

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ ПО РАБОТЕ СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ

А.А. Домашенко, В.В.Козлов, В.Я. Плоткин, И.Г. Иванов, Ю.М. Гомон
Городская больница Святого Великомученика Георгия,
Санкт-Петербургский государственный университет
E-mail: gomonmd@yandex.ru

Изложены задачи Учебно-методического кабинета по работе со средним медицинским персоналом, организованного в Городской больнице Святого Великомученика Георгия.

Ключевые слова: учебно-методический кабинет, организация конференций, периоперативная боль, сестринский уход.

Со времен Флоренс Найтингейл, основательницы современной сестринской школы, в развитии медицины произошла подлинная революция.



Главный специалист по сестринскому делу Комитета по здравоохранению при правительстве Санкт-Петербурга И.В. Бубликова

Однако динамика совершенствования сестринского дела, престиж сестринской профессии, уровень методической поддержки медсестры до сих пор не в полной мере отвечают потребностям современного здравоохранения. С целью устранения этого несоответствия в больнице Святого Великомученика Георгия (Санкт-Петербург) создан Учебно-методический кабинет (УМК) по работе со средним медицинским персоналом. Задачами УМК являются повышение профессионального уровня сестринского персонала, создание условий для самообразования и в конечном счете – усиление роли медсестры в оказании помощи пациентам на базе больницы.

Руководит кабинетом заведующий 2-м кардиологическим отделением И.Г. Иванов. Поддерживает деятельность УМК кафедра пропедевтики внутренних болезней медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета (СПбГУ), возглавляемая профессором В.Я. Плоткиным. Сотрудники кафедры преподают курс общего ухода за больными, основы сестринского дела. Таким образом, кафедра обладает всеми методическими возможностями для реализации проекта совместно с больницей. УМК организует сестринские конференции, проводит мастер-классы и школы профессионального мастерства, формирует базу законодательных и нормативных документов, фонд методической и учебной литературы, занимается подготовкой статей в журналы «Медицинская сестра», «Главная медицинская сестра», «Сестринское дело», разрабатывает внутрибольничные стандарты. Так, уже созданы внутрибольничные стандарты по организации ухода за больными, основанные на отраслевых нормативах, но учитывающие специфику конкретного лечебного учреждения. Крайне важным представляется создание адекватных условий для самообразования медсестер. В этом могут помочь база нормативных актов, стандартов, подборка актуальной литературы и информации из интернет-источников.

6 октября 2011 г. в рамках образовательной деятельности УМК при поддержке администрации

больницы и кафедры пропедевтики внутренних болезней медицинского факультета СПбГУ в больнице Святого Великомученика Георгия прошла межбольничная, межкафедральная научно-практическая конференция «Особенности организации ухода за больными в современных условиях».

На Конференции присутствовал широкий круг специалистов в области сестринского дела, врачи разных специальностей, организаторы здравоохранения. В представленных докладах освещались актуальные для современной медицины вопросы ухода за больными. Высококвалифицированный президиум в составе главного врача больницы А.А. Домашенко, заведующего кафедрой профессора В.Я. Плоткина, главного специалиста по сестринскому делу комитета по здравоохранению при правительстве Санкт-Петербурга И.В. Бубликовой и руководителя УМК И.Г. Иванова выделил как наиболее интересные доклады старших медсестер Е.В. Поляковой и Е.И. Шерстневой.

Е.В. Полякова выступила с докладом «Проблема боли в работе хирургической медсестры», в котором она обобщила свой богатый опыт. Тема доклада была выбрана не случайно. Уход за пациентом с болевым синдромом – важная часть повседневной деятельности персонала хирургических отделений. В процессе подготовки работы проводилось анонимное анкетирование пациентов 1-го и 3-го хирургических отделений. 31 из 33 опрошенных испытывал боль. Следует отметить, что хирургическая боль представляет собой не только боль, воз-

никающую после оперативного вмешательства: далеко не каждого хирургического пациента оперируют (за 2010 г. в 1-е и 3-е хирургические отделения поступили 3700 человек, из них прооперировано 1425, т.е. 38,5%). Из опрошенных было прооперировано 14 (42,5%) человек.

Существует 3 основных направления всестороннего подхода к проблеме облегчения болей:

- оценка характера болей;
- терапевтическая стратегия (оперативное или консервативное лечение пациента);
- постоянный индивидуальный уход.

Оценка интенсивности боли осуществляется описательным образом или с помощью десятибалльной шкалы, которая и была предложена пациентам. 15 (46%) человек расценили свою боль как легкую, 7 – как умеренную, 7 – как невыносимую (по 21%); 2 больных отметили, что не испытывали боли, и еще 2 отказались ответить на вопрос.

Уход за хирургическими пациентами зависит от выбора терапевтической стратегии (оперативное или консервативное лечение). Периоперативная практика медсестер предполагает лечение и уход за хирургическими пациентами в предоперационном, интраоперационном и послеоперационном периодах. В периоперативном процессе участвуют все медсестры, работающие в хирургии: палатные, операционные, медсестры-анестезисты, реанимационные медсестры. Чтобы достичь хороших результатов ухода, требуются совместные усилия всех специалистов, работа в команде.



Участники Конференции

В хирургическом отделении медсестры оценивают уровень осведомленности больного о предстоящей ему операции, оценивают его психологический настрой. В ожидании операции человек волнуется, его беспокойство оправдано. Ожидание боли, а в некоторых случаях – предчувствие беспомощности в послеоперационном периоде тревожат и угнетают больного. Медсестра должна поддерживать в нем уверенность, что благодаря высокой квалификации хирургов и анестезиологов, приему лекарств и использованию специальных приемов операция и послеоперационный период будут безболезненными. Важно убедить пациента в успехе лечения. Это – трудная задача, требующая в каждом случае индивидуального подхода. Независимо от своего собственного настроения необходимо постоянно поддерживать у больного бодрость духа.

В отделении после возвращения пациента из операционной показан индивидуальный уход с учетом его потребностей. Медсестры обучают пациента самоуходу, дают родственникам рекомендации по уходу на дому. На данном этапе очень важно внимательно относиться к проблеме послеоперационной боли, своевременно проводить обезболивающую терапию, учитывать необходимость обезболивания перед перевязками. Из опрошенных 14 прооперированных больных испытывали боль:

- до операции – 6 (43%);
- после операции – 5 (36%);
- во время перевязки – 1 (7%).

Уход за пациентом, получающим консервативную терапию, – тоже индивидуальный. В первую очередь он предусматривает обезболивание по назначению врача. Кратность введения лекарственных препаратов и их доза зависят от характера воспалительного или повреждающего процесса, от состояния пациента, его индивидуальных особенностей (болевого порог может быть разным).

На вопрос о кратности обезболивания 13 (40%) пациентов ответили, что получали обезболивание при болях, 10 (30%) – 3 раза в сутки, 3 (9%) – 2 раза в сутки, 1 (3%) пациенту было необходимо обезболивание более 3 раз в сутки, 4 (12%) – обезболивание не производилось; 2 (6%) пациента – не ответили на заданный вопрос.

Выбор способа введения обезболивающего препарата зависит от тех же факторов, что и кратность обезболивания, и доза лекарственного средства. Из опрошенных нами пациентов 23 получали внутримышечные инъекции, 10 – внутривенные. Реже использовались таблетированные препараты и ректальные суппозитории. Особенно важно отметить, что из опрошенных больных 2 отметили беседу с медсестрой как эффективную с точки зрения терапии боли.

Медсестре следует помнить о необходимости вступать в диалог с пациентом, вести поддерживающие, информирующие и инструктирующие беседы, отвечать на вопросы. Своими действиями она может влиять на болевой порог, нивелируя факторы, снижающие его неудобства, бессонницу, усталость, беспокойство, страх и др.

Средний медицинский персонал должен информировать больного о необходимости соблюдения режима и диеты, требовать их выполнения. Из 33 опрошенных пациентов у 6 болевой синдром рецидивировал при нарушении режима, а у 12 – при нарушении диеты.

Старшая медсестра кардиореанимационного отделения Е.И. Шерстнева сделала доклад на тему «Уход за пациентами в условиях ОРИТ для больных кардиологического профиля». От своевременного и квалифицированного ухода зависит дальнейший прогноз и качество жизни реанимационных пациентов. Большую часть манипуляций, предусмотренных уходом, выполняет средний медицинский персонал.

Основные задачи отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) – поддержание витальных функций пациентов, что сопряжено с переводом пациента на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), получением доступа к центральным и периферическим сосудам, постановкой назогастральных зондов и уретральных катетеров. Одним из наиболее частых осложнений острого коронарного синдрома, характерных для пациентов пожилого возраста, является кардиоцеребральный синдром, увеличивающий сроки пребывания в ОРИТ и вызывающий необходимость профилактики пролежней; в случае их появления требуется их обрабатывать и принимать меры по предотвращению инфекции.

Часто пациентам отделения кардиореанимации требуется ИВЛ, что может послужить причиной дополнительного инфицирования. Следует сделать все, чтобы предотвратить распространение высокорезистентной к современным антибактериальным препаратам внутрибольничной инфекции (ВБИ), в частности внутрибольничной пневмонии, в том числе – вентиляторассоциированной.

К числу наиболее важных мер профилактики ВБИ, в том числе внутрибольничных (нозокомиальных) пневмоний, относится мытье рук и использование маски, а также подъем головного конца кровати. Мытье рук при переходе от одного пациента к другому – одно из основных требований к медицинскому персоналу. Эта простая манипуляция может предотвратить передачу возбудителей и контаминацию рук медицинского персонала потенциально патогенными бактериями. Важно отметить, что риск попадания содержимого из же-

лудка в нижние дыхательные пути гораздо выше при лежачем положении больного, чем в положении сидя или полусидя.

Бактерии могут размножаться и в респираторном оборудовании. Вероятность пневмонии тем больше, чем чаще осуществляются манипуляции с дыхательным контуром. При обработке аппаратов ИВЛ всегда необходимо тщательно удалять конденсат, поскольку в нем могут содержаться бактерии, поступившие из дыхательных путей пациента. Применение обменника тепла и влаги позволяет избежать образования конденсата. Встроенные небулайзеры следует промывать и чистить после каждого использования, чтобы избежать их контаминации.

Потеря контроля над дыхательными путями, увеличение продукции секрета, неадекватный кашель, патология легких, приводящая к сгущению секрета, – все это по отдельности или в совокупности может вызвать скопление и задержку секрета в дыхательных путях. Нарушение сознания или неспособность пациента контролировать верхние дыхательные пути могут способствовать развитию неадекватного кашля. Эндотрахеальная и трахеостомическая трубки также нарушают эффективный кашель и мукоцилиарный клиренс. Поскольку микроаспирация – основной путь проникновения микроорганизмов в дыхательные пути, важна не только санация верхних дыхательных путей через интубационную трубку, но и тщательная санация ротовой полости, носо- и ротоглотки с использованием негибкого катетера.

Под санацией понимают механическую аспирацию материала из верхних дыхательных путей (рта или носа, трахеи, главных бронхов). Эта процедура может потребоваться для удаления слюны, легочного секрета, крови или рвотных масс и часто является ключевым моментом в обеспечении вентилиации и оксигенации.

Пациенты ОРИТ представляют собой группу риска по развитию катетерассоциированной инфекции. Поэтому столь необходимы соблюдение правил асептики при установке центральных и периферических катетеров, осторожность при выполнении инфузии и инъекций, строгое соблюдение правил ухода, ежедневный осмотр и обработка места пункции. В случае возникновения инфильтрации следует незамедлительно удалить катетер

с последующей обработкой катетеров стерильным материалом с антисептиком.

Докладчик особо остановилась на процедуре постановки временного электрокардиостимулятора (ВЭКС) и уходе за ним. Постановка ВЭКС – инвазивная манипуляция, во время которой требуется соблюдать все правила асептики и антисептики, что позволяет избежать проблем, связанных с катетеризацией центральных сосудов, и эндокардитов. Последующая обработка интрадина должна проводиться с максимальной осторожностью для предотвращения дислокации электрода.

В связи с тяжестью состояния пациентов, находящихся на лечении в реанимационном отделении, необходим многоуровневый контроль за их состоянием: физикальный осмотр, мониторинг и лабораторное наблюдение.

В процессе ухода важно помнить не только об основных потребностях человека (питье, еда, сон и т.п.), но и о его привычках, интересах, ритме жизни до болезни. Работа палатной медсестры в реанимационном отделении отличается большими физическими и эмоциональными нагрузками, динамична, характеризуется частыми экстремальными ситуациями, профессиональными вредностями и трудностями, в частности постоянным пребыванием среди тяжелобольных, высоким уровнем ответственности за их жизнь. Своевременное выполнение медсестрой необходимых элементов ухода – первый шаг к реабилитации больного.

При подведении итогов Конференции ее участницы и организаторы высоко оценили деятельность Учебно-методического кабинета, что свидетельствует о хороших перспективах межбольничного и межкафедрального сотрудничества.

A TEACHING-METHODICAL ROOM FOR WORK WITH MIDDLE-LEVEL MEDICAL PERSONNEL

A.A. Domashenko, V.V. Kozlov, V.Ya. Plotkin, I.G. Ivanov, Yu.M. Gomon

Holy Martyr George City Hospital, Saint Petersburg, Saint Petersburg State University

The paper outlines the tasks of the teaching-methodical room for work with middle-level medical level, which has been set up at the Holy Martyr George City Hospital.

Key words: a teaching-methodical room, conference arrangement, perioperative pain, nursing care