных проявлениях и оказания неотложной помощи были проведены опрос и анкетирование населения в возрасте от 18 - 35 лет по специально составленному опроснику 358 жителей города Воронеж.

Мы решили начать с выявления доли пациентов, знающих определение инсульта. Большинство респондентов (84%) верно дали определение инсульта. К сожалению, 11% опрошенных назвали инсульт ишемической болезнью сердца, 5% — непрекращающейся головной болью.

Спорные данные получены в ответах на вопрос о неотложной помощи при инсульте. 69% опрошенных выбрали пункт «вызвать бригаду СМП», но 20% респондентов отметили действия, не имеющих терапевтического эффекта при инсультах. Особенно плачевна ситуация с нитроглицерином, противопоказанном при ОНМК: 11% опрошенных сочли его применение необходимым на догоспитальном этапе.

Для определения знаний населения о терапевтическом окне при организации помощи при инсульте были предложены несколько временных промежутков. Правильный промежуток временного окна определили 27% респондентов (36% — 24 часа, 27% — 1 час, 10% — 20 минут).

Данные по этому вопросу говорят о том, что информация о необходимом периоде своевременной медицинской помощи абсолютно недоступна населению.

Изучая осведомлённость населения о ФР инсульта было выявлено, что большинство опрошенных (91%) верно отметили только один правильный фактор риска. В основном респонденты давали не более 2 правильных ответов из предложенного списка ФР, при этом из представленного списка в 8 вариантов все, кроме ответа «ни один из представленных», являлись верными. Среди представленных вариантов чаще всего выбирали стресс (27% от общего количества ответов), курение (18%) и заболевания ССС (17%). Наименее популярные варианты – малоподвижный образ жизни и сахарный диабет.

Для изучения осведомлённости молодого населения о симптомах инсульта в анкете были представлены 10 возможных вариантов: 4 симптома из акронима FAST, являющиеся правильными ответами, вариант «ни один из вышеперечисленных» и 5 прочих симптомов, не являющихся симптомами ОНМК. В результате исследования было выявлено, что 72% респондентов смогли определить один верный симптом, 18% - несколько верных вариантов и только 9% отметили 4 правильных симптома.

Мнемонические правила для распознавания инсульта тоже не пользуются популярностью у пациентов. С акронимами FAST и УДАР знакома лишь небольшая часть респондентов, несмотря на то, что это всё ещё самый популярный вариант ответа — 36% (R.U.N. и П.И.Н.О.К. — 27%, Е.А.Т. и Е.Д.А. — 12%, SHE-EP и О-ВЦА — 25%).

Таким образом, результаты проведенного исследования говорят о недостаточной осведомленности населения о ФР, неотложной помощи и своевременной профилактики инсульта. Информированность о симптоматике инсульта увеличивает шансы на своевременное реагирование. Проведенное исследование показывает необходимость проведения сестринской службой комплекса мероприятий по первичной профилактике ОНМК, включающее в себя просветительскую работу с молодым населением.

Список литературы:

1. Профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике неинфекционных заболеваний / Кондусова Ю.В., Полетаева И.А., Анучина Н.Н., Карпухин Г.Н., Пятницина С.И., Гриднева Л.Г. // В сборнике: Бъдещите изследвания Материали за 12-а международна научна практична конференция. 2016. С. 66-69.
2. Современные аспекты оптимизации работы школы здоровья для больных бронхиальной астмой / Кондусова Ю.В., Крючкова А.В., Дрошнева Ю.В., Карпухин Г.Н., Анучина Н.Н. // Уральский научный вестник. 2017. Т. 3. № 9. С. 009-011.
3. Участие медсестер-бакалавров в работе школ здоровья / Кондусова Ю.В., Крючкова А.В., Семынина Н.М. // Медицинская сестра. 2018. № 7. С. 49-50.

ИЗУЧЕНИЕ ОСВЕДОМЛЁННОСТИ И ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ К ВЕДЕНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Крючкова Анна Васильевна
кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Кондусова Юлия Викторовна
кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Карпухин Геннадий Николаевич
кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Анучина Наталья Николаевна
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж
Кузнецова Софья Александровна
студентка Института сестринского образования по специальности «Сестринское дело» ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

Аннотация: Здоровье – это достояние не только человека, но и всего общества, также оно является основным условием счастливой, полноценной и обеспеченной жизни. Наблюдения позволяют определить факторы, влияющие на здоровье человека, на подход личности к соблюдению правил ЗОЖ.

Ключевые слова: здоровье, здоровый образ жизни, молодежь, мотивация.

В настоящее время изменения и трансформации, происходящие в современном обществе, порождают проблемы, связанные с созданием здоровья, его сохранением, так как это необходимо при изучении методов сохранения здоровья населения.

Эта потребность особенно актуальна среди молодежи, ведь именно она является наиболее активной частью общества, основным источником трудовых ресурсов. Кроме того, ведение нездорового образа жизни в молодом возрасте не может не проявиться в более зрелом, пожилом периоде жизни. Также подтверждено множеством научных исследований то, что здоровье человека более чем на 50% зависит от воспитания сознательного и личного поведения в отношении своего здоровья и здоровья близких, то есть от здорового образа жизни. Поэтому целью исследования было изучение методов повышения осведомлённости и заинтересованности населения к ведению здорового образа жизни

Для достижения цели нами были поставлены задачи:

- определить понятие «здоровый образ жизни» среди молодежи;

- выявить отношение населения к здоровому образу жизни;

- установить причины, препятствующие формированию и ведению здорового образа жизни;

- узнать об основных факторах, используемых для укрепления здоровья и мотивации вести здоровый образ жизни;

- выделить основные способы информирования и мотивации населения к здоровому образу жизни.

В проведенном нами социологическом исследовании, которое состояло из опроса и анкетирования, приняло участие 56 человек в возрасте от 18 до 40 лет примерно в равных долях распределившиеся по полу (49% женского и 51% мужского).

Опрашивая респондентов, мы выявили, что большинство (42%) под здоровым образом жизни понимают отказ от вредных привычек, таких как курение, алкоголь, наркомания. Значительная часть опрошенных высказалась о здоровом образе жизни, как о регулярных занятиях физической культурой, спортом (30%), о соблюдении правил питания, личной гигиены (17%); о положительном психоэмоциональном настроении и социальном благополучии (9%), о режиме дня, труда, отдыха закаливании (2%); и другое.

Изучая отношение к здоровому образу жизни, мы выявили, что большинство респондентов считают свой образ жизни не совсем здоровым (40% лиц) и нездоровым (60% лиц). Только 30% опрошенных отметили, что их образ жизни положительно влияет на здоровье. При этом 36% респондентов отнесли себя к курильщикам и 42% - к лицам, употребляющим алкоголь с различной частотой.

Значительная часть опрошенных (89%) считает, что здоровый образ жизни невозможен без материального благополучия, что не позволяет им регулярно заниматься спортом, правильно питаться, соблюдать режим труда и отдыха. Анализируя ответы, мы выявили, что лишь 25% респондентов осведомлены о вреде курения и алкоголя, их влиянии на организм, 17% опрошенных знают о способах передачи гепатитов и только 15% владеют знаниями о профилактике гемоконтактных инфекций. Обращает внимание то, что 47% обследуемых отметили, что имеют знания о принципах профилактики гриппа, при этом лишь 22% делают ежегодно прививку и в случае заболевания самолечением занимаются 58% респондентов. Изучение информации относительно занятий спортом выявило, что спортом занимаются 66% обследованных, при этом ежедневно лишь 2% респондентов, 1-2 раза в неделю 70%, 2-3 раза в неделю 21% опрошенных, а 5-6 раз – 7% молодых людей.

Основным мотивом соблюдения здорового образа жизни явилось неудовлетворительное состояние здоровья, это отметили 63% обследованных, улучшение здоровья и внешней привлекательности (26%), 11% респондентов соблюдают здоровый образ жизни всей семьей или вместе с близкими.

В результате анкетирования выявлено, что большинство (57%) считает свои знания относительно здорового образа жизни достаточными, однако при этом 35% обследованных отметили необходимость в дополнительных знаниях, 8% респондентов нуждаются в получении современной информации и практических навыков.

Знания о здоровом образе жизни участники анкетирования получают из средств массовой информации, таких как интернет, телевизионные передачи. Многие хотели бы

изменить ситуацию и знакомиться с необходимой информацией непосредственно от специалистов (80% респондентов): медицинских работников, профессиональных диетологов, валеологов, психологов и педагогов, спортивных инструкторов и других специалистов.

Учитывая полученную от респондентов информацию, кафедра организации сестринского дела Воронежского государственного медицинского университета имени Н.Н. Бурденко ежегодно организует ряд мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни среди детей и молодежи в тесном сотрудничестве с детскими садами, школами и Вузами, медицинскими организациями, торгово-развлекательными центрами, средствами массовой информации и другими.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать выводы, что в сознании общества молодёжи в возрасте от 18 до 40 лет, как мужчин, так и женщин не сформировано отношение к здоровому образу жизни. Основным мотивом поддержания здоровья являются плохое самочувствие и стремление быть красивыми внешне. В важной степени это определяется недостаточностью информации о сохранении здоровья и здоровом образе жизни, что подтверждается нашим исследованием, в результате которого молодые люди доказывают необходимость в знаниях именно от специалистов медицинских и спортивных организаций, психологов, диетологов и т.п., считая свой образ жизни не совсем здоровым и нездоровым.

Список литературы:

1. Профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике неинфекционных заболеваний / Кондусова Ю.В., Полетаева И.А., Анучина Н.Н., Карпухин Г.Н., Пятницина С.И., Гриднева Л.Г. // В сборнике: Бъдещите изследвания Материали за 12-а международна научна практична конференция. 2016. С. 66-69.
2. Современные аспекты оптимизации работы школы здоровья для больных бронхиальной астмой / Кондусова Ю.В., Крючкова А.В., Дрошнева Ю.В., Карпухин Г.Н., Анучина Н.Н. // Уральский научный вестник. 2017. Т. 3. № 9. С. 009-011.

МЕДИКО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Крючкова Анна Васильевна

кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

Полетаева Ирина Алексеевна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

Карпухин Геннадий Николаевич

кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

Анучина Наталья Николаевна

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

Космодемьянская Кристина Александровна

студентка Института сестринского образования по специальности «Сестринское дело» ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет», Воронеж

Аннотация: Самая высокая ценность человека – это здоровье, и при этом оно является личным богатством, то есть собственностью, о которой каждый самостоятельно должен заботиться и оберегать в течение всей жизни, учитывая свои индивидуальные медико-социальные особенности (профессия, занятость, жилищно-бытовые условия и др), поэтому следует внедрять в образовательный процесс знания, направленные на формирование здорового образа жизни, начиная с самого раннего возраста и заниматься самовоспитанием личности.

Ключевые слова: здоровье, профилактика, здоровый образ жизни.

Здоровье - это бесценное достояние не только каждого человека, но и всего общества, это самая высокая ценность человека, и при этом оно является личным богатством, то есть собственностью, о которой каждый самостоятельно должен заботиться и оберегать в течение всей жизни, учитывая свои индивидуальные медико-социальные особенности (профессия, занятость, жилищно-бытовые условия и др).

В связи с этим, необходимо побуждать население к сохранению и укреплению здоровья, пропагандировать и поддерживать культуру здорового образа жизни. Следует внедрять в образовательный процесс знания, направленные на формирование здорового образа жизни, начиная с самого раннего возраста и заниматься самовоспитанием личности.

Особенно эта необходимость актуальна среди молодежи, потому что она является самой активной частью общества, основным источником трудовых ресурсов. К тому же ведение нездорового образа жизни в молодом возрасте не может не проявиться в более зрелом, пожилом периоде жизни.

Проведенное нами исследование с целью изучения информирования и мотивирования молодого населения к ведению здорового образа жизни выявило, что в сознании общества молодых людей в возрасте от 18 до 35 лет, не сформировано отношение к здоровому образу жизни, потому что значительное количество респондентов считают свой образ жизни не совсем здоровым (38% лиц) и нездоровым (3% лиц).

При этом треть обследованных отнесли себя к курильщикам и две трети - к лицам, употребляющим алкоголь с различной частотой.

Значительная часть опрошенных (69%) считает, что здоровый образ жизни невозможен без материального благополучия, что не позволяет им регулярно заниматься спортом, правильно питаться, соблюдать режим труда и отдыха. Также среди причин, мешающих соблюдать здоровый образ жизни – отсутствие времени и нежелание что-либо соблюдать.

Изучение также показало, что большинство респондентов (46%) считает свои знания относительно здорового образа жизни достаточными, при этом не пользуется ими или не знает, как можно правильно применить эти знания практически и с учетом своих медико-социальных характеристик.

Среди основных мотивов ведения здорового образа жизни выявлено плохое самочувствие и стремление быть красивыми внешне.

При этом молодые люди выражают необходимость в информированности и получении знаний о здоровом образе жизни именно от специалистов медицинских и спортивных организаций, психологов, диетологов и т.п., т.е. от конкретных специалистов, а не телепередач, интернета и других средств массовой информации.

Опираясь результаты проведенного нами исследования становится очевидно, что ориентации на здоровье и здоровый образ жизни не могут возникать у человека сами по себе. Их формирование происходит в результате воспитания и образования. Поэтому ведущую роль в этом процессе помимо семьи и здравоохранения играет учебное заведение.

Создавая необходимые условия для обучения и воспитания, организуя здоровьесберегающее окружение, наш медицинский университет формирует свой особый тип жизнедеятельности обучающегося, свою особую «территорию здоровья», которая способствует не только сохранению и укреплению здоровья, но и развитию приверженности принципам здорового образа жизни.

Немаловажную роль в формировании здоровьеориентированного мышления обучающегося играют личности преподавателей, которые являются не только убеждёнными сторонниками принципов ЗОЖ, но и владеют технологиями его формирования.

Учитывая профессиональные задачи будущих медицинских работников, обучающиеся активно вовлекаются преподавателями в проведение различных мероприятий, организованных Воронежским государственным университетом имени Н.Н.Бурденко, направленных на информирование населения о здоровом образе жизни. Это приобретает особую значимость, поскольку студенческому контингенту медицинского ВУЗа необходимо не только прививать чувство ответственности за своё собственное здоровье, но, что не менее важно, успешно формировать целый комплекс компетенций.

Самыми популярными отмечаются спортивно-массовые с участием специалистов, специализированные тематические акции и узконаправленные школы здоровья.

Лидерами по числу участников являются спортивно-массовые мероприятия, где специалисты-организаторы вместе с участниками осваивают спортивно-массовые мероприятия, делятся личным опытом, обсуждают проблемы и помогают найти индивидуальный подход к преодолению нестандартных ситуаций. Такие мероприятия являются мощным стимулом приобщения к здоровому образу жизни.

Также популярны мероприятия, где участники могут лично общаться со специалистами по вопросам здорового образа жизни. Это акции, посвященные профилактике сердечно-сосудистой патологии и принципам формирования здорового образа жизни у населения, где все присутствующие имеют возможность консультироваться у специалистов по вопросам организации и формирования здорового образа жизни лично, получают информацию о современных возможностях профилактики, способах и методах расставания с вредными привычками, информируются о местах подробного ведения и поддержки пациентов в более сложных случаях.

Таким образом, организованная пропаганда медицинских и гигиенических знаний способствует снижению уровня заболеваний, и помогает воспитывать крепкое поколение.

Список литературы:

1. Профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике неинфекционных заболеваний / Кондусова Ю.В., Полетаева И.А., Анучина Н.Н., Карпухин Г.Н., Пятницина С.И., Гриднева Л.Г. // В сборнике: Бъдещите изследвания Материали за 12-а международна научна практична конференция. 2016. С. 66-69.
2. Современные аспекты оптимизации работы школы здоровья для больных бронхиальной астмой / Кондусова Ю.В., Крючкова А.В., Дрошнева Ю.В., Карпухин Г.Н., Анучина Н.Н. // Уральский научный вестник. 2017. Т. 3. № 9. С. 009-011.

СОВРЕМЕННОЕ АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО – ХЛОРГЕКСИДИН

Крючкова Анна Васильевна
кандидат медицинских наук, зав. кафедрой организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко», Воронеж
Гриднева Лариса Григорьевна
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко», Воронеж
Гриднев Юрий Васильевич
кандидат филологических наук, доцент кафедры иностранных языков
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный
лесотехнический университет им. Г.Ф. Морозова», Воронеж
Иванов Дмитрий Олегович
студент 2 курса автомобильного факультета
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный
лесотехнический университет им. Г.Ф. Морозова», Воронеж
Нгуен Ву Линь
студент 1 курса лечебного факультета МИМОС
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный
медицинский университет им. Н.Н. Бурденко», Воронеж

Аннотация: в статье представлено современное антисептическое средство, широко применяемое в терапевтической практике и в хирургических специальностях (хирургии, оториноларингологии, стоматологии). Используется для профилактики посттравматической раневой инфекции, инфекций, связанных с медицинскими процедурами. Обладает широким спектром действия на патогенные микроорганизмы.
Ключевые слова: хлоргексидин, антисептика, дезинфицирующее средство.

В современном сестринском деле ключевым мероприятием является соблюдение санитарно-эпидемиологического режима для профилактики внутрибольничной инфекции, которая всегда актуальна при оказании медицинской помощи.

Выделяют 8 групп дезинфицирующих средств, а внутри них – небольшое число местных антисептиков, которые можно применять наружно – для дезинфекции кожи пациента и медицинского работника. Одним из наиболее активных веществ местного действия является хлоргексидин.

Хлоргексидин входит в список жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2020 год. Согласно анатомо-терапевтическо-химической классификации хлоргексидин относится к группе галогенсодержащих соединений [3].

Хлоргексидина биглюконат C_{22} $H_{30}Cl_2N_{10}$ является катионным бигуанидином, открытым в Великобритании в 1950 году. Это был первый, признанный во всем мире, антисептик для кожи и ран. Помимо выраженного антимикробного действия, хлоргексидин обладает способностью соединяться с субстратами кожи, а затем медленно высвобождаться, что обеспечивает постоянную концентрацию препарата на обработанной поверхности. Несмотря на 70-летний период интенсивного применения препарата в медицине, он сохраняет свою активность в профилактике назокомиальных инфекций [1, С. 279].

У хлоргексидина есть синонимы: хлоргексидина глюконат, гибитан, гексикон, пливасепт, элюгель, себидин, манусан. Он представляет собой белый кристаллический порошок без запаха, плохо растворимый в воде и спирте [2].

Хлоргексидин является одним из наиболее активных местных антисептических средств. Взаимодействуя с фосфатными группами на поверхности бактериальной клетки, препарат меняет ее осмотическое равновесие, нарушая тем самым, целостность клетки и вызывая гибель микроорганизма.

Хлоргексидин активен в отношении грамположительных (в том числе микобактерий туберкулеза) и грамотрицательных бактерий, возбудителей венерических заболеваний: гонококков, трепанем, трихомонад. Повреждает дрожжеподобные грибы рода Candida, дерматофиты и липофильные вирусы (ВИЧ, герпес 1 и 2, грипп А). Хлоргексидин несколько снижает, но сохраняет свою антимикробную активность в присутствии крови и гноя. Не действует на бактериальные споры.

Препарат применяется для обработки рук хирурга, дезинфекции хирургического инструментария, обработки операционного поля, дезинфекции съемных протезов, промывания операционных ран, мочевого пузыря, для профилактики венерических заболеваний. Можно использовать для дезинфекции помещений, санитарного оборудования.

Хлоргексидин широко используется в хирургии, комбустиологии, отоларингологии, гинекологии, урологии, дерматовенерологии, стоматологии, косметологии.

Применяются водные и спиртовые растворы. Водные растворы применяют от 0,05% (для орошений, полосканий, аппликаций), 0,1% (для уборок), 0,5% (для дезинфекции ран, ожоговых поверхностей), 1% (для децинфекции кожи рук) до 20% концентрации. Последнюю соединяют с 70% этиловым спиртом в отношении 1:40 и получают 0,5% водно-спиртовой раствор. Его используют в хирургии (для дезинфекции рук хирурга, обработки операционного поля, в гнойной хирургии).

Хлоргексидин используют местно и/или наружно в виде водного или спиртового растворов, спиртового спрея для наружного применения, вагинальных суппозиторий и таблеток. Фармацевтически несовместим с анионными соединениями (мылом, щелочами).

С 2013 году ВОЗ внесла 7%-й раствор хлоргексидина биглюконата в перечень жизненно необходимых лекарственных средств и рекомендовала обрабатывать пупочную пуповину новорождённых.

Препарат противопоказан при склонности к аллергическим реакциям и при дерматитах. Следует избегать попадания хлоргексидина в глаза, его контакта с мозговыми оболочками и слуховым нервом. В детском возрасте хлоргексидин используют с осторожностью. При обработки рук хирурга возможны преходящие зуд и сухость кожи, ощущение липкости кожи рук в течение 3-5 минут. При этом не рекомендуется одновременно применять препараты с йодом во избежание дерматитов.

Достоинствами препарата являются его дешевизна, низкая способность к всасыванию с неповрежденных кожных покровов, отсутствие резистентности микроорганизмов к препарату и высокая активность в отношении различных видов микроорганизмов. Средство не обладает канцерогенным действием, не вызывает мутагенного и генотоксического, тератогенного и эмбриотоксического эффектов. Хлоргексидин слабо цитотоксичен, не влияет на репродуктивную функцию.

Таким образом, существует проверенное временем малотоксичное антисептическое средство с широким спектром действия, выпускаемое в различных формах и концентрациях. Знание особенностей применения водных и спиртовых форм поможет правильно использовать препарат как в быту, так и предупреждать госпитальные инфекции.

Список литературы:

1. Зверьков А.В. Хлоргексидин: прошлое, настоящее и будущее одного из основных антисептиков / А.В. Зверьков, А.П. Зузова. // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – Смоленск, 2013. – Т.15, № 4. – С 279-285.
2. Регистр лекарственных средств России. – URL: https://www.rlsnet.ru/tn_index_id_16352.htm
3. Хлоргексидин: инструкция по применению. – URL: https:// bz.medvestnik.ru/classify/mnn/Hlorgeksidin.html

ПОДВИГИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Крючкова Анна Васильевна

кандидат медицинских наук, зав. кафедрой организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко», Воронеж

Гриднева Лариса Григорьевна

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко», Воронеж

Гриднев Юрий Васильевич

кандидат филологнческих наук, доцент кафедры иностранных языков ФГБОУ ВО «Воронежский государственный лесотехнический университет им. Г.Ф. Морозова», Воронеж

Лихобабина Ольга Николаевна

студентка 1 курса отделения СМиФО

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко», Воронеж

Аннотация: статья посвящена деятельности медицинских сестер в годы Великой Отечественной войны. Главная задача медицинской службы на войне – возвращение в строй наибольшего числа бойцов. Самой опасной и самой важной деятельностью сестер была эвакуация раненых с поля боя и оказание им неотложной помощи. Быстрые и грамотные действия медицинских сестер спасали многие солдатские жизни.

Ключевые слова: медицинская сестра, война, первая медицинская помощь.

У войны – не женское лицо, однако в некоторых профессиях в те суровые годы женский потенциал был крайне востребован. Медицинские сестры с их умением выполнять сестринские манипуляции, осуществлять медицинский уход, выхаживать раненых и больных – были незаменимы на фронте и в тылу [2, С. 50].

Ольга Антоновна Сопот в 1941 году окончила первый курс Воронежского медицинского института [1]. Война застала ее на каникулах в Острогожском районе на оккупированной территории. Олиных родителей расстреляли и девушка добровольцем зачислилась в стрелковую роту санинструктором. В ее задачу входила эвакуация раненых с поля боя, с передовой. О себе она не думала, неизменным было стремление как можно быстрее оказаться рядом с пострадавшим, попытаться сделать все возможное для спасения «очередной» жизни.

Все пришлось испытать Ольге Антоновне: голодное время, работу по ночам, передвижение под вражеским огнем при любой погоде. Имели место колоссальные физические и психические перегрузки, зачастую отсутствовали элементарные гигиенические условия. Были ранения, болела тифом. Закончила войну под Прагой в мае 45-го.

Вся последующая трудовая жизнь Ольги Антоновны была связана с армией: жизнь в гарнизонах с мужем офицером, работа в совете ветеранов. Везде она была в гуще событий, душой коллектива. Поистине у нее была к людям особая любовь.

Ксения Семеновна Константинова [4] 1925 года рождения – уроженка Липецкой области. Она с отличием окончила семилетнюю школу и фельдшерско-акушерскую школу в Липецке, работала в районе. С первый дней войны стремилась на фронт, но попала туда только летом 1943 года – добровольцем, тайно покинув отчий дом.

Ксения становится санинструктором в батальоне стрелкового полка и оказывается в самой гуще переломных событий Великой Отечественной – под Курском. Была контужена, лечилась в госпитале, но вернулась на фронт.

Под Витебском, спасая раненых с автоматом в руках, была ранена в голову и попала в плен. После жестоких пыток, ничего и никого не раскрыв, была расстреляна.

Посмертно Ксения Семеновна Константинова была награждена орденом Ленина, «Золотой Звездой», ей присвоено звание Героя Советского Союза. На ее родине в городе Липецке возведена мемориальная доска, городская площадь названа «Константиновой», а над братской могилой в Смоленской области, где похоронена Ксения Семеновна стоит обелиск.

Валерия Осиповна Гнаровская [4] родилась в Ленинградской области. Успешно закончила семилетнюю школу, планировала получить высшее образование, но началась война. Она закончила курсы медицинских сестер и добровольно ушла на фронт. И сразу – под Сталинград, и сразу – в бой. Валерия, удивив всех своим бесстрашием, поднимала бойцов в атаку. Бойцы называли ее «милая Ласточка» за неутомимость и стремление быть всегда полезной. На счету Валерии более трехсот спасенных жизней солдат и офицеров.

Так было и 23 сентября 1943 года, когда на территории Запорожской области в место расположения тяжелораненых бойцов прорвались немецкие танки. Защищая беззащитных воинов, Валерия Гнаровская бросается со связкой гранат на вражеские «Тигры» и останавливает их ценой своей жизни. Посмертно Валерию наградили звездой Героя Советского Союза.

Зинаида Ивановна Маресева (1923-1943 гг), сельская девушка из Саратовской области, после окончания 7 классов поступила учиться на фельдшера-акушера в г. Вольск. 20 ноября 1942 года уходит на фронт санинструктором. Начинала с боев под Сталинградом [3]. Девушка выносила раненых, оказывала им первую помощь и доставляла к переправе на Волге. За мужество и отвагу получила медаль «За боевые заслуги».

В боях на Курской дуге Маресева спасла 38 бойцов и удостоилась ордена Красной Звезды. В августе 1943-го под Белгородом участвовала в сражениях на реке Северный Донец. Под шквалом непрерывного огня она помогала раненым, а ночью переправляла их через реку, используя подручные средства. За два дня Зинаида вынесла и эвакуировала 64 человека. Переправляя очередного раненого, она закрыла его от разорвавшейся неподалеку бомбы. Сама была тяжело ранена и скончалась в госпитале. Посмертно З.И. Маресева удостоена звания Героя Советского Союза.

Матрена Семеновна Нечепорчукова (1924-2017 гг.), санинструктор сотого стрелкового гвардейского полка, воевала на Украинском фронте. Она одна из немногих женщин, которая во время Великой Отечественной войны получила полный комплект орденов Славы (третьей, второй и первой степени). В 1973 году международный Комитет Красного Креста удостоил ее высшей международной сестринской наградой – медали «Флоренс Найтингейл». Ее военная гимнастерка представлена в московском музее Вооруженных Сил [5].

После войны М.С. Нечепорчукова (Наздрачева) жила и работала в Ставропольском крае, удостоена звания почетного гражданина Ставрополья.

Таким образом, свою посильную лепту в дело Великой Победы внесли и простые медицинские сестры благодаря своему самоотверженному служению по спасению раненых – для скорейшего освобождения страны от немецко-фашистских захватчиков.

Список литературы:

1. Девчонка на передовой. – URL: https://odintsovo.info/news/?id=26385
2. Женщины-медики – участницы мировых войн / М.Г. Григорова, А.П. Шипилова, Д.В. Чабанова, Л.Г. Гриднева, Ю.В. Кондусова // Молодежный инновационный вестник, 2019. – Т. 8, № 1. – С. 49-50.
3. Маресева Зинаида Ивановна . – URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/
4. Медицинские сестры в годы Великой Отечественной войны. – URL: https://kbmk.kirov.ru/Default.aspx?tabid=270&language=ru-RU

5. Нечепорчукова Матрена Семеновна. – URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/

ЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Крючкова Анна Васильевна
кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой организации сестринского дела, директор ИСО ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж
Панина Ольга Алексеевна
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж
Полетаева Ирина Алексеевна
кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж
Семынина Наталья Михайловна
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж
Гриднева Лариса Григорьевна
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Аннотация: в статье представлены данные об актуальности сахарного диабета у детей на территории Воронежской области, даны сведенья об основных принципах работы Школы сахарного диабета и о значении средних медицинских работников в проведении лечения и профилактике осложнений сахарного диабета у детей.

Ключевые слова: сахарный диабет, дети, школа сахарного диабета, медицинская сестра.

Сахарный диабет (СД) - это группа метаболических заболеваний, характеризующихся хроническим повышением уровня глюкозы в крови в результате нарушения секреции инсулина, его действия или обоих этих факторов. Численность больных СД в мире за последние 10 лет увеличилась более чем в 2 раза. В детско-подростковом возрасте мы чаще всего встречаемся с СД 1 типа. Согласно данным эпидемиологических исследований, в отмечен выраженный рост заболеваемости и распространенности СД1 среди детей и подростков, которые в среднем по стране составляют 13,2 и 72,4 на 100 тыс. детей в возрасте от 0 до 15 лет соответственно [1]. В Воронежской области отмечается стабильный рост заболеваемости инсулинзависимым сахарным диабетом: у детей от 0 до 14 лет за период с 2015 по 2017 годы СД1 вырос на 30,5% (2015 г. – 0,22, 2016 г. – 0,24, 2017 г. – 0,29 на 1000 детского населения).

Интенсивная инсулинотерапия, позволяющая достичь целевых показателей гликемии, является стандартом лечения СД 1 типа у детей [2, 3]. Однако вопросы контроля

и управления этим заболеваниям ложатся на плечи ребенка и его родителей. Поэтому в правильном ведение таких больных огромное значение отводится деятельности среднего медицинского персонала.

Цель. Выявить роль медицинской сестры в диспансеризации больных сахарным диабетом.

Материалы и методы. Анализ учётно-отчетной документации школы по сахарному диабету на базе эндокринологического отделения ДКБ ВГМУ Воронежа.

Результаты. Процесс обучения включает в себя освоение теоретических знаний и практических навыков, необходимых для самостоятельного управления своим заболеванием. Стандартный курс обучения состоит из нескольких занятий: изучение этиологии и патогенеза СД, принципы рациональной диетотерапии и составление индивидуального плана питания, профилактика и лечение острых и поздних осложнений СД, роль физической активности в лечении нарушений углеводного обмена, практические аспекты фармакотерапии СД. Теоретический материал в виде лектория проводят врачи клиники и преподаватели университета. Это групповая форма занятия. Преимуществами групповых занятий являются экономия временных, административных, экономических ресурсов, а также возможность обучать большое число пациентов. На практических занятиях, посвященных диетотерапии, медицинские сёстры учат пациентов вести учет углеводов, белков и жиров (вводятся понятия углеводных (хлебных), белковых и жировых единиц). Это уже индивидуальная форма обучения. Эту форму отличает высокая индивидуализация получаемых конкретным больным знаний и навыков. И значение медицинской сестры здесь огромно. Медицинские сёстры помогают больным рассчитать свой росто-весовой показатель – индекс массы тела (ИМТ) и помогают составить свой индивидуальный суточный калораж и план питания. Отдельное занятие отводится физической активности: медицинские сёстры разъясняют способы коррекции терапии до, во время и после выполнения упражнений, обучают пациентов упражнениям и контролю состояния при их выполнении, проводят мастер-классы. Особое внимание уделяется профилактике и лечению осложнений СД. Медицинские сёстры разъясняют понятия гипогликемии, гипергликемии, кетоза и кетоацидоза, дают рекомендации как нужно действовать в случаях их развития, а также как не допускать их. На каждом занятии проводится разбор конкретных примеров, ситуационных задач, демонстрация наглядных пособий.

Выводы. В современной диспансеризации больных СД, терапевтическое обучение пациентов признано одним из главных компонентов многофакторного и комплексного управления СД, который интегрирован в алгоритмы лечения этого заболевания. Неоценимый вклад вносят именно медицинские сёстры в этот важный компонент диспансерного наблюдения больных с СД, т.к. целью обучения является не только передача суммы знаний, но и формирование у пациента новых привычек, мотивации к изменению образа жизни.

Список литературы:

1. .Дедов И.И. Российский консенсус по терапии сахарного диабета у детей и подростков / И.И. Дедов, В.А. Петеркова, Т.Л. Кураева // Сахарный диабет. – 2016 - №5. – С. 1-8

2. Роль пищевого поведения в формировании здорового образа жизни / С.А. Кособуцкая [и др.] // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. - 2019. - №77. - С. 35-39

3. A randomized crossover study of the efficacy and safety of switching from insulin glargine to insulin degludec in children with type 1 diabetes / Tatsuhiko Urakami [et al.] // Endocrine Journal. – 2017. - № 64 (2). – P. 133-140.

ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО КАЛЕНДАРЯ ПРИВИВОК

Крючкова Анна Васильевна

кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой организации сестринского дела, директор ИСО ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Кузнецова Софья Александровна

студентка 2 курса ИСО ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Панина Ольга Алексеевна

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Кондусова Юлия Викторовна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Дрошнева Татьяна Николаевна

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Аннотация: в настоящее время вакцинация не только не теряет своего значения, но и становится все более востребованной, она позволяет предупредить массовые инфекции, инвалидизацию и смертность. Спектр лечебных вакцин активно развивается. Поэтому каждому медицинскому работнику важно знать современные подходы к иммунизации в целом и особенно групп риска, понимать и объективно сопоставлять риски инфекций и вакцинации, уметь разъяснить это своим пациентам, родителям. Наиболее важным является единое понимание значимости вакцинопрофилактики медицинскими работниками всех специальностей и родителями вакцинируемых детей. В статье представлены вопросы изучения влияния деятельности медицинской сестры на охват массовой иммунизацией населения, так как именно медсестры зачастую становятся специалистами, ответственными за процесс организации вакцинации и являются основными инструкторами в просвещении родителей в вопросах профилактической эффективности вакцин и их безопасности.

Ключевые слова: вакцинация, дети, медицинская сестра.

В настоящее время рост инфекционной заболеваемости среди детей на территории России является актуальной проблемой инфектологии [1, 2]. При этом сохранение и укрепление здоровья детей является комплексной проблемой, требующей привлечения учёных различных специальностей [3, 4]. Анализ данных Роспотребнадзора показал, что заболеваемость коклюшем выросла в 2018г. в 1,9 раза, корью – в 2,96, на прежнем уровне сохраняется заболеваемость туберкулезом, гепатитом В, ветряной оспой в сравнении с 2017г. В 2018 году в Воронежской области зарегистрирована заболеваемость 16872,90 на 100 тыс. населения, что на 9,52% ниже показателя 2017г. В 2018г. зарегистрировано 5 случаев корью, по 9 случаев – эпидемическим паротитом, менингококковой инфекцией. Все эти инфекции относятся к «управляемым», т.е. их уровень находится в зависимости от вакцинации населения от этих инфекций. В борьбе с инфекционными болезнями у детей вакцинопрофилактика, радикально воздействуя на эпидемический процесс, является основной мерой в создании коллективного иммунитета, невосприимчивости к инфекциям в популяции в целом. Существующие на сегодняшний день представления о роли медицинской сестры в вопросах продвижения вакцинации среди населения остаются весьма неоднозначными, а изучение влияния специалиста сестринского дела на охват массовой иммунизацией является одной из актуальных проблем современного здравоохранения.

Цель. Изучение причин отказов родителей от вакцинации детей за период 2017–2018гг. для обоснования мер по увеличению охватом вакцинами детей в возрасте от 3 до 6 лет.

Материалы и методы. Нами был проведен опрос методом анкетирования родителей 112 детей в возрасте от 3 мес. до 6 лет.

Результаты. При анализе анкет выявлены причины отказов от профилактических прививок: боязнь осложнений (64%), недоверие к отечественной вакцине (20%), низкий образовательный уровень родителей (22%). Обращает внимание недостаточный уровень информированности родителей (61%) об эпидемиологии, иммунологии, тяжести течения инфекционных заболеваний, отсутствии специфического лечения, возможных осложнениях, высокой вероятности неблагоприятных исходов. Каждого второго родителя интересуют данные о современных вакцинах и возможных реакциях на них. Необходимую информацию об инфекционных заболеваниях и специфической профилактике получают от медицинских работников 78% родителей, на долю средств массовой информации приходится – 23%. Наличие негативных отзывов в социальных сетях привели к отказу от вакцинации в 26% случаев. Опрос родителей установил, что при неблагоприятной эпидемиологической ситуации они были бы готовы вакцинировать своих детей. При анализе эффективности проводимых индивидуальных бесед медицинскими сестрами с четкой аргументацией, выявлена возможность влияния на принятие положительных решений у 79% респондентов.

Вывод. Для снижения отказов от вакцинации детей против управляемых инфекций необходимо повысить уровень знаний родителей, обеспечение их качественной достоверной информацией об управляемых инфекциях со стороны медицинских сестер.

Список литературы:

1. Алексеева И.А. Сравнительный анализ использования цельноклеточных и бесклеточных коклюшных вакцин для профилактики коклюшной инфекции / И.А.

Алексеева, О.В. Перелыгина // Биопрепараты. Профилактика, диагностика, лечение. – 2017. - №17(4). – С. 207-215

2. Каплина С.П. Эффективность вакцинации у часто болеющих детей с патологией центральной нервной системы / С.П. Каплина, Н.В. Скрипченко, С.М. Харит // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2015. - №14(5). – С. 90-95

3. Озерецковский Н.А. Необходимость унификации текста инструкции по медицинскому применению вакцин / Н.А. Озерецковский // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. – 2019. - №18(1). – С. 112-117

4. Русинов П.С. Здоровьесберегающие технологии в школе / П.С. Русинов [и др.] // В сборнике: Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи. Кротинские чтения Сборник трудов 2-й Всероссийской научно-практической конференции. Под редакцией А.С. Симаходского, В.П. Новиковой, М.Ф. Ипполитовой. – 2018. – С. 204-212.

ЭФФЕКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОГО СПЕЦИАЛИСТА В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Крючкова Анна Васильевна

кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой организации сестринского дела, директор ИСО ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Григорьева Екатерина Вадимовна

студентка 1 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Панина Ольга Алексеевна

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Полетаева Ирина Алексеевна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Кондусова Юлия Викторовна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Аннотация: в статье представлены данные об актуальности внедрения научно-исследовательской работы по вопросам экологического воспитания в учебный процесс студентов медицинских вузов, как одного из эффективных способов формирования экологического компонента профессиональной компетенции при подготовке студентов.

Ключевые слова: научно-исследовательская работа, студенты, обучение.

Постоянно меняющаяся социальная, культурная и экологическая ситуация в стране существенно изменила роль профессиональной подготовки [1]. Ухудшение экологической обстановки влечет повышение заболеваемости среди населения [2, 3]. Профессиональная компетентность специалиста среднего профессионального образования медицинского профиля невозможна без экологической составляющей, которая признана определять роль факторов внешней среды на здоровье человека, определять факторы риска развития заболеваний.

Цель. Выявление эффективности внедрения подготовки научно-исследовательской работы, как фактора формирования экологического компонента профессиональной компетентности.

Методы исследования. Для проведения анализа результатов внедрения научно-исследовательской работы использовалось анкетирование студентов и вербальная ассоциативная методика «ЭЗОП» Ясвина В.А. и Дерябо С.Д.

Результаты. Данные анкетирования свидетельствовали, что при наличии высоких показателей натуралистической эрудиции у большей части студентов (≈73%), отсутствуют эстетические и этические потребности во взаимодействии с природой. Потребность в практическом взаимодействии с природой и готовность к природоохранной деятельности была зафиксирована менее чем у 50%.

Сравнение ответов при проведении бесед, оценивающих наличие профессионально-экологических знаний и представлений, приобретаемых в процессе изучения естественнонаучных дисциплин и оценок по этим предметам, показало, что для большинства обучаемых характерен низкий уровень экологизации знаний, не развиты представления о связи понятий этих дисциплин с экологией, не сформировано представление об экологической составляющей подготовки, отсутствуют навыки построения межпредметных аналогий и обобщений.

После внедрения и применения в учебном процессе научно-исследовательской работы было проведено повторное анкетирование с применением вербальной ассоциативной методики «ЭЗОП» В.А. Ясвина и С.Д. Дерябо.

Анализируя полученные результаты, был выявлен тот факт, что сохраняются высокие показатели натуралистической эрудиции у большей части студентов (≈79%), регистрируются эстетические и этические потребности во взаимодействии с природой (≈18%). Потребность в практическом взаимодействии с природой и готовность к природоохранной деятельности регистрировалась у 84%.

Анализ ответов при проведении бесед, оценивающих наличие профессионально-экологических знаний, показал, что для большинства обучаемых стал характерен высокий уровень экологизации медицинских знаний, у большей части студентов сформировались представления о связи уровня здоровья населения с экологией и методах профилактики.

Выводы. Внедрение в учебный процесс научно-исследовательской работы является одним из эффективных путей повышения качества профессиональной подготовки специалистов среднего профессионального образования медицинского профиля. Проведение научно-исследовательской деятельности является одним из средств и способов организации мышления, которое позволяет самостоятельно строить цели исследования, разрабатывать задачи и успешно использовать результаты в медицинской практике, а также в образовательном пространстве. Выполняемая студентами научно-

исследовательская работа представляет собой вид учебной и исследовательской работы, которая дает определенные навыки научного анализа, основы работы с научной и справочной литературой, навыки проводить необходимую статистическую обработку полученной информации, и учит определять причинно-следственные связи.

Список литературы:

1. Панина О.А. Роль экологического компонента профессиональной компетенции у студентов-медиков и пути его формирования // Медико-биологические и педагогические основы адаптации, спортивной деятельности и здорового образа жизни: сборник научных статей IV Всероссийской заочной научно-практической конференции с международным участием. Под редакцией Г.В. Бугаева, И.Е. Поповой. - 2015. - С. 568-573

2. Толмачёва А.С. Факторы, влияющие на состояние здоровья учащихся общеобразовательных школ / А.С. Толмачёва [и др.] // В сборнике: Гигиенические и экологические аспекты профилактики заболеваемости на региональном уровне Материалы III Межвузовской научно-практической конференции. - 2018. - С. 76-79

3. Шевцов М.В. Экологический компонент профессиональной компетенции, как фактор повышения качества обучения студентов в медицинском вузе / Шевцов М.В. [и др.] // В сборнике: Гигиенические и экологические аспекты профилактики заболеваемости на региональном уровне. Материалы III Межвузовской научно-практической конференции. - 2018. - С. 56-61.

ПОДВИГ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Лаптев Михаил Витальевич

Студент ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Ермакова Анна Владимировна

Студентка ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко» Минздрава России,Воронеж

Научный руководитель – к.и.н., доц. каф. философии и гуманитарной подготовки Т.В. Жиброва

Аннотация: статья посвящена военному подвигу В.О. Гнаровской, медицинской сестре, герою Советского Союза посмертно. Авторы описывают жизненный путь молодой девушки, ее боевые будни и подвиги, спасшие жизни многим сотням раненых солдат.

Ключевые слова: В.О. Гнаровская, Великая Отечественная война, герой Советского союза.

Великая Отечественная Война – три слова, в которых заключена вся родительская боль, множество пролитых слёз, бесконечное чувство утраты и горя. Четыре года, с 22 июня 1941 года по май 1945 года, страна давала отпор врагу. По всем фронтам, в каждом подразделении, в каждой дивизии, наравне с мужчинами сражались и женщины. Всего Великая Отечественная Война унесла более 27 миллионов жизней. Их могло быть несравнимо больше, если бы не своевременная медицинская помощь раненым. Военные госпитали сооружали из подручных средств, недалеко от развернувшихся военных действий. Нередко санитары и медицинские сестры были вынуждены оказывать помощь

прямо на месте боя. Всего на фронте трудилось более миллиона медицинских работников, из них около половины были средним звеном [1].

За время военных действий врачи, медсестры и санитары общими усилиями вернули в строй больше семнадцати миллионов солдат, матросов, сержантов и офицеров, а многие из них пожертвовали своими жизнями, ради спасения других [1].

Валерия Осиповна Гнаровская, несмотря на свой юный возраст к началу войны, была одной из тех, кто спас жизни других людей, отдав при этом свою [2]. Она родилась 18 октября 1923 года в небольшой деревне Ленинградской области. Отец девушки был начальником почты, мать была домохозяйкой. Валерия только закончила среднюю школу, у нее было множество планов о поступлении в институт, когда началась война. Едва объявили военное положение, ее отец ушел на фронт добровольцем, чтобы вместе с остальными мужчинами защищать Отчизну.

Уже к началу осени 1941 года их район стал фронтовым, было принято срочное решение об эвакуации населения в Сибирь. По истечению некоторого времени, уже на новом месте девушка с матерью устроились на службу в контору связи, однако, тайно от матери, Валерия неоднократно обращалась в районный военкомат, умоляя отправить ее на фронт, но из раза в раз она получала отказ. Именно в тот момент она приняла решение стать медицинской сестрой, окончила соответствующие курсы, прошла военную подготовку, и летом 1942 года прибыла на Сталинградский фронт. По воспоминаниям ее фронтовой подруги Е. Дорониной, когда была необходимость, Валерия превращалась из медицинской сестры в бравого бойца и даже поднимала красноармейцев в атаку. Еще за первые месяцы фронтовой жизни она спасла более сотни раненых солдат и их командиров, рискуя своей собственной жизнью, когда под непрерывным огнем доставляла раненых соотечественников в медико-санитарную роту. Она вытаскивала солдат из огня, уничтожила несколько десятков немецких солдат, а обо всех своих трудностях всегда писала с юмором, несмотря на то, что первые месяцы дались ей с большим трудом – ее сильно пугали рваные раны и обильные кровотечения [2].

Спустя некоторое время из-за множества лишений и непосильного труда, что привело к ослаблению организма, девушка заболела брюшным тифом. Тогда бойцы Советской Армии прорвали вражеское кольцо и доставили ослабленную девушку в военный госпиталь, где она получила медицинскую помощь и свою первую награду «За отвагу». Тем не менее, едва ей стало легче, она вернулась на фронт, пополнив собой боевые ряды Красной армии [2].

В самом начале 1943 года развернулись беспрестанные бои на Украинском фронте. Валерия Гнаровская воевала в составе Третьего Украинского фронта в 244-й стрелковой дивизии, незадолго до этого, она получила контузию и стала хуже слышать, но продолжала воевать и спасать жизни сослуживцам. До сентября 1943 года за время боев она вынесла более сотни раненых солдат. Однако в сентябре того же года её жизнь героически прервалась. Произошло это в деревне Вербовая, Червоноармейском районе Запорожской области. За этот район уже несколько месяцев шли ожесточенные бои. Бой в сентябре 1943 года был тяжелый, было много раненых, ещё больше убитых, но район удалось отвоевать [3]. Девушка перенесла раненых в лесопосадки, чтобы дождаться помощи от санитарной части. Однако произошло непредвиденное – вместо знакомых советских машин с красным крестом показались два немецких танка, один из которых

двигался к месту расположения раненых солдат. По воспоминаниям сослуживцев, Валерия Гнаровская не сомневалась ни секунды: она собрала у раненых сумки с гранатами и бросилась под гусеницы танка. Валерия погибла, но только одним своим поступком сохранила жизни более чем семи десяткам человек. За свой подвиг она награждена звездой Героя Советского союза посмертно [3].

Список литературы:

1. [Электронный ресурс] // Артюшенко О.Г._Информационно-аналитический сайт о человеческом обществе и общественном единстве. URL: http://artyushenkooleg.ru (дата обращения: 06.05.2020).

2. [Электронный ресурс] // https://kbmk.kirov.ru (дата обращения: 06.05.2020).

3. [Электронный ресурс] https://www.liveinternet.ru (дата обращения: 06.05.2020).

ИСТОРИЯ В ЛИЦАХ. ЛИДИЯ АЛЕКСЕЕВНА ГРОЙСБЕРГ

Осадчая Екатерина Александровна

студентка 3 курса фармацевтического факультета

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко», Воронеж

Терских Анастасия Петровна

кандидат фармацевтических наук, доцент кафедры фармацевтической химии и фармацевтической технологии

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко», Воронеж

Аннотация: в статье говорится о героизме и милосердии медицинской сестры на войне по воспоминаниям Лидии Алексеевны Гройсберг, прошедшую всю войну военным санитаром.

Ключевые слова: Великая Отечественная война, медицинская сестра, подвиг.

Фронтовых медиков, людей в белых халатах и с красным крестом на рукаве, трудящихся не только в операционных, но и на поле боя, часто называют незримыми героями войны. Значительная их часть — женщины-медсестры, которым обязаны жизнью миллионы советских солдат. За военную пятилетку 40-х через систему военной медицины СССР прошли 22 миллиона человек. Из них 17 миллионов, то есть более 70%, были возвращены в строй.

Каждый раз во время и после ожесточенных сражений они вели свои бои со смертью у операционных столов. Только их оружие было призвано спасать людей, а не губить. В суровых походных условиях шла постоянная борьба за жизнь каждого солдата. По воспоминаниям фронтовых медсестер самыми тяжелыми были первые 2 года Великой Отечественной войны.

Лидия Алексеевна Гройсберг в 1941 году была студенткой 3 курса медицинского техникума в Саратове. В апреле была отправлена на прохождение практики в город Балта (Украина), где и встретила войну. Совсем юную Лидию записали в ряды медработников, а 28 июня 1941 года девушка уже была в составе армии.

«Раненых столько мы не видели никогда. Такой нахлынул поток раненых… Одного из них я никогда не забуду — это был первый раненый, который умер у меня на руках. Он

пришел вроде легко раненный, в шею, как-то врачи перевязали, пусть идет в палату. А палаты были на соломах, в деревнях, в хатах. Он сел рядом со мной, я дежурная была, разговаривали. И вдруг он ночью начал стонать, говорит, так болит, так болит. Я ему дала таблеточку, укол сделала, успокоился он. А на утро он не проснулся… Поток был очень громадный раненых, очень. Мы стояли у операционного стола сутками без отдыха», — вспоминает Лидия Гройсберг, ветеран Великой Отечественной войны.

Многие солдаты встретили День Победы благодаря мужественным женщинам в белых халатах. Война застала страну врасплох, в первые же дни было утрачено огромное количество медоборудования, медслужба массово теряла кадры.

Лидия Алексеевна вспоминает, что тяжелее всего было оставлять лежачих раненых, когда поступал приказ «отступать»: «Приходилось бросать раненых. Приходилось… Вот уже немцы наступают, а у нас госпиталь. Мы не собраны, лежат раненые, которые недвижимые. Мы их бросали, переступая через них. А они вслед кричат: «Сестричка, сестричка, что вы нас бросаете?» А что было делать?»

В военное время не подчиниться приказу было нельзя. И в душе начиналась борьба с самим собой, но как только вновь начинались обстрелы, и переживания уходили на второй план, так как медицинские сестры были боевым резервом для тыла, большие потери которого приводили к печальным последствиям. Только в первые 2 года войны страна потеряла более 33 тысяч медиков.

В одном из боев военная санитарка Лида вынесла на себе 15 раненых, за что удостоилась вручения медали «За отвагу»: «По-пластунски: грязь, плащ-палатка, переворачивала их, и тащила их вот так по-пластунски на себе».

В первые годы войны было нехватка не только медицинских кадров, но и лекарственных препаратов, перевязочных материалов, медицинского оборудования. По воспоминаниям Лидии Алексеевны: «У нас в санитарной сумке — йод и бинты, больше ничего не было. И не хватало, бывало, рвали сорочки — снимали с мертвых сорочки и рубашки и рвали на бинты, на тряпки, и перевязывали. Были и такие случаи, было и что кухня к нам не приходила по несколько суток».

В 1942-м был получен первый советский пенициллин, «предок антибиотиков». Так на фронте и в тылу рождались новые методы лечения. Были даже «оптимальные сроки» для оказания первичной хирургической помощи раненым — в условиях медсанбата — в пределах шести-восьми часов после ранения. Вопрос создания терапевтических госпиталей был решен только в декабре 1942-го года. В ряды красного креста вступали и машины: военно-санитарные поезда, санавиация и даже речными судами перевозили раненых.

И одновременно со стыдом и с гордостью медсестры рассказывают, что спасали не только «своих». Из воспоминаний Лидии Гройсберг: «Меня один раз даже чуть не арестовали. Я везла в госпиталь нашего политрука раненого, особиста. Едем мы и вдруг слышим стон, кто-то стонет в овражке, там откос такой. Смотрим — лежит немец. Я говорю: я медсестра, я должна оказать помощь».

Много воспоминаний у военных сестер и о бессонных ночах, проводимых в ожидании солдат из разведки, и в случае неблагоприятного исхода быть наготове оказать медицинскую помощь.

В этой войне удалось спасти миллионы жизней благодаря отваге и неравнодушию, силе духа и милосердию. Через годы и поколения миссия фронтовых медиков остается неизменной.

Список литературы:

Милосердие на войне: из воспоминаний фронтовых медсестер [Электронный ресурс] // URL: https://tv.pgtrk.ru/ru/news/20170514/57012 (дата обращения 24.04.2020).

Лица Победы. Военный санитар Лидия Гройсберг [Электронный ресурс] // URL: https://novostipmr.com/ru/news/17-05-15/lica-pobedy-voennyy-sanitar-lidiya-groysberg (дата обращения 24.04.2020).

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Полетаева Ирина Алексеевна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Панина Ольга Алексеевна

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Пятницина Светлана Ивановна

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Нараева Ирина Романовна

студентка 3 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Аннотация: атеросклероз это основная причина развития хронических неинфекционных заболеваний, который могут приводить к смерти больного. Поэтому одной из основных задач среднего медицинского персонала является профилактика атеросклероза у больных.
Ключевые слова: атеросклероз, профилактика, средний медицинский персонал.

Атеросклероз – это заболевание артерий эластического типа (артерии и её вены) и мышечно-эластического типа (церебральные, коронарные), характеризующееся нарушением жирового обмена с отложением и накоплением в их интиме липопротеидов с последующим реактивным разрастанием соединительной ткани и образованием на внутренней оболочке холестериновых бляшек.

Атеросклероз – чрезвычайно распространённое заболевание. Заболевают им в основном люди старше 30 лет. Женщины болеют в основном после наступления климакса, что связано с защитным действием женских половых гормонов. Основные причины: стресс, избыточное потребление жирной, богатой легко всасывающимися углеводами пищи, болезни обмена веществ и эндокринные заболевания.

Факторы риска: артериальная гипертензия, мужской пол, курение, гиподинамия, нарушение толерантности к глюкозе, сахарный диабет. Избыточная масса тела, высоки

уровень в крови триглицеридов, холестерина, отягощённая наследственность, снижение функции щитовидной железы, подагра. По современным представлениям, главным моментов в развитии атеросклероза является повреждение эндотелия сосудистой стенки. Факторами, способствующими повреждению коронарных артерий, являются инфекционные агенты: хламидии, хеликобактер пилори, цитомегаловирус, вирусы. В месте повреждения незамедлительно активируются тромбоцитарные и коагуляционные звенья системы гомеостаза, что приводит к образованию «белого» микротромба. Дальнейшее формирование атеросклеротической бляшки осуществляется «содружественными» взаимоактивирующими механизмами атерогенеза и микротромбообразования.

Клиника атеросклероза зависит от локализации процесса – аорта, коронарные, мозговые, почечные, мезентериальные, лёгочные артерии; течения болезни – прогрессирование, стабилизация, регрессирование; периода – доклинический, клинический. Атеросклероз протекает волнообразно. В начальный период жалобы отсутствуют. В крови повышается уровень холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов.

При прогрессировании болезни нарастает жиробелковая инфильтрация сосудистой стенки, количество бляшек увеличивается. В период стихания клинических проявлений болезни вокруг отложения липопротеидов происходит разрастание соеденительной ткани и отложение солей кальция – формирование атеросклеротической бляшки, которая является основой клинических проявлений как самой болезни, так и осложнений, так как приводит к нарушению кровоснабжения органов.

Атеросклероз коронарных артерий проявляется приступами стенокардии и приводит к инфаркту миокарда. Атеросклероз грудной аорты проявляется давящей, жгучей болью за грудиной, иррадиирущей в обе руки, шею, верхнюю часть живота. Боль постоянная, изнуряющая. Отмечается затруднение глотания, охриплость голоса, головокружение, обмороки и судороги.

Поражение брюшной аорты сопровождается болями в животе, вздутием живота, запорами. Появляется перемежающая хромота, похолодание и онемение стоп, атрофия мышц голеней, отсутствие пульсации артерий стоп, подколенной артерии, бедренной артерии, систолический шум над брюшной аортой в области пупка.

Для атеросклероза мезентериальных артерий характерны резкая боль в животе или режущая в эпигастрии на высоте пищеварения в течение 1-3 часов. Иногда боли кратковременные и купируются нитроглицерином. Боль сопровождается вздутием живота, запором, отрыжкой. Могут быть рефлекторные боли в области сердца, сердцебиение, перебои, одышка.

Профилактика атеросклероза это сложный и трудоёмкий процесс, который требует как от пациента, так и от медицинского персонала большого терпения и упорства.

Профилактика может быть первичной - это общие гигиенические мероприятия, формирование здорового образа жизни, достаточный сон, пребывание на свежем воздухе, двигательная активность, отказ от вредных привычек, рациональное питание. Вторичная профилактика включает в себя диспансерное наблюдение, проведение курсов профилактического лечения гиполипидемическими препаратами в весенние и осенние месяцы (никотиновая кислота, никотинамид, пробукол, симвастатин).

Мероприятия, проводимые медицинской сестрой, должны быть направлены на выполнение достаточной двигательной активности. Физическая активность полезна, желательно, чтобы она была постоянной для пациента и его семьи. Показаны пешие прогулки, работа в саду, занятия спортом.

Особенно большое значение имеет режим питания. Медсестра должна разъяснять больным основные принципы рационального питания при атеросклерозе. Здесь большую роль играет уменьшение общей калорийности пищи, уменьшение в рационе жиров и продуктов богатых холестерином. Следует резко ограничить употребление жирной пищи, особенно животных жиров, сахара, а так же ограничить потребление поваренной соли до 5 г/сутки. Вместо животных жиров в рацион необходимо включать растительные жиры. Диета должна быть богата овощами, фруктами, кислыми нежирными молочными продуктами.

Медсестре необходимо напомнить пациентам о вреде курения. Алкоголь можно употреблять в умеренных количествах, лучше в виде красного сухого вина.

Особое внимание медсёстрам необходимо уделять пациентам с факторами риска. Разъяснять им, что при невыполнении рекомендаций врача значительно повышается вероятность развития таких осложнений атеросклероза как ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь.

Кроме этого она должна проводить беседы с больными и их родственниками о значении систематического приёма гиполипидеических препаратов; о важности диеты с ограничением жиров для профилактики осложнений атеросклероза, обучение больных самоконтролю.

Медицинская сестра, должна обеспечивать чёткое и своевременное выполнение назначений врача, контролировать своевременный приём лекарственных препаратов, а так же побочные эффекты лекарственной терапии.

Таким образом, все выше перечисленные мероприятия способствуют снижению уровня холестерина, липопротеидов низкой плотности и триглицеридов в крови, что значительно сокращается вероятность образования атеросклеротических бляшек и соответственно заболеваний обусловленных атеросклерозом, что значительно улучшает качество жизни больных.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Полетаева Ирина Алексеевна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Крючкова Анна Васильевна

кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой организации сестринского дела, директор ИСО ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Веневцева Наталия Викторовна

преподаватель кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Анучина Наталья Николаевна

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Бронникова Ирина Сергеевна

студентка 2 курса стоматологического факультета ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Аннотация: в настоящее время сохранение здоровья одна из основополагающих проблем особенно у лиц молодого возраста, поэтому наша статья посвящена этой проблеме и образовательным технологиям, которые помогают сохранить здоровье молодому поколению.

Ключевые слова: учебный процесс, здоровьесбережение, технология.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, здоровье - это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов.

В практическом здравоохранении для установления факта здоровья медицинские работники чаще всего довольствуются отсутствием у пациентов жалоб и отклонений при осмотре, а также отсутствием отклонений в результатах некоторых лабораторных и инструментальных исследований. Однако приверженность граждан к здоровому образу жизни в РФ чрезвычайно низка.

В РФ курят 75% мужчин и 25% женщин. Ежегодно 220 000 человек умирают в связи с курением. Алкоголем злоупотребляют 70% мужчин и 47% женщин, а показатель потребления алкоголя в пересчете на чистый спирт (12 л на душу населения в год) в России один из самых высоких в Европе. Повышенную массу тела имеют 20% мужчин и 25% женщин. Спортом не занимаются 38% мальчиков и 59% девочек.

В Европейском регионе бремя болезней взрослых, приписываемое высокому индексу массы тела (ИМТ), в 2000 г. составило более 1 млн. случаев смерти и около 12 млн. лет здоровой жизни, утраченных в результате болезни или инвалидности.

Анализ статистических данных (2009-2010 гг., первое полугодие 2011 г.), полученных из субъектов РФ, позволяет заключить, что реализация региональных программ по здоровьесбережению дает положительный результат. Снизился уровень алкоголизации населения, уменьшилось потребление алкоголя на душу населения (с 18 л в 2008 г. до 14,95 л в 2010 г). Количество больных алкоголизмом, зарегистрированных наркологической службой в 2010 г., составило почти 1,5% обшей численности населения.

Здоровье населения — важнейший фактор успешного общественного развития и национальной безопасности и важный ресурс обеспечения стабильности государства. По качеству жизни и состоянию здоровья населения можно судить об эффективности государственной политики в области социальной сферы.

Из всех факторов риска, по данным ВОЗ, первое место по влиянию на состояние здоровья занимает образ жизни. Удельный вес факторов образа жизни превышает 50%

всех обусловливающих воздействий. Около 20% приходится на наследственные факторы и загрязнение окружающей среды и лишь 10% — на проблемы в организации и деятельности системы здравоохранения.

Здоровый образ жизни — образ жизни человека, направленный на профилактику болезней и укрепление здоровья. Здоровый образ жизни отражается в единстве биологического и социального, представляет социальную ценность, укрепление которой — важнейшая задача любого цивилизованного общества.

Можно выделить следующие основные направления деятельности по формированию здорового образа жизни.

- Создание информационно-пропагандистской системы в целях формирования у населения необходимого уровня знаний о негативном влиянии факторов риска на здоровье и возможностях снижения их воздействия.
- Обучение здоровью.
- Меры по снижению распространенности курения и потребления табачных изделий, снижению потребления алкоголя, профилактике потребления наркотиков.
- Побуждение населения к физически активному образу жизни, занятиям физической культурой, спортом, повышение доступности этих видов оздоровления.

Основными целевыми ориентирами в формировании здорового образа жизни среди населения Российской Федерации являются:

1. Снижение потребления алкоголя;
2. Снижение распространённости табакокурения;
3. Снижение распространённости ожирения среди населения РФ;
4. Увеличение количества лиц, обратившихся в центры здоровья;
5. Увеличение количества открытых центров здоровья;
6. Увеличение доли граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом;
7. Увеличение удельного веса детей и молодёжи, регулярно занимающихся в спортивных секциях и клубах;
8. Увеличение количества спортивных учреждений;
9. Охват воспитанников общественно-образовательных учреждений двухразовым горячим питанием;
10. Снижение заболеваемости синдромом зависимости от наркотических веществ.

Важным в принятии здорового образа жизни является формирование у населения культуры здоровья. Культура здоровья — комплексное понятие, включающее теоретические знания о благоприятствующих здоровью факторах, а также грамотное применение в повседневной жизни принципов активной стабилизации здоровья, т.е. оздоровления (Разумов А.Н., 1996). Формирование здорового образа жизни — система общественных и индивидуальных видов способов и форм деятельности и активности, направленных на преодоление факторов риска возникновения и развития заболеваний и оптимальное использование в интересах охраны и улучшения здоровья социальных, психологических и природных условий и факторов образа жизни.

Список литературы:

1. Айзман Р.И. Здоровьесберегающие технологии в образовании 2-е изд., испр. и доп. Учебное пособие для академического бакалавриата / Р. И. Айзман. - М.: Юрайт, 2017. - 340 с.
2. Морозов М.А. Здоровый человек и его окружение. Здоровьесберегающие технологии. Учебное пособие / М.А. Морозов. - М.: Лань, 2016. - 278 с
3. Цабыбин С.А. Здоровьесберегающие технологии в образовательном процессе / С.А. Цабыбин. - М.: Учитель, 2009. - 243 с.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Полетаева Ирина Алексеевна
кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж
Крючкова Анна Васильевна
кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой организации сестринского дела, директор ИСО ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж
Кондусова Юлия Викторовна
кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Воронеж
Семынина Наталья Михайловна
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им.Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж
Жукова Анастасия Дмитриевна
студентка 2 курса отделения среднего медицинского и фармацевтического образования ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Воронеж

Аннотация: в статье проводится анализ роли медицинской сестры при оказании паллиативной помощи пациенту и родственникам, а так же особенности работы медицинских сестёр с данной категорией пациентов.
Ключевые слова: паллиативный уход, медсестра, пациент.

На сегодняшний день представляется достаточно актуальным вопрос оказания квалифицированной паллиативной помощи, той категории пациентов, которые в этом нуждается. Глобальной проблемой в мире является ухудшающаяся экологическая обстановка, увеличение числа больных хроническими прогрессирующими заболеваниями, распространение СПИДа и др. – все это приводит к появлению большой группы инкурабельных больных, испытывающих сильнейшие страдания и нуждающихся в адекватной медико-социальной паллиативной поддержке.

В связи с вышесказанным, цель нашей работы заключается в раскрытие роли медицинской сестры при оказании паллиативной помощи больным.

Для достижения этой цели поставлены следующие задачи:

1) Дать определения понятию «паллиативная помощь», изучить её цели и задачи.

2) Проанализировать роль медицинской сестры при оказании паллиативной помощи пациенту и родственникам.

3) Рассмотреть особенности деятельности медицинской сестры по уходу за «паллиативными» пациентами.

Паллиативная помощь – подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с любым опасным для жизни заболеванием, путём облегчения болей, а также оказания психосоциальной и духовной поддержки, но не содействующее излечению болезни.

Паллиативная помощь больным может быть организована тремя способами:

В домашних условиях, т.е. на дом к больному выезжает так называемый хоспис на дому.

В условиях дневного стационара (амбулаторно) – но такая форма приемлема только для тех пациентов, кто по состоянию здоровья может сам посещать кабинет противоболевой терапии. Стационарно – помощь оказывается в хосписах.

Эффективность паллиативной помощи во многом зависит от успешности решения медицинской сестрой основных задач, связанных с общим уходом, контролем симптомов заболеваний, поддержкой пациента и его семьи, а также обучением их навыкам само- и взаимопомощи.

Медицинская сестра оказывает помощь пациентам при удовлетворении им основных жизненных потребностей в еде, питье, движении, при осуществлении физиологических отправлений и во время болезненных состояний (рвота, удушье, кашель, боль), контролирует состояние здоровья больных и организует их досуг. Медсестра становится практически членом семьи пациента, и одним из самых близких ему людей.

В контексте изучаемого предмета было проведено практическое исследование по анализу деятельности медицинской сестры в осуществлении паллиативной помощи инкурабельных больных. Работа выполнена на базе частного Воронежского пансионата «Тихий дом». Была разработана специальная анкета, для медицинских сестер, направленная на изучение личностных и профессиональных качеств сестринской медицинской помощи паллиативного стационара. В исследовании прияли участие 20 медицинских сестер разного пола и возраста. Из них 85% составляют женщины. Возраст медсестер варьировал от 20 лет до 62 лет. Большая часть это 40% находится в возрасте от 30-40 лет. При этом стаж работы 75% медсестёр составляет более 5 лет, из них 30% работают более 10 лет. Это говорит о том, что средний медицинский персонал обладает высокими профессиональными навыками.

При исследовании варианта выбора работы в этом направлении были получены следующие данные: 7(35%) медсестер всегда хотели работать в этой сфере; 9(45%) считают, что эта профессия позволяет реально помогать людям. Остальные 4 (20%) опрошенных указали на случайный выбор профессии в этом профиле. Таким образом, большинство обследованных медсестер воспринимают свою профессию как имеющую для них ценность, а не «случайную» в их жизни.

Ответы на вопросы о сложностях, возникающих на работе, показали, что эмоциональная включенность в общение с больными была самой трудной в работе у 35% медсестер. Взаимодействие с родственниками больных пациентов наиболее трудны у

25%. Больные, которые не способны контролировать свое эмоциональное состояние и агрессию, являются наиболее тяжелым фактором у 30% человек. Физические же нагрузки, которые также присутствуют при уходе за пациентом, отмечали – в 10% *случаях*.

При исследовании фактов, положительно влияющих на продолжении работы в этой сфере, выявлено, что для 9 медсестер работа дает возможность приносить пользу людям. Для 4 опрошенных наиболее важным является общение. Благодарные пациенты являются важным аспектом для 6 медсестер. Высокое чувство ответственности является мотивирующим для 1 человека.

В результате анкетирования выявлено, что большая часть работ, выполняемая медсестрами, направлена на улучшение качества жизни больных и оказание им своевременной помощи. Наиболее важными из которых являются: составление и выполнение плана ухода, наблюдение за больными и выполнение различных манипуляций, подготовка пациентов к диагностическим исследованиям, а также общение с больными и их родственниками.

При проведении исследования выполнения стандартов оказания помощи и в осуществлении различных манипуляций были получены следующие данные: все медицинские сестры указали на наличие в стационаре необходимых стандартов. При этом, считают необходимым выполнять все манипуляции согласно алгоритмам, лишь 60% медицинских сестер, остальные же медсестры 40% действуют по обстоятельствам, считая необходимым спасти жизнь человеку в любой ситуации.

Интересным оказалось исследование степени полезности и необходимости своей профессии. Оказалось, что 95% (19чел.) респондентов ответили положительно на поставленный вопрос. И лишь 5% (1чел.) дали отрицательный ответ, что может говорить о синдроме профессионального выгорания.

Большинство медсестер отмечает, что наиболее ценными качествами при работе с паллиативными больными являются: ответственность, дисциплинированность, доброта и отзывчивость, терпимость и стрессоустойчивость. Это говорит о том, что наличие не только профессиональных, но и моральных качеств являются важным аспектом в работе медицинской сестры.

И так, мы рассмотрели понятие «паллиативная помощь» и выяснили, что это активная и многогранная помощь пациенту, страдающему заболеванием в терминальной стадии.

Рассмотрев роль и особенности деятельности паллиативной медсестры, мы выяснили, что сестринскому персоналу отводится ключевая роль в работе по оказанию паллиативной помощи.

Находясь рядом с пациентами на последнем этапе их жизни, медицинская сестра должна владеть необходимыми знаниями и умениями в этой области, а также обладать рядом качеств, без которых невозможно быть рядом с пациентом: милосердием, добротой и отзывчивостью, чувством сострадания и способностью к сопереживанию. Этим качествам нельзя научиться, они должны быть в сердце каждого, кто выбрал нелегкий труд медсестры.

Список литературы:

1. Кулешова Л.И. Основы сестринского дела: курс лекций, сестринские технологии: учебник / Л.И. Кулешова, Е.В. Пустоветова; под ред.В.В. Морозова.- Изд 2-е.2017.-Ростов н/Д:Феникс,716с.-(Среднее медицинское образование)
2. О мотивации специалистов сестринского дела к осуществлению паллиативной помощи//Сестринское дело.-2018.-№2.-с.44-45.
3. Сестринский персонал в паллиативной медицине//Сестринское дело.-№5.-с.4-6,9

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ЛЕЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ ПРИ СИФИЛИСЕ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВРОЖДЁННОМ

Полетаева Ирина Алексеевна
кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж
Крючкова Анна Васильевна
кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой организации сестринского дела, директор ИСО ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж
Кондусова Юлия Викторовна
кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Воронеж
Семынина Наталья Михайловна
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им.Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж
Панина Ольга Алексеевна
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Аннотация: в статье говорится о роли медицинской сестры в профилактике и ведении больным с сифилисом, в том числе и при врождённом сифилисе.

Ключевые слова: сифилис, медсестра, сестринский уход.

Сифилис - хроническое венерическое инфекционное заболевание с поражением кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, костей, нервной системы.

Проблема сифилиса до сих пор остаётся актуальной, несмотря на наличие эффективных методов профилактики. Поэтому значимость медицинского персонала, а именно медицинской сестры, является неотъемлемой частью в борьбе с сифилисом.

Таким образом**,** целью нашей работы является изучить роль медицинской сестры в профилактике и уходе за пациентом при сифилисе, а также определить факторы риска и особенности клинического течения сифилиса в настоящее время.

Основными задачами нашей работы является:

- определение факторов развития сифилиса, врожденного сифилиса
- изучение особенности клинического течения сифилиса с помощью анкетирования
- определение цели и задач сестринского ухода при сифилисе, а также рассмотреть принципы его сестринской профилактики.

Возбудителем сифилиса является - бледная трепонема - слабоокрашивающийся спиралевидный микроорганизм с 8-14 правильными завитками, одинаковыми по форме и размерам. Размножается бледная трепонема путем поперечного деления на две или большее количество частей.

Основными путями заражения сифилисом являются: половая связь, трансфузионная передача, бытовой и вертикальный пути передачи.

С момента появления твёрдого шанкра начинается первичный период заболевания, который продолжается до возникновения на коже и слизистых специфической сыпи. Период первичного сифилиса длится в среднем 6-7 недель. Вторичный сифилис обусловлен появлением высыпаний на коже и слизистых оболочках. Данный период заболевания начинается через 9-10 недель после заражения. Развивается специфическая розеолезно папулезно пустулезная сыпь. Третичный сифилис — это злокачественный специфический процесс, при котором поражается не только кожа, но и внутренние органы. При этом появляются глубокие бугорки, гуммы с последующим рубцеванием.

Врожденным называется сифилис, который передается будущему ребенку трансплацентарно через кровь матери. Врожденный сифилис бывает ранним и поздним. К раннему врожденному сифилису относятся сифилис плода, сифилис грудного возраста и сифилис раннего детского возраста (от 1года до 3х лет). Поздний врожденный сифилис выявляется обычно после 15-16 лет.

В течение нескольких недель после заражения у пациентов появляются внешние признаки сифилиса. Образование безболезненного твердого шанкра на половых губах у женщин или головке полового члена у мужчин. Вторичный сифилис характеризуется поражением внутренних органов, тканей и отдельных систем организма. Внешними проявлениями этого периода болезни являются кожные и слизистые высыпания. Третичный период сифилиса поражает внутренние органы, образуются очаги (гумны) на коже, слизистых оболочках. Спинка носа может западать.

К основным методам диагностики относятся:

- анализ крови и спинномозговой жидкости для выявления специфических и неспецифических маркеров инфекции.
- микроскопическое изучение кожных образований.
- обследование внутренних органов и центральной нервной системы для выявления осложнений болезни.

Самая большая опасность заключается в том, что на начальных этапах многие пациенты не знают о своей болезни. С момента заражения до появления первых симптомов может пройти несколько лет. В области половых органов появляются крупные уплотнения (шанкры). Они образуются во влагалище, шейке матки и на половых губах. Осложненный сифилис даже приводит к смертельному исходу.

С целью профилактики сифилиса необходимо соблюдать ряд правил:

использование барьерных способов контрацепции, избегание случайных половых связей, строгая гигиена в случае проживания с человеком, страдающим от сифилиса. Необходимо пользоваться отдельной посудой, содержать эти предметы в чистоте. Не забывать о личной гигиене. Так же, не менее 1 раза в день проводить влажную уборку, проветривать помещения не менее 4 раз в день.

Медицинская сестра должна объяснить пациенту, что недопустимо:

1. делать самовольные перерывы в лечении;
2. срывать проведение лечебных процедур;
3. отказываться от лечения и контроль наблюдения;
4. заниматься самолечением;
5. вступать в половые связи, даже если партнер дает на это добровольное согласие.

Сифилис – одно из распространённых заболеваний, которое почти каждый год приводит к увеличению больных. Заразиться сифилисом чаще всего можно через половые контакты. Очень редко можно заразиться через предметы обихода. Так же не стоит забывать о возможности заражения через плаценту в период беременности. Целью сестринского процесса при сифилисе, врожденном сифилисе является поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении собственных потребностей его организма. Очень важная роль отводится медицинской сестре в профилактике сифилиса. Медсестра принимает участие в санитарно просветительной работе не только с больными, но и с их родственниками.

Список литературы:

1. Д. Фракасторо О сифилисе / Д. Фракасторо. - М.: Книга по Требованию, 2016. - 101 с.
2. Записки по кожным болезням и сифилису. - М.: Издательство Л. Д. Френкель, 2016. - 388 с
3. Лабораторная диагностика сифилиса. Методические рекомендации. - М.: Н-Л, 2015. - 250 с.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Пятницина Светлана Ивановна
ассистент кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО ВГМУ им.Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж
Крючкова Анна Васильевна
доцент, к.м.н., заведующая кафедрой организации сестринского дела
ФГБОУ ВО ВГМУ им.Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж
Кондусова Юлия Викторовна
к.м.н., доцент кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО ВГМУ им.Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж
Семынина Наталья Михайловна
к.м.н., ассистент кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО ВГМУ им.Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж
Красникова Виктория Сергеевна
студентка 3 курса Института сестринского образования ФГБОУ ВО ВГМУ им.Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Аннотация: в статье рассмотрены вопросы этиологии, распространенности, профилактики мочекаменной болезни. Приведены результаты опроса больных по информированности о заболевании, а также рассмотрена санитарно-просветительная работа медицинской сестры с населением по профилактике мочекаменной болезни.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, профилактика, медицинская сестра.

Проблема мочекаменной болезни в настоящее время является одной из самых актуальных в современной урологии и медицине в целом. Это связано, в первую очередь, с высокой распространенностью этого заболевания от 3,5 до 9,6%. Доля мочекаменной болезни среди всех урологических заболеваний достигает 40%. Чаще всего мочекаменная болезнь развивается у людей в возрасте 20-45 лет, причем мужчины страдают от нее в 2,5-3 раза чаще, чем женщины.

Увеличению частоты способствуют особенности современной жизни, гиподинамия, ведущая к нарушению фосфорно-кальциевого обмена, характер питания, однообразие пищи, обилие в ней белка, развитие связано с различными климатическими, географическими, жилищными условиями, профессией, наследственными факторами.
Мочекаменная болезнь (уролитиаз) — это болезнь обмена веществ, вызванная различными эндогенными и (или) экзогенными причинами, проявляющаяся образованием камней в почках и других органах мочевыделительной системы. Главным симптомом мочекаменной болезни является приступ почечной колики.

Цель работы является изучение особенностей профилактических мероприятий при мочекаменной болезни.

Материал и методы. С целью изучения профилактики мочекаменной болезни мы провели анкетирование пациентов с данной патологией с помощью разработанной нами «Анкеты для больных с мочекаменной болезнью», с последующей статистической обработкой полученной информации. Исследование проводилось на базе ВОКБ №1». В исследовании приняли участие 47 пациента (15 женщин (34%) и 32 мужчины (66 %)), страдающих мочекаменной болезнью в возрасте от 30 до 66 лет, средний возраст опрошенных составил 49,4±8,7 года.

Результаты и их обсуждение. На вопрос «Знаете ли Вы, что такое мочекаменная болезнь?» большая часть респондентов ответили «да». Большинство респондентов знают о клинической симптоматике мочекаменной болезни, среди которых они отметили боль в поясничной области, с иррадиацией в паховую область, внутреннюю поверхность бедра - 88%, гематурию – 13%, дизурические явления - 15%, озноб, повышение температуры тела – 11%.

Какие факторы риска развития мочекаменной болезни вы знаете**?** 26% респондентов ответили наследственность; 76% - употребление воды, содержащей большое количество определенных минеральных веществ; 28% - гиподинамия; 38% - воспалительные заболевания мочевого тракта. **На вопрос анкеты: «Знаете ли вы о мерах профилактики мочекаменной болезни?» больше половины не имеют представления о профилактике.**

На вопрос анкеты: «Какие действия, на Ваш взгляд необходимо выполнить, оказывая доврачебную помощь при почечной колике?» 63% респондентов ответили успокоить человека, 28% - приложить тепло на область поясницы, 15% - прием НПВС и спазмолитических препаратов и 12% - затрудняются ответить.

Выводы. Анализируя анкетные данные пациентов, было выявлено, что не все пациенты обладают достаточным уровнем знаний о собственном заболевании и мерах его профилактики, соблюдении режима и диеты, а также не всегда способны самостоятельно распознать признаки мочекаменной болезни и вовремя обратиться к врачу. Только 36% больных регулярно соблюдали все врачебные назначения.

Роль медицинской сестры в профилактике мочекаменной болезни заключается в проведении санитарно-просветительной работы с пациентами в форме бесед, раздачи памяток и других мероприятий. Профилактические рекомендации заключаются в первую очередь в соблюдении диеты, питьевого режима, режима мочеиспусканий, отказе от вредных привычек и соблюдении здорового образа жизни. Правильно организованный сестринский уход при мочекаменной болезни уменьшает риск развития осложнений и способствует улучшению прогноза заболевания

Список литературы:

1. Анализ информированности населения о мочекаменной болезни и оказании первой помощи при почечной колике / Пятницина С.И., Семынина Н.М., Князева А.М., Чернышова О.В. // Молодежный инновационный вестник. 2019. Т.8. № 2. С. 554-555.
2. Результаты исследования клинических особенностей течения хронического пиелонефрита / Крючкова А.В., Семынина Н.М., Пятницина С.И., Веневцева Н.В., Восканян А.Д. // Молодежный инновационный вестник. 2018. Т. 7. № S1. С. 343-344.
3. Сестринский уход при заболеваниях почек и мочевыводящих путей: учебно-методическое пособие / Т. В. Демидова; ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России Институт сестринского образования. – Иркутск: ИГМУ, 2016. – 84 с.

К ВОПРОСУ О СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Семынина Наталья Михайловна

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Крючкова Анна Васильевна

кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Кондусова Юлия Викторовна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Панина Ольга Алексеевна

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Турсунова Назирахон Диловаровна

студентка первого курса, группа ЛИ-101, факультет МИМОС ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко; Таджикистан

Аннотация. Для начала XXI века характерно глобальное постарение населения, увеличение числа больных хроническими прогрессирующими заболеваниями, пациентов с онкологическими заболеваниями, что сопровождается нарастанием числа инкурабельных пациентов, которые подвергаются сильнейшим страданиям и нуждаются в комплексной медико-социальной помощи. Паллиативная помощь основана на принципах уважения к решениям, пациента и направлена на практическую поддержку членам их семьи.

Ключевые слова: паллиативная помощь, инкурабельный пациент, паллиативная

медицина.

К паллиативной медицине относится раздел медицины, который путем использования методов и различных достижений современной медицины, проведением лечебных процедур и адекватных манипуляций, облегчает тяжесть состояния неизлечимого больного, в то время, когда возможность радикального лечения полностью исчерпана. Однако, паллиативная помощь несколько отлична от паллиативной медицины, так как последняя входит в понятие паллиативной помощи [1].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 2014 году дала определение понятию «паллиативная помощь». Паллиативная помощь (ПП) выражается в подходе, позволяющем улучшить все аспекты качества жизни больных (как детей, так и взрослых), а также и их семей, которые сталкиваются с определенными проблемами, обусловленными опасными для жизни заболеваниями, предотвращением и облегчением страданий больного, ранним выявлением, тщательной оценкой и лечением боли и другой сопутствующей симптоматики с оказанием поддержки в психосоциальной и духовной сферах [2].

ПП заключается в утверждении жизни, а смерть рассматривается закономерным её завершением. Цель существующей концепции ПП - обеспечение максимально возможной активной жизни больного без намерения продления и/или сокращения срока жизни пациента. Предлагается помощь семье больного в период болезни страждущего и после его смерти, используя мультипрофессиональный подход для полного удовлетворения имеющихся потребностей больного и его семьи. Главная задача таких концепций ПП заключается в улучшении качества жизни больного, что обладает положительным влиянием на течение болезни, а своевременное начало проведения необходимых мероприятий в совокупности с дополнительными способами паллиативной помощи способно несколько продлить время жизни больного [3].

Паллиативная медицинская помощь состоит из двух составляющих - облегчения страданий пациента на весь период течения болезни (не исключая и радикальное лечение), а также оказание максимальной медицинской помощи в течение последних месяцев, дней и часов жизни больного. [2].

В настоящее время существуют две группы паллиативной медицинской помощи: в амбулаторных условиях (на дому) и в стационаре. К стационарным учреждениям паллиативной помощи относятся специализированные отделения или палаты паллиативной помощи, которые могут быть расположены в структуре лечебных учреждений любого уровня, в онкологических диспансерах, в стационарных учреждениях социальной защиты и в хосписах. Помощь на дому может осуществляться специалистами выездной службы, которые также могут входить в состав учреждения или быть самостоятельной структурой. В штат хосписа входят врачи, медицинские сестры соответствующей квалификации, психологи, социальные работники и священнослужители [1].

Основной и главной задачей качественной ПП является уменьшение всех имеющихся в наличии компонентов страдания больного, осуществляемое комплексным уходом и различными видами помощи с привлечением профессионалов различного профиля.

Список литературы:

1. Введенская Е.С. Концептуальная структурно-организационная модель системы паллиативной медицинской помощи взрослому населению // Здравоохранение Российской Федерации. - 2014. - № 2, Т. 58. - С. 25-30.

2. Готовкина М.С. Паллиативная помощь в современной России: социологическая оценка // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Философия. Социология. Право. - 2013. - Т. 26, № 23 (166). - С. 69-75.

3. Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение. Сборник документов ВОЗ и ЕАПП. - М.: Р. Валент, 2014. - 180 с.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Семынина Наталья Михайловна

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Крючкова Анна Васильевна

кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Кондусова Юлия Викторовна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Полетаева Ирина Алексеевна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Числова Анна Вячеславовна

студентка первого курса, группа П-105, педиатрического факультета ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Аннотация. Проблема желудочно-кишечных кровотечений является актуальной задачей современной клинической медицины. В Российской Федерации количество пациентов с кровотечениями из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки составляет 90-160 человек на 100 000 населения и имеет отчетливую тенденцию к увеличению. Для выбора тактики при оказании неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе медсестре важно быстро оценить состояние больного в меру своих компетенций. Она обязана установить сестринский диагноз, определить профиль пациента, вызвать врача соответствующей специализации и оказать пациенту неотложную доврачебную помощь.

Ключевые слова: желудочно-кишечное кровотечение, неотложная доврачебная помощь, догоспитальный этап.

Согласно статистике, ежегодно за медпомощью в связи с развитием неотложных состояний обращается каждый третий житель нашей страны, каждый десятый госпитализируется по экстренным показаниям. При этом каждый пятый вызов врача отделения скорой медицинской помощи при поликлинике заканчивается доставкой

больного в стационар. В основном это две группы пациентов: с острыми формами ишемической болезни сердца и острой хирургической патологией органов брюшной полости [1, 4].

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

Неотложные состояния в гастроэнтерологии вызывают большие трудности для диагностики и лечения, они требуют особых методов и особой готовности медицинских учреждений и медицинского персонала к оказанию соответствующей помощи. Состояния, требующие экстренной помощи, могут возникнуть из-за болезней пищевода, желудка, поджелудочной железы, печени, желчного пузыря или кишечника. Особое внимание следует обратить на желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК).

Проблема ЖКК остается актуальной задачей клинической медицины. В Российской Федерации язвенной болезнью страдает 1,7-5% населения, причем количество пациентов с кровотечениями из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки составляет 90-160 человек на 100 000 населения и имеет отчетливую тенденцию к увеличению. Установлено, что ЖКК значительно чаще возникают у мужчин, возраст которых превышает 40 лет [1].

Желудочно-кишечное кровотечение - это истечение крови из поврежденных или эрозированных патологическим процессом кровеносных сосудов органов желудочно-кишечного тракта. При кровотечении происходит поступление крови в просвет желудочно-кишечного тракта (полость желудка и кишечника). Провоцирующими факторами ЖКК могут являться погрешности в диете, злоупотребление алкоголем, физическая нагрузка. Основными источниками ЖКК являются язвы и эрозии язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, варикозно расширенные вены пищевода, злокачественные новообразования желудка и кишечника. Основными признаками ЖКК является появление рвоты малоизмененной кровью и/или содержимым по типу «кофейной гущи» и черного дегтеобразного стула (мелена).

Принципы оказания доврачебной помощи пациенту с ЖКК на догоспитальном этапе: вызвать бригаду скорой медицинской помощи (СМП), по возможности профильную, для госпитализации пациента в профильное хирургическое отделение, обеспечить пациенту постельный режим до приезда бригады СМП. Необходимо собрать анамнез, придать положение пациенту при рвоте: сидя, с наклоном вперёд, при коллапсе - лёжа, голова повернута набок. При наличии рвоты у пациента необходимо оказать помощь при рвоте: если пациент без сознания, нужно положить его (или голову) на бок во избежание аспирации рвотными массами, если в сознании - усадить его, вытирать салфетками лицо пациента. Положить пузырь со льдом на эпигастральную область, запретить пероральный прием пищи, питья и лекарственных средств. Также необходимо контролировать показатели гемодинамики, изменения сознания до приезда бригады СМП [2, 3, 4].

Навыки оказания доврачебной помощи помогут медицинской сестре в экстренных ситуациях спасти человека в любых условиях. Больные такого профиля могут встретиться как в стационаре в любых отделениях, так вне его - на улице, в общественном транспорте, дома и т.д. Правильная организация неотложной доврачебной помощи на догоспитальном

этапе при ЖКК позволяет уменьшить риск возможных осложнений, снизить показатели смертности, улучшить прогноз пациентов.

Список литературы:

1. Абдуллаев, Э. Г. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии: учеб. - практ. пособие / Э. Г. Абдуллаев, В. В. Бабышин, А. Э. Абдуллаев; Иванов. гос. мед. акад., Каф. хирург. болезней; Гор. клин. больница скорой мед. помощи, г. Владимир. – Владимир: Изд-во ВлГУ, 2017. − 114 с.

2. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс]: практикум / Т.П. Обуховец; под ред. Б.В. Кабарухина - Ростов н/Д: Феникс, 2015. - - 412 с. URL: www.studmedlib.ru (2020.04.01).

3. Смолева Э.В. Сестринский уход в терапии: учеб. пособие для студ. сред. проф. образования / Э.В. Смолева; под ред. Б.В. Кабарухина. - 4-е изд. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2017. - 365 с.

4. Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи при неотложных и экстремальных состояниях [Электронный ресурс]: учеб. для мед. колледжей и училищ / И.П. Левчук [и др.]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 288 с. URL: www.studmedlib.ru (2020.04.01).

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ ГИПОСТАТИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ

Семынина Наталья Михайловна

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Крючкова Анна Васильевна

кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Пятницина Светлана Ивановна

ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Веневцева Наталия Викторовна

преподаватель кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Ткаченко Эльвира Юрьевна

студентка первого курса, группа П-105, педиатрического факультета ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Аннотация. Профилактика развития гипостатической пневмонии у больных, длительно соблюдающих постельный режим, должна проводиться всем пациентам. Значительная роль в этом процессе отводится медицинской сестре, которая осуществляет уход за пациентом. Правильная организация сестринского ухода за пациентами, длительно соблюдающими постельный режим, позволяет уменьшить риск развития возможных осложнений, в том числе возникновения гипостатической пневмонии, снизить показатели смертности, улучшить прогноз у данной категории пациентов.

Ключевые слова: гипостатическая пневмония, дыхательная гимнастика, постуральный дренаж.

Пневмонии – группа различных по этиологии, патогенезу, морфологической характеристике острых инфекционных (преимущественно бактериальных) заболеваний, характеризующихся очаговым поражением респираторных отделов легких с обязательным наличием внутриальвеолярной экссудации [1]. Согласно современной этиологической классификации выделяют следующие виды пневмоний: внебольничная, внутрибольничная (нозокомиальная), аспирационная, развивающиеся на фоне иммунодефицитов (первичных, вторичных). Патогенетическая классификация пневмоний выделяет первичные пневмонии и вторичные, связанные: с циркуляторными расстройствами (гипостатическая, застойная) с аспирацией, травмой, с воздействием физических, химических факторов, септические и прочие [1].

Гипостатическая (застойная пневмония) – вторичное воспаление легких, развивающееся на фоне локальных гемодинамических и вентиляционных нарушений. Опасность гипостатической пневмонии состоит в том, что она развивается у больных с отягощенным соматическим анамнезом, приводя к декомпенсации состояния, нередко становясь непосредственной причиной гибели пациента. Основная причина возникновения гипостатической пневмонии – обездвиженность больных. К предрасполагающим факторам развития гипостатической пневмонии относятся: пожилой возраст, послеоперационный период, онкозаболевания, сколиозы, деформации грудной клетки, хронические заболевания внутренних органов. Патоморфологической основой для развития гипостатической пневмонии служит застой в малом круге кровообращения. Гемодинамические расстройства сопровождаются нарушением дренажной функции бронхов и легочной вентиляции [1].

Выраженность клинических проявлений гипостатической пневмонии зависит от степени гемодинамических и вентиляционных расстройств, присоединения воспалительного компонента, тяжести основной патологии. При гипостатической пневмонии температура может быть нормальной или субфебрильной; реже отмечается фебрилитет. Характерно появление кашля с отхождением слизистой или слизисто-гнойной мокроты, кровохарканья, нарастающей слабости и одышки, снижение толерантности к физическим нагрузкам [1].

Профилактика гипостатической пневмонии у лежачих больных должна проводиться всем пациентам. Значительная роль в этом процессе отводится медицинской сестре, которая осуществляет уход за пациентом. Именно медицинская сестра воплощает в жизнь план мероприятий для профилактики развития гипостатической пневмонии у пациента, длительно соблюдающего постельный режим. Профилактика развития гипостатических пневмоний включает в себя следующие мероприятия: частое переворачивание больных, в том числе, и на живот (каждые 2 часа); активные движения пациентов в постели (лечебная физкультура); обеспечение полноценного питания; в положении больного лежа на животе проводится вибрационный массаж, обычный и баночный массаж грудной клетки, растирание спины в области легких (что способствует более легкому отхождению мокроты); проведение дыхательной гимнастики; правильный подбор одежды в соответствии с температурой воздуха (лежачим больным нельзя переохлаждаться и перегреваться); регулярное проветривание помещения; ежедневную влажную уборку комнаты; соблюдение правил личной гигиены; регулярные медицинские

осмотры лежачих пациентов. Для облегчения отхождения мокроты у лежачего пациента применяется постуральный дренаж - придание пациенту специальных положений тела для улучшения отхождения мокроты (поза «молящегося мусульманина», поза «поиска тапочек под кроватью», положения Квинке) [2].

Всем пациентам в сознании назначается дыхательная гимнастика (по методу Бутейко, Стрельниковой или индивидуально разработанная лечащим врачом). Инструкция по такой гимнастике включает, в том числе, простые упражнения, которые можно делать и для профилактики здоровым людям – «пробулькивание» воздухом через трубочку в воду, задувание свечей и др. Если же пациент находится без сознания или не может полноценно кашлять, всю скопившуюся слизь из легких удаляют инструментальным путем – с помощью бронхоскопа (санационные бронхоскопии) [2].

Родственникам пациентов, длительно соблюдающих постельный режим, рекомендуется регулярно измерять у них температуру, давление и обращать внимание на все изменения в самочувствии, своевременно информировать медицинский персонал об изменениях в состоянии пациента [2].

Правильная организация сестринского ухода за пациентами, длительно соблюдающими постельный режим, позволяет уменьшить риск развития возможных осложнений, в том числе возникновения гипостатической пневмонии, снизить показатели смертности, улучшить прогноз у данной категории пациентов.

Список литературы:

4. Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. Г. Чучалина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 800 с.

5. Смолева Э.В. Сестринский уход в терапии: учеб. пособие для студ. сред. проф. образования / Э.В. Смолева; под ред. Б.В. Кабарухина. - 4-е изд. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2017. - 365 с.

РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Семынина Наталья Михайловна

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Крючкова Анна Васильевна

кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Кондусова Юлия Викторовна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Панина Ольга Алексеевна

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Воскресенская Анастасия Алексеевна

студентка второго курса, группа ССД-202, отделение СМ и ФО ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Аннотация. Внебольничная пневмония является одним из самых

распространенных заболеваний органов дыхания в мире, повсеместная заболеваемость составляет 15 человек на 1000 населения в год. В обязанности медицинской сестры при уходе за пациентом с внебольничной пневмонией входит своевременное и правильное проведение исследований, назначенных врачом, постоянный контроль эффективности и безопасности фармакотерапии, осуществление мониторинга общего состояния пациента. Правильно организованный сестринский уход при внебольничной пневмонии позволяет снизить частоту осложнений, улучшить прогноз пациентов.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, сестринский уход, сестринский процесс.

Пневмонии - группа различных по этиологии, патогенезу, морфологической характеристике острых инфекционных (преимущественно бактериальных) заболеваний, характеризующихся очаговым поражением респираторных отделов легких с обязательным наличием внутриальвеолярной экссудации [1, 2]. Внебольничной считают пневмонию, развившуюся вне стационара, диагностированную в первые 48 часов с момента госпитализации [1, 3]. Внебольничная пневмония (ВП) является одним из самых распространенных заболеваний органов дыхания в мире, повсеместная заболеваемость составляет 15 человек на 1000 населения в год. Эпидемиология ВП в Российской Федерации (РФ): распространенность в РФ – до 15%; общее число заболевших в год в РФ – до 1,5 млн человек [1]. Существуют определенные факторы риска развития ВП у взрослых: курение табака, пожилой возраст, иммунодефицитные состояния, общее охлаждение, наличие хронических заболеваний в анамнезе и др. Лица молодого возраста, не страдающие хроническими заболеваниями и ведущие здоровый образ жизни, имеют меньший риск развития ВП [1, 3].

В успехе лечения внебольничной пневмонии большая роль принадлежит не только лечащему врачу-пульмонологу, но и медицинской сестре, осуществляющей уход за больными. Лечащий врач не находится в палате с пациентами круглосуточно, и не может осуществлять постоянный контроль за состоянием пациента. У больного пневмонией в любое время может произойти ухудшение состояния – усиление одышки, падение артериального давления. При этом заболевании при отсутствии должного наблюдения и ухода со среднего медицинского персонала могут развиться серьезные осложнения, включая острую дыхательную недостаточность, инфекционно-токсический шок и летальный исход [2].

Медицинская сестра должна строго выполнять назначения врача при проведении лечении пневмонии. Лечение пневмонии имеет свои особенности, именно при лечении пневмонии очень важно провести правильный выбор антимикробного препарата, соблюдение режима дозирования и проведение полного курса антибиотикотерапии. Лечение пневмонии следует начинать с выявления и идентификации возбудителя и определения чувствительности выявленной патогенной микрофлоры к противомикробному лекарственному средству т.е. до начала антимикробной терапии необходимо правильно собрать инфекционный материал - мокроту и отправить на бактериологическое исследование, где определяют возбудителя и его чувствительность к антибиотику. Только на этой основе врач может сделать оптимальный выбор препарата, а это работа медсестры. Важно собрать мокроту до начала антибактериальной терапии [2].

В течение всего курса лечения медсестре должна контролировать возможное появление нежелательных эффектов введения лекарственных препаратов у пациентов, и, при первых же их появлениях, сообщить врачу. При применении антибактериальных препаратов, могут быть не только аллергические реакции, но и токсические, о которых должна знать медицинская сестра и вовремя их заметить. Так многие антибиотики вызывают гепатотоксическое и нефротоксическое побочное действие. При применении бронходилататоров медицинская сестра должна научить пациента пользоваться ими, объяснить опасность бесконтрольного приема этих препаратов. При применении нестероидных противовоспалительных препаратов, необходимо объяснить пациенту, что их следует принимать после еды и запивать достаточным количеством воды, т.к. они оказывают раздражающее действие на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта [2].

В обязанности медицинской сестры при уходе за пациентом с внебольничной пневмонией входит своевременное и правильное проведение исследований, назначенных врачом, постоянный контроль эффективности и безопасности фармакотерапии, осуществление мониторинга частоты дыхательных движений, сердечных сокращений, артериального давления, состояния кожи и слизистых оболочек, своевременное направление пациентов на контрольные исследования, назначенные врачом [2].

Медицинская сестра должна проводить обучающую работу с пациентом направленную на ведение здорового образа жизни, отказа от вредных привычек. Необходимо обязательно убедить больного продолжить лечение в амбулаторных условиях после выписки из стационара. Это позволит исключить возможность осложнений, и добиться наиболее хорошего восстановления [2].

Правильно организованный и проведенный сестринский процесс при внебольничной пневмонии может способствовать снижению частоты рецидива данного заболевания, уменьшить риск развития осложнений, улучшить прогноз, снизить уровень инвалидизации и смертности среди пациентов.

Список литературы:

6. Внебольничная пневмония. Клинические рекомендации. - М., 2018. – 88 с.

7. Основы сестринского дела: учеб. пособие / Т.П. Обуховец, О.В. Чернова; ред. Б.В. Кабарухин. - 21-е изд., стер. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2017. – 766с.

8. Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. Г. Чучалина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 800 с.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Семынина Наталья Михайловна

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Крючкова Анна Васильевна

кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой организации сестринского дела ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Полетаева Ирина Алексеевна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж
Князева Анна Михайловна
кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации сестринского дела
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж
Ботина Юлия Анатольевна
студентка второго курса, группа ССД-201, отделение СМ и ФО
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Аннотация. Злокачественные новообразования – вторая ведущая причина смерти после сердечно-сосудистых болезней в странах с высоким уровнем дохода и третья после сердечно-сосудистых заболеваний, инфекционных и паразитарных болезней в странах с низким и средним уровнем дохода. Качественная сестринская помощь лежит в основе ухода за онкобольными, играя ключевую роль в решении медицинских, психологических и социальных проблем как самого пациента, так и его семьи.

Ключевые слова: онкологические заболевания, сестринский уход, сестринский процесс.

Злокачественные новообразования – вторая ведущая причина смерти после сердечно-сосудистых болезней в странах с высоким уровнем дохода и третья после сердечно-сосудистых заболеваний, инфекционных и паразитарных болезней в странах с низким и средним уровнем дохода [3, 4]. В структуре онкологической заболеваемости населения мира ведущие позиции занимают новообразования трахеи, бронхов, легкого (13,0 %), молочной железы (11,9 %), колоректальный рак (9,7 %), опухоли предстательной железы (7,8 %), желудка (6,8 %), печени (5,6 %), шейки матки (3,8 %), пищевода (3,2 %) и мочевого пузыря (3,1 %) [3, 4]. Информирование население о факторах риска развития онкологических заболеваний может способствовать снижению риска распространенности данного вида заболеваний, а также более раннему их выявлению, что улучшит прогноз данной категории больных [1]. Здоровый образ жизни, отсутствие вредных привычек является мерой профилактики развития онкопатологии [1, 2].

Медсестре принадлежит важная роль в жизни пациента и его родственников, она оказывает физическую и психологическую поддержку, выполняет целый ряд важных задач. Современное лечение онкологических больных является сложной проблемой, в решении которой принимают участие врачи различных специальностей: хирурги, онкологи, психологи. К мероприятиям общего сестринского ухода за онкобольными относят следующие обязанности медицинской сестры.

1. Обеспечение физического и психологического покоя - для создания комфорта, уменьшения действия раздражителей.

2. Контроль соблюдения двигательного режима пациента - для создания физического покоя, профилактики осложнений.

3. Подготовка пациента к различным исследованиям.

4. Проветривание палаты, комнаты - для обогащения воздуха кислородом.

5. Контроль физиологических отправлений - для профилактик запоров, отеков, образования конкрементов в почках.

6. Контроль состояния пациента (измерение температуры, артериального давления, подсчет пульса, частоты дыхательных движений) - для ранней диагностики осложнений и своевременного оказания неотложной помощи.

7. Мероприятия по соблюдению личной гигиены для создания комфорта, профилактики осложнений. Смена постельного и нательного белья - для создания комфорта, профилактики осложнений.

8. Осуществление транспортировки пациента.

9. Кормление пациента, помощь при кормлении - для обеспечения жизненно важных функций организма.

10. Обучение родственников мероприятиям по уходу - для обеспечения комфорта пациента.

11. Создание атмосферы оптимизма - для обеспечения максимально возможного комфорта.

12. Организация досуга пациента - для создания максимально возможного комфорта и благополучия.

13. Обучение пациента приемам самоухода - для поощрения, мотивации к действию.

К мероприятиям специального сестринского ухода при онкопатологии относят следующие:

- введение лекарственных препаратов (химиотерапии, гормонотерапии, обезболивающих препаратов и др.) согласно врачебным назначениям;
- участие в диагностике и лечении возникающих в процессе лечения осложнений;
- психологическая и психосоциальная помощь больным;
- образовательная работа с пациентами и членами их семьи;
- участие в проведении научных исследований.

Создание благоприятных условий для онкологического пациента, деликатное и тактичное отношение, готовность оказать помощь в любую минуту являются обязательными -- обязательные условия качественного сестринского ухода. Качественная сестринская помощь лежит в основе ухода за онкобольными, играя ключевую роль в решении медицинских, психологических и социальных проблем как самого пациента, так и его семьи.

Список литературы:

5. Онкология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В. И. Чиссова, М. И. Давыдова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 576 с.

6. Смолева Э.В. Сестринский уход в терапии: учеб. пособие для студ. сред. проф. образования / Э.В. Смолева; под ред. Б.В. Кабарухина. - 4-е изд. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2017. - 365 с.

7. World Health Organization Global Health Observatory Data Repository, Mortality and Global Health Estimates 2012. [Электронный ресурс] URL: apps.who.int (22.12.2019).

8. World Health Statistics 2014. [Электронный ресурс] URL: http://apps.who.int/ (22.12.2019).

ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Федоров Константин Денисович
Студент
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж
Научный руководитель – к.и.н., доц. каф. философии и гуманитарной подготовки Т.В. Жиброва

Аннотация: статья посвящена проблемам качества подготовки специалистов сестринского дела. Автор анализирует советскую систему подготовки медперсонала, а также начавшуюся с 1991 года систему подготовки при высших учебных заведениях медсестер с высшим медицинским образованием.

Ключевые слова: сестринское дело, медицина, подготовка, медперсонал, качество.

В разные эпохи медицина поэтапно преодолевала серьёзные изменения, и это касается не только методов и подходов к лечению, но и качественного и количественного состава персонала, производящего лечебные мероприятия. Выделение медсестёр на фоне высокопрофессиональной категории врачей было ознаменовано страшными событиям войны, которая предрасположила к созданию сестёр милосердия как помощников в изматывающей работе врачей. Постепенно обязанности медсестринского персонала становились всё масштабнее, появилось внутреннее деление, которое разграничивало часть работы одних медсестёр и перекладывало на других, более или менее опытных. Уже в XX веке роль сестринского дела в системах здравоохранения, особенно советской, была довольно заметна, а в местах, где отсутствовал врачебный персонал, вообще брала на себя все обязанности лечебного учреждения по оказанию медицинской помощи, что делало медсестёр всё более опытнее [1].

На сегодняшний день медсестринский персонал в своём гораздо большем количестве, нежели врачебный, оказывает неоценимую поддержку врачам, выполняя часть их работы.

Как известно, существует три “подразделения” сестринского дела, которые хотя и выполняют разную работу, функционируют сообща и имеют ряд общих задач, поэтому подготовка специалиста более высокого уровня требует знания работы остальных. Это факт способствует разработке категорического плана по обучению сестринскому делу. Появление трехступенчатой системы профессионального образования позволило готовить кадры, обладающие профессиональной компетентностью в области не только ухода за больными, но и эффективной управленческой деятельности, рационального использования ресурсов, четкой организации работы персонала. Уже в 1997 году был создан образовательный стандарт, по которому должна была осуществляться качественная подготовка по специальности сестринское дело. Обучение осуществляется в училищах и колледжах (среднего медперсонала), а также при высших учебных заведениях (сестёр с высшим образованием) [1].

Введение непрерывного медицинского образования было логически обосновано улучшением подготовки в быстроразвивающемся мире медицины. Различные технические новинки, компьютерные разработки, а также периодическое изучение и

повторение различных материалов по уходу за больными, по организации качественной работы младшего и среднего медперсонала (для профессиональных сестёр руководителей) – причина осуществления этой программы. В 2015 году был разработан новый профессиональный стандарт для медсестёр по организации и оказанию медицинских услуг по уходу за больными. Целью такого введения было разумное распределение обязанностей для комфортной работы стационарной системы. Мало где этот стандарт был применён в жизнь, так как это бы предполагало колоссальную переподготовку среднего медперсонала.

Помогло ли повышение квалификации 1 раз в 5 лет более эффективной работе персонала по оказанию услуг? Как на самом деле происходит обучение среднего медперсонала? На эти вопросы помогли ответить 24 опытных городских и сельских медсестры. Анкетирование проводилось в городе Усмань Липецкой области, а также в селе Октябрьское Усманского района Липецкой области. Анкетирование, касающееся этих вопросов, дало следующий результат: 87,5 % опрошенных подтвердило, что основное обучение среднего персонала происходит непосредственно во время работы, а знания, полученные в колледже, незначительно влияют на накопление опыта. 78% респондентов считают, что введение непрерывного сестринского образования является правильным методом поддержания умений и навыков специалистов, способствующим эффективности оказания услуг [2]. Тем не менее в медицине существует множество неопытного среднего медперсонала, который не умеет производить незначительные манипуляции, делающий постоянные ошибки в простых вещах, но, несмотря на это, большая часть опрошенных считает, что “такие работники не должны увольняться, а их нужно учить по силе возможности и ставить на выполнение несложных задач.” Такое мнение в большинстве случаях связано с неуменьшающейся катастрофической нехваткой медработников по многим регионам страны.Сестры с высшим образованием не очень востребованы на рынке труда, так как задействованы в сфере управления и кадровой политике, а не в непосредственном лечении больных и уходе за ними. В тоже время, такие специалисты нужны, а их качественная подготовка в значительной части определяет дальнейшее функционирование лечебного учреждения [2].

Качественная подготовка специалистов среднего и высшего образования до сих пор является важной задачей министерства здравоохранения и медицинских училищ, колледжей и вузов. Дефицит грамотных специалистов всегда оставался открытым, и не скоро разрешится, поэтому сейчас государством проводится политика, направленная не только на количественную, но и качественную составляющую медицинской сферы услуг, что через несколько лет значительно отразится на качестве оказываемого ухода и оказываемых услуг. Изменение предметного состава обучения с конца XX столетия позволяет сестринскому персоналу овладевать базовыми знаниями, касающиеся менеджмента, юриспруденции, экономики. Это помогает не только в знании законов и собственной сферы деятельности, но и в ориентировании в системе управления здравоохранением.

Список литературы:

1. Глубоковская Е. Е. Современные проблемы подготовки и профессиональной реализации среднего медицинского персонала / Е. Е. Глубоковская // Медицинские интернет-конференции. - 2013. - Том 3 №12. - С. 1395-1398.

2. Программа развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010–2020 годы // Главная медицинская сестра. - 2009. - № 12. - С. 25-31.