

2020, № 21

СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

Подопригора Г.М., к.м.н., доцент кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

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

Аристидова С.Н., зав.уч.ч.кафедры гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности ФГБОУ «СЗ ГМУ им. И.И.Мечникова»

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

ISSN 2413-6271

Учредитель:
АНО «Независимое информационное агентство »НИАГара» (г.СПб, с 2004 г.)

Спонсор выпуска –
ПРОО МР СПб

С 2017 года ЖУРНАЛ ИНДЕКСИРУЕТСЯ В РИНЦе (Российский Индекс Научного Цитирования – Science Index)

Журнал выходит с 2013 г.

Адрес редакции:
Санкт-Петербург, Пискаревский пр., 47
Кафедра гериатрии, пропедевтики и управления в сестринской деятельности

По вопросам подписки на электронную версию обращаться по адресу:

mediteka21@mediteka.ru

Оригинал-макет –
Цуцунава М.Р.

СОДЕРЖАНИЕ

ОТ РЕДАКЦИИ.....3

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

Лаптева Е.С., Дьячкова – Герцева Д.С., Цуцунава М.Р. Медико-социальный патронаж пожилого населения: состояние, проблемы	4
Божков И.А., Севастьянов М.А. Ответственность и полномочия лечащего врача на примере обеспечения средствами реабилитации лиц с ограниченными возможностями.....	7
Ишутина И.С., Владимирова О.Н., Ходаковский М.Д., Герашенко Л.И. Оценка нуждаемости семей с детьми-инвалидами в дополнительных мерах социальной защиты.....	10
Виноградова М.В., Врабий Д.А., Божков И.А., Севастьянов М.А. Взаимодействие фонда социального страхования с медицинскими и социальными организациями в предоставлении социальных гарантий гражданам РФ.....	12
Зайцева Е.В., Витовская М.Л. и соавт. Организация диспансерного наблюдения пациентов СПб ГБУЗ ПТД №5 в период эпидемии коронавирусной инфекции.....	14
Юбрина И.В., Божков И.А., Ченцов Д.В. Диспансеризация – метод сохранения и укрепления здоровья.....	16
Бронников В.А., Григорьева М.И., Серебрякова В.Ю. Межведомственное взаимодействие в системе ранней помощи пермского края: становление и развитие.....	17
Горяинов И.В., Владимирова О.Н., Горяинова М.В. Организационно–правовое обеспечение медико–социальной экспертизы у детей со стойкими нарушениями слуха.....	19
Гуткин М.Г., Богородский Д.Ю., Шалыгин К.В., Жевага Л.М. Психологическая и социальная поддержка больных туберкулезом, как профилактика отрывов от лечения.....	21
Корнева Н.В., Врабий Д.А., Божков И.А. Отделение медико-социальной помощи – гарантированная поддержка во фтизиатрии.....	23
Севастьянов М.А., Божков И.А. Методические подходы к оценке нуждаемости в социальных услугах.....	26
Забалуева Н.И. Порядок назначения лекарственных препаратов гражданам, имеющим право на бесплатное/льготное лекарственное обеспечение. новации законодательства.....	28

ОБРАЗОВАНИЕ

Лаптева Е.С., Цуцунава М.Р., Аристидова С.Н., Джалалова О.Ю. Пандемия – время переосмысления или как пандемия повлияла на образование.....	32
Цуцунава М.Р. Если ВКР о роли медицинской сестры.....	35

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ

COVID-19 : почему вопрос о возможности развития второй вспышки остается открытым.....	44
---	----

Уважаемые коллеги!

Этот номер должен был выйти на два месяца раньше. Однако известные обстоятельства вмешались в нашу пусть не всегда спокойную, скорее, привычно бурную, но все же размеренную жизнь, заставив посмотреть на многие вещи по-другому, отчасти произвести переоценку ценностей.

Например, будем ли мы смотреть на наши руки по-старому? Или все-таки что-то, наконец, изменится? Разве на протяжении последних 20 лет (если не больше) не предпринимались попытки обратить внимание медицинских работников на этот аспект в их работе, чтобы сократить распространение ВБИ? Вопрос гигиены рук включен практически во все образовательные программы, по которым учатся медицинские работники, однако исследования констатировали факт, что медицинские работники по большому счету игнорировали этот аспект своей работы и чаще, чем этого хотелось бы, по весьма непростительным причинам. А сегодня появилась надежда, что этот опыт приживется, ведь сегодня к пропаганде этого крайне значимого мероприятия подключили популяционный подход, и буквально на каждом шагу на рекламных щитах, где некогда господствовали коммерческие предложения, периодически можно наблюдать информацию о значимости мытья рук для профилактики COVID-19.

Пандемия попыталась вмешаться в одно крайне значимое событие года: Всемирная организация здравоохранения объявила 2020 год Годом медицинской сестры и акушерки. Для этого есть своя причина: в этом году все мировое сестринское сообщество отмечает 200-летие со дня рождения Флоренс Найтингел.

Уже в октябре 2019 года появилась информация о планируемом международном Конгрессе в Великобритании, инициатором и организатором которого является Фонд Флоренс Найтингейл. Отдельно выделенным направлением в программе Конгресса являются научные исследования в области сестринского дела. Это не случайно, ведь именно Флоренс первой применила научный подход к сестринскому уходу, благодаря чему были спасены многие жизни и из-за отсутствия которого сегодня сестринское дело остается в лучшем случае «традиционным».

Ирония заключается в том, что, предприняв немало усилий для того, чтобы обеспечить хоть какое-то движение в нашей стране в развитии этого направления, в этом году мы, похоже, вообще останемся без исследований, которые обычно худо-бедно проводят выпускники медицинских колледжей. Карантин перекрыл студентам доступ к исследовательским площадкам, коими по большому счету всегда были лечебные учреждения. В своих ВКР они ограничатся теорией...

А что же будет завтра? Как сказал один мудрец: «Завтра начинается сегодня». Или как то так, но суть должна быть ясна... Следуя пророчеству мудреца, со своей стороны, мы решили этот номер полностью посвятить научным исследованиям, проводимым и в нашей стране, и за рубежом, которые имеют самое непосредственное отношение к сестринской практике, и изучение результатов которых поможет переосмыслить сестринскую работу, по возможности обновить ее, потому что ей давно требуется перезагрузка. Чтобы завтра что-то изменилось, начнем апдейт сегодня.

От редакции,

Цыгунова М.Р.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПАТРОНАЖ ПОЖИЛОГО НАСЕЛЕНИЯ: СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ

Лантева Е.С., Дьячкова – Герцева Д.С., Цуцунова М.Р.
ФГБОУ ВО «СЗГМУ им.И.И.Мечникова»

Аннотация

Демографическая ситуация, сложившаяся в стране за последние 20 лет, диктует необходимость рассматривать оказание медико-социальной помощи пожилым людям как важное направление в государственной социальной политике России. Медико-социальная работа имеет целью оказание одновременно медицинских и социальных услуг с позиций современной концепции здоровья. Для многих пожилых людей наиболее предпочтительный вариант ухода – попечительство в форме патронажа, который может быть организован на дому или медико-социальными учреждениями. Однако многие вопросы, связанные с организацией медико-социального патронажа пожилым, остаются неразработанными. Одним из вопросов, который сегодня находится в центре внимания специалистов, - возможности оптимизации медико-социальной помощи пожилым. Статья знакомит с опытом ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.Мечникова, где была разработана программа для автоматического расчета и системы мониторинга выявления гериатрических синдромов, полиморбидных состояний лиц пожилого и старческого возраста и оценки эффективности лечения.

Медико-социальный патронаж – вид деятельности медицинских, социальных и общественных организаций, осуществляемый с целью удовлетворения потребности в медико-социальной помощи отдельных лиц, семей, групп населения, решения вопросов социальной защиты населения при решении проблем медико-социального характера, обеспечения доступности медико-социальной помощи для всех групп населения, осуществления непрерывности наблюдения за здоровьем соответствующего контингента лиц, а также организации помощи в осуществлении медико-социальной адаптации. [2], [10]. Кроме того, медико-социальная работа имеет целью оказание одновременно медицинских и социальных услуг с позиций современной концепции здоровья, предполагающей обеспечение физического, духовного и социального благополучия человека. [12]

В современных условиях медико-социальный патронаж является связующим звеном между здравоохранением и социальной службой. При этом сегодня организованное взаимодействие между социальной и медицинской системами признается неэффективным. [1]

На сегодняшний день наиболее разработаны вопросы организации медико-социальной помощи в педиатрической службе. Эти вопросы отражены в работах Орела В.И. и соавт. 2018 [9], Падуриной Е.А., 2017[11], Зелинской Д.И. и соавт. 2016 [7], Чечерина Л.П. и соавт. 2014 [13], Ждановой Л.А. и соавт. 2013, [6] Альбицкого В.Ю. и соавт.2013 [3] и др.). В частности, рекомендуется проводить медико-социальный патронаж в педиатрии по двум направлениям: диагностическому (ознакомление с условиями жизни, изучение возможных факторов риска (медицинских, социальных, бытовых), исследование сложившихся проблемных ситуаций); контрольному (оценка состояния детей, динамика проблем (если контакт с семьей повторный), анализ хода реабилитационных мероприятий, а также выполнения рекомендаций). [8]

Однако демографическая ситуация в России ставит перед обществом и государством новые цели, которые должны быть направлены на обеспечение основных потребностей граждан старшего поколения для создания условий их активного участия в политической, социальной и других сферах деятельности общества.

Сегодня в России в каждой третьей семье есть пожилые люди, имеющие специфические потребности в силу возраста или инвалидности. До определенного времени пожилые люди, страдающие возраст-ассоциированными заболеваниями, требуют лишь повышенного внимания со стороны родственников, но по мере ухудшения состояния, они нуждаются в регулярном специальном уходе и медико-социальной помощи. С проблемой постоянного ухода сталкивается каждая тридцатая семья в России. Общая цифра нуждающихся в регулярной медико-социальной помощи составляет 3-4 млн человек, из них более полутора миллионов – это лежачие больные и престарелые. [5]

Оказание медико-социальной помощи пожилым людям является важнейшим направлением в государственной социальной политике России. [1] Согласно постановлению Правительства РФ от 15.04.2014 N 296 (ред. от 09.08.2017) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Социальная поддержка граждан» к приоритетным направлениям социальной политики Российской Федерации отнесено обеспечение доступности социальных услуг высокого качества для всех нуждающихся граждан пожилого возраста. [15]

Правительством Российской Федерации утверждена Стратегия действий в интересах граждан пожилого возраста до 2025 года (распоряжением Правительства РФ от 5 февраля 2016 г. № 164-р), в которой одним из приоритетных направлений является обеспечение здоровья людей пожилого возраста для увеличения продолжительности жизни и повышение уровня и качества жизни людей старшего поколения.

Советом при Правительстве Российской Федерации по вопросам попечительства в социальной сфере (20.06.2018 г.) разработана Концепция активного долголетия и системы долговременного ухода за пожилыми людьми и инвалидами в Российской Федерации, которая предусматривает комплекс мер, направленный на организацию системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения, а также интеграцию медицинской и социальной составляющей, направленную на приближение помощи к пожилым людям. Меры подразумевают изменения подходов к организации социального обслуживания и медицинской помощи и совершенствование механизмов межведомственного взаимодействия медицинских организаций и организаций социального обслуживания, возможно создание новых технологий, включая развитие патронажных служб. Все задачи направлены на поддержание функциональных способностей граждан старшего поколения.

16 сентября 2019 года вошел в действие приказ МЗРФ № 381н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», в пункте

№ 17 которого перечислены 38 показателей, в том числе характеризующие мероприятия по обеспечению ухода при оказании медицинской помощи, поэтому система долговременного ухода должна обеспечить поддержку качества жизни с достойным уровнем независимости, автономии и самореализации.

На данный момент действующим является Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ (ред. от 21.07.2014) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», где прописаны основные принципы социального обслуживания населения. Согласно ФЗ № 442 основным из принципов оказания социальной помощи граждан является равный, свободный доступ граждан к социальному обслуживанию независимо от возраста. [17] Медицинская часть помощи пожилым регламентируется Приказом Минздрава РФ от 28.-7.1999 № 297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации» (вместе с «Положением об организации деятельности гериатрического центра», «Положением об организации деятельности гериатрической больницы (отделения)», «Положением об организации деятельности отделения медико-социальной помощи»). [16]

Для многих пожилых людей наиболее предпочтительный вариант ухода – попечительство в форме патронажа, который может быть организован на дому или медико-социальными учреждениями. Нуждающимся в патронаже могут быть оказаны не только медицинские или санитарно-гигиенические услуги, но также и специальные профилактические, оздоровительные процедуры. [5] Задачами медико-социального патронажа пожилых людей могут быть:

- оценка условий жизни семьи;
- выявление медико-социальных проблем;
- установление связи между семьями с пожилыми и медицинскими учреждениями;
- осуществление контроля за выполнением программ реабилитации;
- повышение уровня санитарно-гигиенических и правовых знаний;
- динамическое наблюдение за состоянием здоровья пожилых людей;
- первичная и вторичная профилактика;
- формирование установки на здоровый образ жизни.

Сегодня одним из направлений изучения вопросов организации медико-социального патронажа является оптимизация медико-социальной помощи пожилым пациентам. В частности, в работе Голубева Е.Ю. и соавт. изучались критерии оценки, обязательные к применению в системе социального обслуживания. [4] Объективная оценка потребностей в необходимой помощи лицам пожилого возраста является ключевой в выборе соответствующих услуг. В России унифицированных критериев, широко применяемых за рубежом при предоставлении различных видов услуг по уходу за пожилыми и престарелыми людьми, не существует. Данная потребность в услугах по уходу для лиц пожилого возраста выявляется, в частности, путем использования RaVa-индекса в качестве рабочего инструмента.

В работе Чувашиной М.С. и соавт. возможность оптимизации медико-социальной помощи лицам пожилого возраста изучалась путем выявления «хрупких» пациентов. Оценка частоты встречаемости «хрупких» и «прехрупких» пациентов среди лиц пожилого и старческого возраста на амбулаторно-поликлиническом участке по обращаемости пациентов показала 45% «хрупких» пациентов, 38% «прехрупких» и 17% «крепких». Авторы считают, что врачам-терапевтам необходимо путем комплексной гериатрической оценки выявлять «хрупких» и «прехрупких» категорий больных для оптимизации методов лечения и улучшения качества жизни пациентов. [14]

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.Мечникова была разработана программа для автоматического расчета и системы мониторинга выявления гериатрических синдромов, полиморбидных состояний лиц пожилого и старческого возраста и оценки эффективности лечения. Данная программа направлена на анализ выявленной старческой астении, сопровождающейся различными гериатрическими синдромами, и позволяет отслеживать динамику лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, с возможным сохранением результатов расчета в формате PDF и в виде файла XLS, а также с контролируемой врачом функцией отправки результатов в лечебные и социальные учреждения города, что обеспечивает преемственность мультидисциплинарной поддержки данных пациентов. Программа позволяет существенно сократить время для проведения тестов, опросов и анкетирования для врача и пациента, оптимизировать преемственность по тактике ведения данной категории пациентов между врачами различных специальностей в медицинских и социальных учреждениях, и выполнить автоматический расчет результатов с последующим сохранением результатов расчета в текстовом, цифровом и графическом виде в формате PDF и файла XLS и отправить сохраненный бланк PDF и файл XLS на указанный врачом адрес электронной почты. Программа применима для установления объема необходимой помощи, ее планирования и улучшения состояния здоровья за короткий период времени.

Использованная литература

1. Акимова О.В. Особенности нормативно-правового регулирования медико-социальной помощи пожилым людям в Российской Федерации // БМИК. 2018. №3.
2. Алексеева Л.С., Меновщиков В.Ю. Сущностные характеристики социального патронажа и возможности его потенциального влияния на решение проблем социального здоровья семей и детей // Социальное обслуживание. 2004. № 3. С. 50–85
3. Альбицкий В. Ю., Устинова Н.В. и соавт. Порядок организации работы отделения медико-социальной помощи детской поликлиники // ВСП. 2013. №4.
4. Голубева Е. Ю., Данилова Р. И., Лахтинен Ю., Соловьев А. Г. Социально-медицинские потребности в видах обслуживания у населения пожилого возраста и Оценка эффективности предоставляемых услуг // Экология человека. 2006. №11.
5. Горошко Н. В., Емельянова Е. К. Старение населения как фактор развития российского рынка патронажного ухода и паллиативной помощи гражданам пожилого возраста // Электронный научно-методический журнал Омского ГАУ. 2019. №2 (17).
6. Жданова Л. А., Молькова Л. К. и соавт. Проблемы и перспективы в организации работы медико-социального отделения детской поликлиники // Российский педиатрический журнал. 2013. № 6.
7. Зелинская Д. И., Терлецкая Р. Н. и соавт. Медико-социальные аспекты здоровья детей в многодетных семьях // Российский педиатрический журнал. 2016. №6.
8. Орел В. И., Смирнова В. И., Картоева Р. А. Медико-социальный патронаж в условиях амбулаторно-поликлинического звена // Российский педиатрический журнал. 2013. №6.
9. Орел В. И., Ким А. В. и соавт. Организация медико-социальной работы среди детского населения // Педиатр. 2018. №1.
10. Осипова И.И. Установление контактов с семьей в процессе патронажа: методики и технологии // Отечественный журнал социальной работы. 2005. № 3. С. 56–65.
11. Падурин Е. А. Организационные аспекты деятельности психолога отделения медико-социальной помощи детям и подросткам (на примере ГБУ "Курганская детская поликлиника") // Вестник Курганского государственного университета. 2017. №3 (46).
12. Токарева Н. Г. Методика изучения особенностей медико-социальной работы с населением // ИТС. 2001. №3.
13. Чичерин Л. П., Нагаев Р. Я. Совершенствование организации медико-социальной помощи подросткам // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. № 6.
14. Чувашова М.С., Ивлиев А.В., Козлов А.Е. Оптимизация медико-социальной помощи лицам пожилого возраста путем выявления "хрупких" пациентов // БМИК. 2017. №6. Т.7
15. Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 N 296 (ред. от 09.08.2017) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Социальная поддержка граждан»
16. Приказ Минздрава РФ от 28.07.1999 N 297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации» гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации» (вместе с «Положением об организации деятельности гериатрического центра», «Положением об организации деятельности гериатрической больницы (отделения)», «Положением об организации деятельности отделения медико-социальной помощи»)
17. Федеральный закон от 28.12.2013 № 442ФЗ (ред. От 21.07.2014) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ПОЛНОМОЧИЯ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА НА ПРИМЕРЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Божков И.А.^{1,2,3}, Севастьянов М.А.⁴

¹СПб ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер №5»

²ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. И.И. Мечникова»

³ФГБОУ ВО «СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России

⁴ФГБУ ДПО «СПб ИУВЭЖ» Минтруда России

Современные федеральные законы, регулирующие отношения в социальной сфере, и иные нормативно-правовые документы, в рамках современной модели обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации (далее - ТСР), сложившейся в РФ в течение последних 15 лет, рассматривают действующую систему в свете принятых Российской Федерацией международных обязательств по реализации Конвенции о правах инвалидов, с использованием в качестве универсального понятийного аппарата и средства кодификации Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ).

Основными недостатками модели, подтвержденные оценкой правоприменительной практики судов РФ, можно считать административные барьеры, результатом взаимодействия инвалидов с основными из которых являются: недостаточная индивидуализация подходов к предоставлению ТСР в зависимости от состояния здоровья и потребностей инвалида; отсутствие возможности отбора наиболее качественных технических средств реабилитации для обеспечения инвалидов, ввиду высокой значимости ценового критерия при проведении торгов и низкий размер возмещения расходов инвалида при выплате компенсации за самостоятельно приобретенное изделие; длительный срок, проходящий от момента возникновения нуждаемости в предоставлении ТСР до момента получения ТСР.

Анализ правоприменительной практики по вопросам предоставления инвалидам ассистивных технологий и изделий на территории Российской Федерации показывает наличие разных подходов к рассматриваемой проблематике уполномоченных органов (территориальные органы ФСС РФ, ИОГВ субъектов РФ), бюро МСЭ, прокуратуры и судов. Это свидетельствует о существующей разбалансировке всего действующего механизма обеспечения инвалидов ТСР, его низкой эффективности, необходимости ликвидации существующих административных барьеров на пути оперативного решения вопросов реабилитации инвалидов. Судами установлено, что «закон связывает выплату компенсации инвалиду за приобретенное техническое средство реабилитации с фактом приобретения того средства, которое указано в ИПР, но не с датой составления самой ИПР» (Решение Ленинского районного суда Ставропольского края по делу от 09.06.2009 года № 2-1176/9), учитывая наличие у инвалида медицинских показаний для обеспечения ТСР на момент его приобретения и, что «право инвалида на предоставление ТСР не может быть поставлено в зависимость от порядка приобретения уполномоченным органом такого средства» (Решение районного суда г. Новокузнецка по делу от 11.10.2012 года № 2-4945/12).

Инициированные в 2018 году Министерством труда и социально защиты РФ, изменения в действующие нормативные документы, регламентирующие порядок направления на МСЭ и разработку ИПРА, в части определения нуждаемости инвалидов и детей-инвалидов в ТСР привели к полному исключению специалистов системы здравоохранения из процесса подбора и назначения ТСР. Например, при разработке ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) мнение организации, оказывающей медицинскую помощь гражданам, учитывается только в части рекомендуемых мероприятий по медицинской реабилитации или абилитации, указанных в направлении на МСЭ, в том, что проставляется отметка «нуждается/не нуждается» в соответствующей графе ИПРА (Приказ Минтруда России от 13.06.2017 № 486н «Об утверждении Порядка разработки и реализации ИПРА инвалида...»), а именно: мероприятий по медицинской реабилитации, санаторно-курортному лечению (Приказ Минтруда России № 578н, Минздрава России № 606н от 06.09.2018 «Об утверждении формы направления на МСЭ медицинской организацией»). Перечень необходимых мероприятий по реабилитации и абилитации также остается за рамками ИПРА. При оформлении ранее действовавшей формы направления в соответствующих разделах необходимо было указать конкретные виды, например, восстановительной терапии (включая лекарственное обеспечение), ТСР (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 31.01.2007 № 77 (Документ утратил силу в связи с изданием Приказа Минтруда

России № 578н, Минздрава России № 606н от 06.09.2018). Новой формой направления данные разделы не предусмотрены.

В соответствии с Постановлением № 607 направление на МСЭ, в том числе и в целях разработки ИПРА, осуществляется не по заявлению гражданина, а с его согласия, что должно было позволить сократить количество административных барьеров при направлении на МСЭ. Такое разумное решение сократить административные процедуры, в реальности не обеспечивает повышение качества подбора необходимых реабилитационных мероприятий и ТСР, так как, если те или иные реабилитационные мероприятия или ТСР изначально не были вписаны в форму № 088/у, то врачи-эксперты БМСЭ, во многих случаях не проявляют инициативу по назначению необходимых, с учётом индивидуальных особенностей инвалида, ТСР.

Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Основы) функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения возложены на лечащего врача (п.15 ст. 2). В ст.70 Основ подробно расписаны основные функциональные обязанности лечащего врача, в числе которых и установление диагноза заболевания пациента на основании всестороннего обследования и составления медицинского заключения о заболевании, в т.ч. явившемся причиной смерти. Именно лечащий врач при необходимости приглашает для консультаций врачей-специалистов, созывает консилиум врачей. Вместе с тем, положение ч. 2 ст. 70 Основ, согласно которому рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим врачом (за исключением случаев оказания экстренной помощи), на практике не всегда соблюдается, что нередко влечет негативные последствия, как для пациента, так и для лечащего врача. В случае с назначением ТСР такими консультантами выступают врачи – специалисты бюро медико-социальной экспертизы (далее - БМСЭ), которые устанавливают конкретному пациенту инвалидность и назначают ТСР. Во исполнение ч. 2 ст. 70 Основ должно существовать такое подзаконное регулирование, которое бы обеспечивало возможность реализации назначений этих врачей-консультантов только после согласования с лечащим врачом пациента, так как он обладает наибольшей информацией о состоянии здоровья пациента и его нуждаемости в лечении и в ТСР. Координацию действий других медицинских работников, осуществляемую лечащим врачом, можно распространить и на деятельность специалистов БМСЭ в части назначения ими ТСР инвалидам, так как такая координация необходима для соблюдения интересов пациентов-инвалидов в данном случае.

Следовательно, ответственность за состояние здоровья пациента, компенсацию или устранение функциональных нарушений, вызванных неправильно подобранными ТСР или их отсутствием, продолжает нести лечащий врач, который при ошибках в подборе ТСР специалистами БМСЭ или уполномоченными органами становится заложником ситуации. Указать на необходимые, индивидуально подобранные изделия лечащий врач не может, а ответственность за результаты лечения и реабилитации пациента в случае обеспечения его ненадлежащими ТСР, несет в любом случае! Кроме того, даже своевременно и правильно выбранное в медицинском сообществе ТСР, может быть не поставлено/изготовлено инвалиду победителем торгов, проводимых уполномоченным органом/заказчиком, чаще всего региональными отделениями фонда социального страхования, в субъекте по разным, в том числе и коррупционным, мотивам. Соответственно, уполномоченные органы при проведении государственных закупок и выдаче ТСР зачастую могут вообще не опираться ни на назначения лечащих врачей, ни на заключения специалистов БМСЭ.

К сожалению, отсутствует методология персонифицированного подбора как технических средств реабилитации из федерального перечня, так и дополнительных технических средств реабилитации в регионах, не учитывается индивидуальная потребность каждого пациента - инвалида в ТСР. Данные нормы не позволяют лечащему врачу вмешаться в процесс

назначения ТСП, что приводит на практике к ухудшению состояния здоровья пациента. Решение об обеспечении инвалидов техническими средствами реабилитации принимается при установлении медицинских показаний и противопоказаний (Приказ Минздрава №888) При проведении реабилитационно-экспертной диагностики учитывается структура потребностей, круг интересов, уровень притязаний, социальный статус и реальные возможности окружающей среды, объектов социальной инфраструктуры и др. Однако в ряде случаев утверждённые Минтрудом России показания и противопоказания для обеспечения инвалидов ТСП не соответствуют имеющимся у инвалидов индивидуальным потребностям.

Таким образом, исходя из элементов трудового статуса лечащего врача вытекает следующее: лечащий врач является работником, осуществляющим не только профессиональные медицинские, но и организационные функции, которые по общему правилу принадлежат руководителю организации и состоят в постановке задач иным работникам организации. Лечащий врач является лицом, непосредственно отвечающим за все лечение пациента в организации и имеющим все необходимые для этого властные, в том числе контрольные, полномочия и полномочия по кооперации медицинского труда. С помощью кооперации, организуемой лечащим врачом, становится возможным объединить медицинских работников не вокруг болезни, а вокруг конкретного человека — пациента, больного определенным заболеванием, устранить границы, возникающие в процессе его лечения, которые могут быть связаны и с отсутствием преемственности в оказании медицинской помощи, и сроками прохождения обследования, и отсутствием надлежащего промежуточного надзора за пациентом в перерыве между оказанием различных видов медицинской помощи, в том числе, и с назначением ТСП без индивидуальной оценки здоровья инвалида и т.д. Необходимо указать, что персонализированный подбор ТСП позволяет эффективно использовать и экономить средства бюджета и личные средства граждан.

Соответственно, отсутствие подзаконного регулирования, позволяющего лечащему врачу назначать, а при необходимости и заменять ТСП, приводит к ситуациям, при которых инвалиды не обеспечиваются теми ТСП, в которых они нуждаются, либо им предоставляются ТСП ненадлежащего качества, а лечащий врач никак не может повлиять на эту ситуацию. Однако ответственность за ненадлежащее лечение и наступивший неблагоприятный исход, связанный с ухудшением состояния здоровья или смертью, несут лечащий врач (дисциплинарная, материальная, уголовная) и медицинская организация (гражданско-правовая, возмещение вреда, штрафные санкции), в которой он работает (чч. 2-4 ст. 98 Основ).

Таким образом, нуждаемость в специальном лечении и восстановлении здоровья, медицинские показания и противопоказания к назначению ТСП, которые являются медицинскими изделиями, должны определяться медицинской организацией, лечащим врачом, который может в наиболее сложных случаях выносить вопрос о назначении /замене ТСП на врачебную комиссию, которая создается в медицинской организации, в том числе, и по вопросам реабилитации (п. 2 ст. 48 Основ), а специалисты БМСЭ, которые должны в обязательном порядке получить развернутые рекомендации лечащего врача, прежде чем назначить или заменить то или иное ТСП.

В связи с этим нормативные правовые акты Минтруда РФ и Минздрава РФ, регулирующие порядок оформления ИПРА, назначение и замену ТСП, в этой части должны быть пересмотрены и приведены в соответствие с федеральным законодательством.

ОЦЕНКА НУЖДАЕМОСТИ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ В ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕРАХ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

Ишутина И.С., Владимирова О.Н., Ходаковский М.Д., Геращенко Л.И.

В Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 одной из национальных целей и стратегических задач развития Российской Федерации на период до 2024 года определено снижение в два раза уровня бедности. Статистика показывает, что наиболее уязвимые среди демографических и социальных групп являются семьи с детьми – здесь уровень бедности составляет 22,9%. В семьях, не имеющих детей до 18 лет, уровень бедности - только 3,2%. Среди всех малообеспеченных домохозяйств семьи с детьми составляют почти 88%. Наиболее тяжелое положение в многодетных семьях. Бедными являются более 51% многодетных семей. Среди неполных семей уровень бедности – 28,0%, среди семей с детьми-инвалидами в возрасте до 18 лет – 22,2%.

Для оценки реального уровня бедности необходимо изучить долю расходов бюджета данных семей на затраты по реализации реабилитационных мероприятий и уходу за ребенком с инвалидностью.

Целью данного исследования является изучение доли расходов бюджета семьи на организацию реабилитационных мероприятий и ухода за детьми - инвалидами. Применены общенаучные методы: аналитический, сравнительный, социологический, статистический и методологические приемы систематизации, сопоставления, обобщения, интерпретации с использованием Viewer IBM SPSS Statistics 22. Проанализированы 555 анкет, где определяли нуждаемость семей с детьми-инвалидами в дополнительных мерах социальной защиты (необходимость в уходе и поддержке семьи и ближайших родственников). По возрасту дети-инвалиды были распределены следующим образом: от 0 до 3 лет - 147 (26,5%), от 4 до 7 лет - 145 (26,1%), от 8 до 14 лет – 157 (28,3%), от 15 до 17 лет – 106 (19,1%).

По социальному уровню семьи были распределены следующим образом: 437 (78,7%) являются полными (совместно проживает отец и мать/опекуны ребенка-инвалида), 118 (21,3%) являются неполными. 366 (65,9%) семей имеют от двух и более детей до 18 лет. В 148 (26,7%) семьях родители совместно проживают с другими членами семьи (взрослые дети, дядя, тетя, бабушка, дедушка).

Материальная обеспеченность семей с детьми-инвалидами различна. Большинство участников опроса - 257 (46,3%) указали, что на каждого члена семьи у них приходится от 10 до 20 тысяч рублей в месяц. Немногим меньшее количество семей - 244 (44%), отметили доход до 10 тысяч рублей на человека. Доход от 21 до 30 тысяч рублей на человека характерен для 37 (6,7%) опрошенных семей, и лишь в 13 (2,3%) семьях респондентов среднедушевой доход составляет 31 и более тысяч рублей. 4 (0,7%) семьи, по различным причинам, не указали свою материальную обеспеченность.

Анализ полученных данных показал, что 114 (20,5%) семей с детьми с инвалидностью тратят до 25% своего бюджета на реабилитацию и уход. Из них 27 семей с детьми от 0 до 3 лет, 29 – с детьми от 4 до 7 лет, 34 – детьми от 8 до 14 лет, 24 – с детьми от 15 до 17 лет.

От 26 до 50% своего бюджета на организацию реабилитации и ухода за детьми – инвалидами тратят 138 (24,9%) семей. Из них 38 семей с детьми от 0 до 3 лет, 34 – с детьми от 4 до 7 лет, 39 – с детьми от 8 до 14 лет, 27 – с детьми от 15 до 17 лет.

Больше половины, от 51 до 75% своего бюджета, на реабилитационные мероприятия и уход тратят 64 (11,5%) семей. Из них 19 семей с детьми от 0 до 3 лет, 15 – с детьми от 4 до 7 лет, 17 – с детьми от 8 до 14 лет, 13 – с детьми от 15 до 17 лет.

Самые большие траты на организацию реабилитации и ухода, а именно больше 75% своего бюджета, несут 47 (8,5%) семей. Из них 14 семей с детьми от 0 до 3 лет, 17 – с детьми от 4 до 7 лет, 10 – с детьми от 8 до 14 лет, 6 – с детьми от 15 до 17 лет.

По различным причинам не указали долю расходов своего бюджета 90 (16,2%) семей, затруднились ответить 102 (18,4%) семьи.

Таким образом, семьи с детьми с инвалидностью от 8 до 14 лет чаще всего тратят до 25% семейного бюджета на организацию реабилитации и ухода. От 26 до 50% семейного бюджета чаще остальных также тратят семьи с детьми-инвалидами возрастом от 8 до 14 лет. Семьи с детьми от 0 до 3 лет на реабилитацию и уход чаще тратят от 51 до 75% бюджета. Самые большие затраты (расходы более 75%) чаще всего несут семьи с детьми от 4 до 7 лет. 20% семей с детьми с ограниченными возможностями тратят больше половины своего бюджета.

Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, д. 50.

Ходаковский Матвей Дмитриевич, тел. 89112814903, e-mail hodak200@yandex.ru.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ С МЕДИЦИНСКИМИ И СОЦИАЛЬНЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ СОЦИАЛЬНЫХ ГАРАНТИЙ ГРАЖДАНАМ РФ

Виноградова М.В.³, Врабий Д.А.¹, Божков И.А.^{1,2,5}, Севастьянов М.А.^{3,4}

¹СПб ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер №5», Санкт-Петербург

²ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. И.И. Мечникова»

³СПб ГБСУСО «Дом-интернат для престарелых и инвалидов №1»

⁴ФГБУ ДПО «СПб ИУВЭК» Минтруда России

⁵ФГБОУ ВО «ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова»

Российская Федерация - социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека (статья 7 Конституции Российской Федерации).

Обязательное социальное страхование является частью государственной системы социальной защиты населения, спецификой которой является осуществляемое в соответствии с федеральным законом страхование работающих граждан от возможного изменения материального и (или) социального положения, в том числе, по независящим от них обстоятельствам.

Базовым законом Российской Федерации в сфере обязательного социального страхования является Федеральный закон от 16 июля 1999 года № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования».

Средствами государственного социального страхования управляет Фонд социального страхования Российской Федерации, что утверждено Постановлением Правительства РФ от 12.02.1994 №101 «О Фонде социального страхования». Задачами Фонда являются обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также выполнение отдельных поручений Правительства РФ (пособия по временной нетрудоспособности в связи с карантинном и лицам 65 лет и старше; дополнительные страховые гарантии медицинским работникам).

Обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством регулируется Федеральным законом от 29.12.2006 №255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и Федеральным законом от 19.05.1995 №81-ФЗ № «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей».

Обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством подлежат граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие на территории Российской Федерации иностранные граждане и лица без гражданства, а также иностранные граждане и лица без гражданства, временно пребывающие в Российской Федерации (за исключением высококвалифицированных специалистов в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации").

Обеспечение застрахованных лиц пособием по временной нетрудоспособности осуществляется в случаях утраты трудоспособности вследствие заболевания или травмы, необходимости осуществления ухода за больным членом семьи, карантина застрахованного лица, а также карантина ребенка в возрасте до 7 лет, посещающего дошкольную образовательную организацию, или другого члена семьи, признанного в установленном порядке недееспособным, осуществления протезирования по медицинским показаниям в стационарном специализированном учреждении, долечивания в установленном порядке в санаторно-курортных организациях. Пособие по временной нетрудоспособности выплачивается в случаях, когда заболевание или травма наступили в течении 30 календарных дней со дня прекращения деятельности или в период со дня заключения трудового договора до дня его аннулирования.

Функции медицинской организации в данном случае будет являться оформление листка нетрудоспособности, справки о рождении ребенка, на основании которой органы ЗАГС выдают свидетельство о рождении, оформление справки о постановке на учет в ЖК. В зависимости от ситуации Фонд определяет необходимое пособие (пособие по временной нетрудоспособности, единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности и т.д.) и его размер.

Обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний регулируется Федеральным законом от 24.07.1998 №125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний». Застрахованный вправе обратиться к страховщику с заявлением на получение обеспечения по страхованию независимо от срока давности страхового случая.

Функциями медицинской организации будут являться составление медицинского заключения о характере и степени тяжести повреждения здоровья застрахованного лиц, определение объема медицинской помощи, направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ).

Бюро МСЭ должно оформить заключение о степени утраты профессиональной трудоспособности, разработать программу реабилитации пострадавшего.

Данный закон также гарантирует членам семьи лица, погибшего в результате несчастного случая на производстве (профессионального заболевания). В этом случае медицинская организация оформляет заключение о связи смерти с несчастным случаем на производстве (профессиональным заболеванием), а бюро МСЭ – заключение о нуждаемости членов семьи застрахованного в уходе.

Для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и протезно-ортопедическими изделиями медицинская организация обязана оформить направление на медико-социальную экспертизу, а бюро МСЭ – оформить индивидуальную программу реабилитации или абилитации инвалида. Функция Фонда – предоставить ТСП на основании государственных контрактов или обеспечить компенсацию стоимости самостоятельного приобретения по цене ГК.

В условиях распространения новой коронавирусной инфекции Правительство РФ выпустило ряд Постановлений, обеспечивающих дополнительные социальные гарантии гражданам РФ.

Постановление Правительства РФ от 01.04.2020 №402 «Об утверждении временных правил оформления листков нетрудоспособности, назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности лицам, подлежащим обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, в возрасте 65 лет и старше» определило механизм формирования пособия. Работодатель предоставлял в ФСС реестр работников в возрасте 65 лет и старше. ФСС в течение одного дня проводит идентификацию сведений, передает данные в медицинскую организацию. Медицинская организация выдает ЭЛН единовременно на весь период по карантину. Региональное отделение ФСС выплачивает пособие по временной нетрудоспособности по месту регистрации работодателя.

Постановление Правительства РФ от 18.03.2020 №294 «Об утверждении временных правил оформления листков нетрудоспособности, назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности лицам, подлежащим обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством (далее соответственно - застрахованные лица, пособие по временной нетрудоспособности), в период нахождения на карантине в связи с распространением новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV)» гарантировало застрахованным лицам (работающие), прибывшим в РФ с территории стран, где зарегистрированы случаи заболевания новой коронавирусной инфекцией (2019-nCoV), а также на проживающих совместно с ними застрахованным лицам выплату пособия по карантину.

Дополнительные страховые гарантии медицинским работникам обеспечил Указ президента Российской Федерации от 06.05.2020 №313 «О предоставлении дополнительных страховых гарантий отдельным категориям медицинских работников», который позволяет получить выплаты при наступлении профессионального заболевания.

Таким образом, необходимость дальнейшего развития и совершенствования межведомственного взаимодействия медицинских организаций, бюро МСЭ и ФСС является одним из актуальных и базовых направлений медико-социальной поддержки граждан в РФ, которое будет обеспечивать скорую реализацию гарантий социальной защиты населения.

Список литературы:

- 1) Конституция Российской Федерации, ст.7
- 2) Федеральный закон от 16 июля 1999 года № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»
- 3) Постановление Правительства РФ от 12.02.1994 №101 «О Фонде социального страхования»
- 4) Федеральный закон от 29.12.2006 №255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»
- 5) Федеральный закон от 19.05.1995 №81-ФЗ № «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей»
- 6) Федеральный закон от 24.07.1998 №125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»
- 7) Постановление Правительства РФ от 01.04.2020 №402 «Об утверждении временных правил оформления листков нетрудоспособности, назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности лицам, подлежащим обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, в возрасте 65 лет и старше»
- 8) Постановление Правительства РФ от 18.03.2020 №294 «Об утверждении временных правил оформления листков нетрудоспособности, назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности лицам, подлежащим обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством (далее соответственно - застрахованные лица, пособие по временной нетрудоспособности), в период нахождения на карантине в связи с распространением новой коронавирусной инфекции (2019-нCoV)»
- 9) Указ президента Российской Федерации от 06.05.2020 №313 «О предоставлении дополнительных страховых гарантий отдельным категориям медицинских работников».

ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СПб ГБУЗ ПТД №5 В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

*Зайцева Е.В.¹, Витовская М.Л.¹, Казакова Н.В.¹, Лебедева Н.Ю.¹, Корнева Н.В.^{1,2},
Яковлева М.В.¹, Божков И.А.^{1,2,3}*

¹СПб ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер №5», Санкт-Петербург

²ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. И.И. Мечникова»

³ФГБОУ ВО «ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова»

Эпидемия новой коронавирусной инфекции внесла коррективы во все области жизни, в частности, возникло много сложностей в оказании амбулаторной и стационарной медицинской помощи больным туберкулезом.

В связи с меняющейся эпидемической обстановкой по COVID-2019 были последовательно изданы Постановления Главного государственного санитарного врача по городу Санкт-Петербургу Башкетовой Н.С. № 3 от 23.03.2020 п.1.1. с последующими изменениями, внесенными Постановлениями № 4 от 25.03.2020 п.1.1. и № 5 от 05.04.2020 п.1.1., регламентирующие, в том числе, особенности госпитализации и амбулаторного приема пациентов в Санкт-Петербурге.

Был введен запрет на плановую госпитализацию пациентов в медицинские организации стационарного типа. При этом пациенты с заболеваниями и состояниями, при которых отсрочка оказания медицинской помощи на определенное время может повлечь ухудшение их

состояния, угрозу жизни и здоровью, была разрешена, но с обязательным проведением указанных лицам при направлении на госпитализацию лабораторного обследования на COVID-2019.

В дальнейшем госпитализация была разрешена для пациентов с заболеваниями, включенными в перечень социально значимых заболеваний и перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утвержденный Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 N 715 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих".

Пациенты Противотуберкулезного диспансера, больные туберкулезом, могли бы быть госпитализированы в противотуберкулезные стационары, но с обязательным проведением указанным лицам при направлении на госпитализацию лабораторного обследования на COVID-2019.

Однако, больные туберкулезом, как правило относящиеся к социально незащищенным, неблагополучным слоям населения, не могли осуществить указанное обследование за свой счет из-за высокой стоимости обследования (800-2500 рублей).

Получение отрицательного ответа при бесплатном взятии мазков на коронавирусную инфекцию в поликлиниках по месту жительства, в указанные короткие сроки (2-3 дня) было практически неосуществимо.

Многие пациенты отказывались от госпитализации в противотуберкулезные стационары города, опасаясь заражения там новой коронавирусной инфекцией. Эта ситуация спровоцировала у некоторых пациентов прогрессирование туберкулезного процесса, ухудшение их состояния, угрозу жизни и здоровью и последующую экстренную госпитализацию с амбулаторного приема в Противотуберкулезном диспансере по Скорой помощи.

В Постановлениях Главного государственного санитарного врача по городу Санкт-Петербургу Башкетовой Н.С. № 3 от 23.03.2020 п.1.2., с последующими изменениями, внесенными Постановлениями № 4 от 25.03.2020 п.1.2. и № 5 от 05.04.2020 п.1.2., также был указан запрет на посещение пациентами всех амбулаторно-поликлинических медицинских организаций в плановом порядке, за исключением пациентов с заболеваниями и состояниями, при которых отсрочка оказания медицинской помощи на определенное время может повлечь ухудшение состояния, угрозу их жизни и здоровью, включая острые заболевания, травмы, обострения (декомпенсации) хронических заболеваний, в том числе пациентов, которые проходят (завершают) курс лечения в дневном стационаре.

С целью снижения риска заражения больных туберкулезом, относящихся к группе риска инфицирования COVID-2019, в Противотуберкулезном диспансере № 5 было организовано лечение пациентов дневного стационара на дому на время эпидемии. Кроме лекарственных препаратов пациенты продолжали получать продовольственные наборы, им также выдавались листы нетрудоспособности.

Для возможности визуального контакта с врачом было организовано телемедицинское информирование при помощи системы Скайп.

Пациентам, ранее лечившимся амбулаторно в процедурном кабинете Противотуберкулезного диспансера, была организована противотуберкулезная терапия на дому.

Руководством СПб ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер №5», совместно с ФГБОУ ВО Военно-медицинской академией им. С.М. Кирова МО РФ, СПб ГКУЗ «Городской центр медицинской профилактики» и АНОО ДПО «Центр программ и проектов в области развития здравоохранения» были разработаны Временные рекомендации по диагностике, лечению туберкулеза и диспансерному наблюдению во фтизиатрических организациях в условиях эпидемии COVID-2019. В соответствии с ними принят ряд административных решений, регламентирующих работу сотрудников учреждения с целью предупреждения заноса и распространения новой коронавирусной инфекции.

Благодаря своевременной организации медицинской помощи в условиях эпидемии в течение последних трех месяцев были предотвращены случаи возможного заражения новой коронавирусной инфекцией не только среди пациентов, но и среди сотрудников Противотуберкулезного диспансера № 5.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ – МЕТОД СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Юбрина И.В.^{1,2}, Божков И.А.^{1,2,3}, Ченцов Д.В.⁴

¹СПб ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер №5», Санкт-Петербург

²ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. И.И. Мечникова»

³ФГБОУ ВО «ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова»

⁴СПб ГКУЗ «Городской центр медицинской профилактики»

Профилактическая работа врача первичной медицинской помощи составляет 60-80 % от его функциональных обязанностей. Методом решения профилактических задач является диспансеризация, которая представляет собой «комплекс мероприятий, обеспечивающий раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска этих заболеваний, совокупную оценку состояния здоровья человека с определением группы здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий, направленных на коррекцию факторов риска, предотвращение развития заболеваний, их осложнений и достижение активного долголетия».

Нормативно-правовое регулирование диспансеризации, ключевое значение которого определяется Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, обеспечивает выполнение профилактических и диспансерных мероприятий.

На основании Приказа МЗ РФ от 13.03.2019 г. «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» разработаны методические рекомендации «Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (утв. МЗ РФ 22 октября 2019 г.), по мероприятиям, направленным на «профилактику и раннее выявление (скрининг) хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения, факторов риска их развития, включающих повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемию, повышенный уровень глюкозы в крови натощак, курение табака, риск пагубного потребления алкоголя, нерациональное питание, низкую физическую активность, избыточную массу тела или ожирение, а также риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача».

Большое значение в достижении целей диспансерных и профилактических осмотров имеет межведомственное и междисциплинарное взаимодействие учреждений первичной медицинской помощи. Так, Приказ МЗ РФ от 21.03.2017 г. «Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза» регулирует профилактическую работу лечебно-профилактических учреждений и противотуберкулезных диспансеров.

Эффективность проведения диспансеризации зависит от правильной организации работы медицинского персонала, распределения обязанностей между участниками диспансерного процесса. Выполнение задач диспансеризации может быть только при условии полноценной медицинской команды (врач, медицинская сестра, помощник медицинской сестры). Немаловажная роль должна отводиться пациенту, от которого зависит понимание

цели диспансеризации, приверженность к выполнению ее мероприятий, ожидаемый результат. С этой целью участниками диспансерного процесса должны стать социальный работник и психолог.

Алгоритм проведения диспансеризации включает обязательное анкетирование пациента с целью выявления факторов риска и признаков заболеваний, при этом вопросы анкеты должны быть легкими для понимания, а ответы односложными, да или нет. По результатам анкетирования должен составляться индивидуальный план диспансерных мероприятий, включающий обследование пациента и консультации специалистов по медицинским показаниям, осмотр лечащего врача, профилактическое консультирование, динамическое наблюдение, для чего создается паспорт участка.

Примером комплексной профилактики инсульта среди пациентов с коморбидной патологией стала оптимально организованная работа медицинского персонала одного из отделений врачей общей практики.

Для выполнения работы были сформированы две группы пациентов с высоким риском возникновения инсульта (1 группа - в анамнезе были ЦВБ, ГБ, ИБС; 2 группа - ЦВБ, ГБ, нарушение сердечного ритма, сахарный диабет).

В каждой группе были определены ведущие факторы риска возникновения инсульта, составлен индивидуальный план диспансерных мероприятий, обязательные консультации офтальмолога, невролога и других по медицинским показаниям, лабораторно-инструментальные исследования.

Результатом проведения правильно организованных мероприятий в течение одного года стало достоверное снижение количества случаев возникновения инсульта с 34,9 до 22,3 на 1000 населения в 1 группе и с 11,3 до 6,9 на 1000 населения во 2 группе пациентов).

Опыт проведения диспансерной работы с пациентами, имеющими риск возникновения инсульта может быть применен при любых хронических заболеваниях, включая онкологические и туберкулез.

МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В СИСТЕМЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ ПЕРМСКОГО КРАЯ: СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ

Бронников В.А., Григорьева М.И., Серебрякова В.Ю.
ГБУ Пермского края «Центр комплексной реабилитации инвалидов»

Последнее время практика ранней помощи детям и семьям, когда-то являвшаяся новой для России, все увереннее становится элементом системы комплексной реабилитации и абилитации и все чаще рассматривается в качестве меры ранней профилактики инвалидности посредством организации системы раннего выявления детей, имеющих нарушения в развитии, и их семей и оказания им комплексной междисциплинарной помощи, направленной на нормализацию жизни семьи, повышение функциональных возможностей ребенка, его успешную социализацию и интеграцию в обществе.

Ранняя помощь начала развиваться в Пермском крае в 2013 году в системе образования. Развитие ранней помощи в системе комплексной реабилитации и абилитации в Пермском крае началось в 2016 году, деятельность носила, во-многом, поисковый характер. Основные же методологические подходы к предоставлению услуг ранней помощи в регионе активно стали адаптироваться к складывающейся практике во время реализации федерального Пилотного проекта по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в 2017-2018 гг. [1]. Пермский край тогда выступил в качестве пилотной пло-

щадки по формированию технологии оказания ранней помощи в системе социального обслуживания, ее документационному обеспечению, а также выстраиванию межведомственного взаимодействия в данной сфере и его правового закрепления. Базой реализации технологии ранней помощи стал КГАУ «Центр комплексной реабилитации инвалидов», позже – реабилитационные центры для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья городов Березники и Чайковский, Юсьвенского района Коми-пермяцкого округа.

Первым и основным документом, который определил развитие ранней помощи на региональном уровне и положил начало выстраиванию межведомственных связей, стало трехстороннее Соглашение о межведомственном взаимодействии в части реализации мероприятия 2.1.1.11 «Организация службы ранней помощи для детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в возрасте от 0 до 4 лет, предусмотренного постановлением Правительства Пермского края от 03.10.2013 № 1316-п «Об утверждении государственной программы «Доступная среда. Реабилитация и создание условий для социальной интеграции инвалидов Пермского края» [2]. Благодаря принятому Соглашению стало возможным выстраивание и закрепление связей между ключевыми ведомствами, задействованными в процессе реализации технологии ранней помощи (Министерством здравоохранения Пермского края, Министерством социального развития Пермского края и Министерством образования Пермского края), а также подведомственными им учреждениями, организация преемственности оказания услуг ранней помощи семьям и детям целевой группы. Другим инструментом взаимодействия стали соглашения между ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов» и ГБУЗ Пермского края «Детская клиническая больница №13», в рамках которого специалисты Службы ранней помощи Центра стали проводить выездные консультации на базе лечебного учреждения, проводить обработку заполненных диагностических анкет, предоставлять информацию о деятельности Служб ранней помощи в Пермском крае потенциальным получателям услуг. Подобное взаимодействие выстроилось позже между Центром и Краевым перинатальным центром ГБУЗ ПК «Ордена Знак Почёта» Пермская краевая клиническая больница» [3, с. 10].

В настоящее время в регионе сложилась система Служб ранней помощи, которую составляют 9 отделений восстановительного лечения на базе учреждений здравоохранения, 71 Служба ранней помощи в системе образования, 13 Служб ранней помощи в системе социального обслуживания [4, с.138]. Правовой основой функционирования системы стал Порядок межведомственного взаимодействия по ранней помощи детям-инвалидам, детям с ограниченными возможностями здоровья и их семьям, который определяет механизм взаимодействия органов исполнительной власти Пермского края в сфере социальной защиты, здравоохранения и образования, и организаций, обеспечивающих предоставление услуг ранней помощи детям и их семьям 2019 года, созданный на основе Методических рекомендаций Минтруда РФ. Порядок определяет механизм взаимодействия органов исполнительной власти Пермского края в сфере социальной защиты, здравоохранения и образования, и организаций, обеспечивающих предоставление услуг ранней помощи детям и их семьям. Межведомственное взаимодействие затрагивает вопросы административного и организационного характера в части обеспечения методического и правового сопровождения по вопросам ранней помощи со стороны федеральных органов исполнительной власти; создания и расширения реестра поставщиков услуг ранней помощи; создания и обеспечения работы механизмов выявления детей целевой группы, нуждающихся в услугах ранней помощи и их маршрутизации, а также обеспечения преемственности при реализации программ ранней помощи. Так, на сегодняшний день существует опыт передачи детей из Службы ранней помощи при учреждениях социального обслуживания в Службы ранней помощи, созданные в системе образования.

Согласно Порядку, Координатором межведомственного взаимодействия является Министерство социального развития Пермского края. С целью осуществления координационной,

информационно-методической, статистической, аналитической, экспертной функции, организации деятельности по подготовке (переподготовке) и аттестации специалистов ранней помощи в Пермском крае в конце 2018 года был создан Краевой ресурсно-методический центр по организации межведомственного взаимодействия по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и службы ранней помощи [5], который в настоящее время осуществляет научно-исследовательскую, образовательную и организационную деятельность в сфере ранней помощи, формирует региональную нормативно-правовую и методическую базу по вопросам ранней помощи (разработан стандарт оказания услуг ранней помощи в системе социального обслуживания, подготовлены и находятся в стадии принятия Порядок оказания услуг ранней помощи и Положение о службе ранней помощи в учреждении социального обслуживания населения), активно участвует в российских и международных проектах, а также конференциях различного формата, активно взаимодействует со множеством структур на региональном, федеральном и международном уровне.

Таким образом, сложившаяся пермская региональная модель находится в постоянном развитии и требует качественного, эффективного и инновационного подхода к её дальнейшей организации.

Список литературы

1. Протокол Минтруда России от 25 ноября 2016 г: официальный сайт Министерства труда и социальной защиты. URL: <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/155>
2. Соглашение о межведомственном взаимодействии в части реализации мероприятия 2.1.1.11 «Организация службы ранней помощи для детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в возрасте от 0 до 4 лет», предусмотренного постановлением Правительства Пермского края от 03.10.2013 № 1316-п «Об утверждении государственной программы «Доступная среда. Реабилитация и создание условий для социальной интеграции инвалидов Пермского края»: официальный сайт Министерства социального развития Пермского края. URL: http://minsoc.permkrai.ru/sites/default/files/documents/sogl_mv_ran_pom_MZ_MSR_MO.pdf
3. Бронников В.А., Григорьева М.И., Серебрякова В.Ю. К вопросу об организации межведомственного взаимодействия по оказанию ранней помощи детям и их семьям в Пермском крае Материалы научно-практической конференции «Комплексная реабилитация инвалидов на современном этапе. Отечественная и международная практика», Новокузнецк, 3-4 октября 2019 года. Новокузнецк: ИП Петровский К.В. (Изограф), 2019. 269 С., Новокузнецк, 2019, С. 9-11.
4. Бронников В.А., Григорьева М.И., Серебрякова В.Ю. Развитие трехуровневой модели ранней помощи в пермском крае // Специальное образование. 2019. № 4 (56). С. 130-145.
5. О создании краевого ресурсно-методического центра по организации Межведомственного взаимодействия по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и службы ранней помощи, включая методическое сопровождение, разработку и реализацию образовательных программ, статистическую и аналитическую деятельность: Приказ Министерства социального развития Пермского края от 28.12.2018 г. № СЭД-33-01-03-1051.

ОРГАНИЗАЦИОННО–ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИКО–СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ У ДЕТЕЙ СО СТОЙКИМИ НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

Горайнов И.В.¹, Владимирова О.Н.², Горайнова М.В.³

¹Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико–социальной экспертизы по Санкт–Петербургу» Минтруда России,

²ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им Г.А. Альбрехта» Минтруда России

³ФГБУ ДПО «СПб ИУВЭК» Минтруда России

В России около 13 млн. человек страдают нарушениями слуха, более 1 млн. из них – дети. В 2012 году Российской Федерацией ратифицирована Конвенция о правах инвалидов

от 13 декабря 2006 года, в ее основу заложены принципы регулирования политики государства в отношении инвалидов.

Вопросы направления детей в учреждения МСЭ, организации деятельности МСЭ педиатрического профиля: освидетельствования, разработки индивидуальной программы реабилитации и абилитации ребенка–инвалида регулируются нормативно–правовыми документами.

Согласно статье 1 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», признание лица инвалидом осуществляется федеральным учреждением медико–социальной экспертизы. Деятельность федеральных учреждений медико–социальной экспертизы утверждена приказом Минтруда России № 310н от 11.10.2012 года «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных учреждений медико–социальной экспертизы» (не вступил в силу приказ Минтруда России № 217н от 28 апреля 2020 года «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных учреждений медико–социальной экспертизы», который находится на регистрации в Минюсте).

В 2019 году регламентирован перечень медицинских обследований ребенка перед направлением на МСЭ, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты РФ и Министерства здравоохранения РФ от 31 января 2019 г. № 52н/35н «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико–функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико–социальной экспертизы», включающий в том числе и перечень необходимых медицинских обследований у детей с кондуктивной и нейросенсорной потерей слуха.

Согласно пункту 5), утвержденный Постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 № 95 условиями признания гражданина инвалидом определены:

- нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- ограничение жизнедеятельности;
- необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию и абилитацию.

В зависимости от степени расстройства функций организма лицам, признанным инвалидами, лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория «ребенок–инвалид»: при наличии у ребенка II, III либо IV степени выраженности стойких нарушений функций организма (в диапазоне от 40 до 100 %).

С 1 января 2020г вступил в силу приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27.08.2019 № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико–социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико–социальной экспертизы», в основе которого заложены современные подходы для установления инвалидности. В Приложении к Классификациям и критериям, приводится детальная количественная оценка в процентах степени выраженности стойких нарушений функций, соответствующую им рубрику по МКБ-10 и клинико–функциональную характеристику стойких нарушений функций организма человека, обусловленных указанными заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в том числе болезней уха и сосцевидного отростка

Специалисты бюро МСЭ (главного бюро, Федерального бюро) для оценки ограничений жизнедеятельности ребенка проводят сопоставление выявленных нарушений здоровья и требований, которые предъявляются конкретными видами деятельности к слуховой функции (в соотношении с возрастными нормами).

Сроки установления инвалидности детей определены Постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» раздел II): катего-

рия «ребенок – инвалид» устанавливается на срок 1 год, 2 года, 5 лет или до достижения ребенком возраста 14 либо 18 лет (до 01.10.2020 установлен Временный порядок признания лица инвалидом, распространяющимся на правоотношения, возникшие с 01.03.2020, утвержденные Постановлением Правительства РФ от 09.04.2020 № 467).

При первичном и повторном освидетельствовании гражданину, признанному инвалидом, учреждениями МСЭ в обязательном порядке определяется потребность в мерах реабилитации и разрабатывается индивидуальная программа реабилитации и/или абилитации инвалида (ребенка - инвалида) – комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности (статья 11 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»), выдаваемая в соответствии с приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 13 июня 2017 г. № 486н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм». Основные мероприятия ИПРА у детей-инвалидов с нарушением функции слуха включают медицинский, профессиональный, социальный и психолого-педагогический компоненты, а также технические средства реабилитации и виды помощи в преодолении барьеров на объектах. Оценка потребности инвалидов, в том числе с болезнями уха и сосцевидного отростка, в комплексной реабилитации и абилитации представлена многоэтапным процессом, который происходит на 3 уровнях:

- 1) в федеральных учреждениях МСЭ, при разработке ИПРА;
- 2) на уровне органов власти, на основе выписок из ИПРА;
- 3) в учреждениях реабилитационной направленности разных организационно-правовых форм и форм собственности при исполнении мероприятий.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, КАК ПРОФИЛАКТИКА ОТРЫВОВ ОТ ЛЕЧЕНИЯ

*Гуткин М.Г., Богородский Д.Ю., Шалыгин К.В., Жевага Л.М.
СПб ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер №14»*

Несмотря на стабилизацию эпидемиологических показателей, бремя туберкулеза в мире и России, остается очень высоким [1,2]. Эпидемиологическая ситуация в Невском районе, по туберкулезу отражает как общероссийские, так и мировые тенденции. Заболеваемость имеет тенденцию к снижению - 15,8 на 100 тыс. населения в 2019 году (16,6 на 100 тыс. населения по Санкт-Петербургу; 34,0 на 100 тыс. в РФ) против 17,0 на 100 тыс. населения в 2018 году. Несмотря на это, сейчас рано говорить о благополучии эпидемиологической ситуации, так как по данным статистики болеют туберкулезом преимущественно лица трудоспособного возраста. Кроме того, среди больных высокий процент с сочетанием туберкулез/ВИЧ-инфекция (21,9% по Невскому району и 24,7% - по Санкт-Петербургу). Среди впервые заболевших высокий процент множественной лекарственной устойчивости микобактерий – 19,7 % (29,9% по Санкт-Пе-

тербургу) [3,4]. Все вышеперечисленные факторы оказывают влияние и на эффективность лечения. Следует отметить, что на эпидемиологическую ситуацию и эффективность терапии, так же негативно влияют отрывы больных от лечения.

В литературе описаны моменты, способствующие досрочному прерыванию больными терапии - недостаточная информированность пациентов о течении болезни, возможных осложнениях и побочных эффектах терапии, а также их низкая мотивация на достижение целей лечения [5,6]. Низкая приверженность лечению приводит к ухудшению течения заболевания, развитию лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза, смерти пациента. Следует отметить, что указанные факторы приводят и к увеличению расходов системы здравоохранения.

Для решения проблемы прерывания курсов химиотерапии в СПб ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер №14» был создан отдел медико-социальной помощи, где пациентам оказывается психологическая поддержка и формируется мотивация к лечению, а также анализируются причины отрывов от лечения.

Как известно, к основным причинам досрочного прекращения лечения со стороны пациентов является социальная дезадаптация, употребление алкогольных напитков и психоактивных веществ, необходимость длительного пребывания в стационаре, низкая мотивация.

В отделении медико-социальной помощи со всеми пациентами проводится работа психолога для повышения мотивации к лечению. Часть пациентов направляется на госпитализацию в противотуберкулезные стационары, где надо отметить и происходит по большей части прерывание пациентами химиотерапии.

Для установления факторов, способствующих снижению мотивации к лечению (кроме вышеперечисленных) было проведено анкетирование пациентов прошедших курс лечения в стационаре.

При анализе анкет было установлено, что факторами, влияющими на досрочное прерывание терапии, являются низкая осведомленность пациентов о ходе своего заболевания, возможных побочных эффектах, а также условия пребывания в стационаре.

Установлено, что 35% пациентов указывают, что значительным неудобством во время пребывания в стационаре было нахождение в палате с асоциально дезадаптированными пациентами, в особенности употребляющими алкоголь и психоактивные вещества. Порядка 10% пациентов отметили недостаточную осведомленность о ходе лечения и побочных эффектах. На отсутствие возможности обратиться к парикмахеру, постирать вещи, купить необходимые средства гигиены и дополнительные продукты указывали порядка 20% опрошенных. Отсутствие организованного досуга в стационарах отмечали почти все опрошенные пациенты. Также почти все пациенты указывали на перерыв общения с родственниками, потерю социальных контактов, и длительный отрыв от работы.

По результатам анализа анкетирования можно предложить следующие методики повышения приверженности больных, к лечению разделенные на условные группы.

Группа 1 – методы работы с пациентами:

- обучение пациентов с формированием у него достаточных знаний о своем заболевании;

- работа с родственниками пациентов.

Группа 2 – методы, связанные с медицинским персоналом.

- объяснение больному течение его заболевания на доступном языке;

- налаживание лечащим врачом контакта с пациентом;

- четко устанавливать пациенту цели лечения.

Группа 3 – методы связанные с организацией лечения.

- по возможности разделение потоков больных;

- организация преемственности между врачами диспансера и стационара, а также психологами

- создание благоприятных условий пребывания пациентов в стационаре с учетом длительного их там нахождения;
- выбор оптимальной формы лечения пациента – стационар, санаторий, дневной стационар, амбулаторное лечение.

В современных условиях выработать тактику противодействия туберкулеза возможно только при тесном взаимодействии врачей противотуберкулезных диспансеров и стационаров. Создание благоприятных условий для пациентов, как психологических, так и бытовых, на всех этапах лечения будет способствовать снижению числа отрывов от лечения и как следствие улучшению эпидемиологической ситуации в регионе.

Список литературы

1. Нечаева О.Б. Основные показатели по туберкулезу (ТБ) по России в 2015-2019 гг. Режим доступа https://mednet.ru/images/materials/СМТ/tb_rf_osnovnye_pokazateli_2019.pdf. Дата обращения 04.05.2020г.
2. ВОЗ. Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом. Режим доступа https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2019_ExecutiveSummary_ru.pdf. Дата обращения 06.05.2020г.
3. Жемков В.Ф., Шалыгин К.В., Шпаковская Л.Р., Захарова О.П. Аналитический обзор основных эпидемиологических показателей по туберкулезу в Санкт-Петербурге за 6 месяцев 2019 года//Информационный бюллетень. 2019г.
4. Пантелеев А.М., Галкин В.Б., Дмитриева.М.П., и соавт., Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Санкт-Петербурге в 2019 году // Информационный бюллетень. 2020.
5. Белостоцкий А.В., Касаева Т.Ч., Кузьмина Н.В. Нелидова Н.В. Проблема приверженности больных туберкулезом к лечению. Режим доступа <https://ftiza.su/problema-priverzhennosti-bolnyih-tuberkulezom-k-lecheniyu/>
<https://ftiza.su/problema-priverzhennosti-bolnyih-tuberkulezom-k-lecheniyu/>.
Дата обращения 04.05.2020г.
6. Свистунова А.В. Анализ факторов, определяющих приверженность к лечению больных туберкулезом// Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2013. Том 3. №2. С. 415.

Контактная информация.

Шалыгин Константин Владимирович.

СПб ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер №14»

Санкт-Петербург, пр. Обуховской Обороны. д.231.

тел.8911291-10-76; e-mail: kv.shalygin@bk.ru

ОТДЕЛЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ – ГАРАНТИРОВАННАЯ ПОДДЕРЖКА ВО ФТИЗИАТРИИ

Корнева Н.В.^{1,2}, Врабий Д.А.¹, Божков И.А.^{1,2,3}

¹СПб ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер №5», Санкт-Петербург

²ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. И.И. Мечникова»

³ФГБОУ ВО «ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова»

Введение. Необходимость социального обеспечения больных туберкулезом закреплена на конституционном уровне: «каждому гарантируется социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потере кормильца и т.д.» (39 статья Конституции РФ). Однако медико-социальная помощь, по данным литературы, является более широким понятием, включающим мультидисциплинарную деятельность медицинского, психологического и социально-правового характера. Понятие медико-социальной помощи в целом, и в работе фтизиатрической службы в частности, на сегодняшний день не имеет четкого определения в действующей нормативной документации.

Цель настоящей работы – совершенствование оказания медико-социальной помощи пациентам противотуберкулезного диспансера.

Материалы и методы. Анализ действующей нормативно-правовой документации в области здравоохранения, определение потребностей, возможностей и организационных основ оказания медико-социальной помощи во фтизиатрии.

Результаты и обсуждения. В Федеральном законе от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" медицинская помощь подразделяется на 4 вида: первичная медико-санитарная (включая медицинскую реабилитацию), скорая, включая специализированную, специализированная, включая высокотехнологичную, и паллиативная, хотя в предыдущей редакции (ФЗ N 5487-1 от 22.07.93) оказание медико-социальной помощи определялось для граждан, страдающих социально-значимыми и опасными для окружающих заболеваниями.

Согласно Перечням, утвержденным постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. N 715, туберкулез относится к социально-значимым заболеваниям, представляющим опасность для окружающих, что исключает возможность проведения фтизиатрическим пациентам лечебных и реабилитационных мероприятий в учреждениях общей лечебной сети в полном объеме. Помимо туберкулеза, указанные перечни включают ряд инфекционных и неинфекционных заболеваний, которые нередко выявляются у пациентов противотуберкулезного диспансера и требуют диагностики и лечения (ВИЧ, гепатиты В и С; болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, онкологические заболевания и др.).

Пунктами 2.15 и 2.16 Распоряжения 96-р от 28.05.2019 Комитета по экономической политике и стратегическому планированию Санкт-Петербурга, а также Техническим регламентом оказания государственных услуг для больных активным туберкулезом предусмотрено амбулаторное оказание специализированной медицинской помощи в отделении или службе медико-социальной помощи и реабилитации противотуберкулезных учреждений.

В то же время, Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 932н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом" в структуре амбулаторно-консультативного отделения Противотуберкулезного диспансера предусмотрен только кабинет медико-социальной помощи с рекомендуемым штатным составом: заведующий, врач-методист, медицинский психолог, социальный работник, медицинская сестра медико-социальной помощи.

Однако, оснащение и штатное расписание, рекомендуемые Пунктами 2.15 и 2.16 Распоряжения 96-р от 28.05.2019 и Приказом МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. № 932н, не соответствуют требованиям Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705н "О Порядке организации медицинской реабилитации", а также трудовым функциям специалистов, уполномоченным оказывать данный вид помощи (как медицинской, так и социальной) в соответствии с профессиональными стандартами.

Противоречивость и несоответствие требований к организации медико-социальной помощи и реабилитации больным активным туберкулезом в вышеуказанных нормативных документах, обосновало приведение в соответствие финансирования и порядков оказания медицинской помощи и формирование на базе кабинета медико-социальной помощи ПТД№5 отделения медико-социальной помощи и реабилитации, которое было организовано и функционирует с начала 2020 года, выполняя следующие задачи:

1. Профилактическая работа – повышение уровня медицинской информированности населения всех возрастов (начиная с начальной школы) в вопросах здорового образа жизни, отказа от вредных привычек, профилактики туберкулеза и других социально-значимых заболеваний, снижение риска развития хронических неинфекционных заболеваний. В условиях эпидемии COVID-19 проводилось информирование о правилах поведения с целью

предотвращения заболевания населения, в том числе с применением телемедицинских технологий.

Потребность в охвате профилактической работой в соответствии с территорией обслуживания ПТД№5 - население нескольких крупных районов (Калининский, Красногвардейский) общей численностью 891 тыс. человек (в том числе 142,259 детей и подростков).

На территории обслуживания ПТД располагаются 317 дошкольно-школьных учреждений, несколько крупных ВУЗов (СЗГМУ им И.И. Мечникова, Политехнический университет, Университет машиностроения), а также большое количество крупных промышленных объектов (ЛМЗ, МЗ Арсенал и др.)

2. Лечебно-диагностическая работа врачей-специалистов включает скрининг социально-значимой неинфекционной патологии (заболевания сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, онкология и др.) и ведение пациентов с коморбидной и полиморбидной патологией в связи с невозможностью больных активными формами туберкулеза обслуживаться специалистами общей лечебной сети.

3. Медицинская реабилитация охватывает пациентов с клиническим излечением от туберкулеза, фтизиатрических пациентов с сопутствующей соматической патологии, требующей реабилитационных мероприятий, а также перенесших COVID-19. На конец 2019 года в ПТД№5 наблюдался 681 пациент с клиническим излечением от туберкулеза (из них 87 детей, 594 взрослых).

4. Психологическая работа направлена на повышение у пациентов и их родственников нацеленности на положительный исход заболевания и приверженности к лечению, а также снижение уровня тревожности в связи с длительными наблюдением и лечением в ПТД.

5. Социальная работа включает контроль за обеспечением льготным питанием пациентов, получающих лечение в дневном стационаре; информационная поддержка пациентов на амбулаторном этапе лечения, привлечение к обследованию и лечению пациентов, отказывающихся от посещения противотуберкулезного диспансера, в том числе оформление документации для подачи исков в суд для привлечения к принудительному лечению; междисциплинарное взаимодействие с учреждениями социального обслуживания, центрами занятости, опеки и попечительства, центрами помощи семье и детям Калининского и Красногвардейского районов; социально-психологическое сопровождение инвалидов (контроль исполнения индивидуальной программы реабилитации и абилитации, контроль сроков переосвидетельствования и оформление документации для МСЭ, помощь в подборе технических средств реабилитации, информирование по льготному обеспечению).

Для реализации поставленных задач в штат ПТД№5 введены дополнительные штатные единицы и утверждено новое штатное расписание: заведующий отделением, специалист по социальной работе, психолог, юрист, врач-методист, врач общей практики (семейной медицины), врач-терапевт, врач-онколог, врач-гастроэнтеролог, врач-невролог, врач-эндокринолог, врач по лечебной физкультуре, инструктор по лечебной физкультуре, медицинская сестра по массажу, медицинская сестра медико-социальной помощи, санитарка. Включение в штат врача-фтизиатра планируется для реализации пилотного проекта комплексного ведения семейных очагов туберкулеза.

Список литературы:

1. Конституция Российской Федерации, ст.39
2. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
3. Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. N 715 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих" (с изменениями и дополнениями от 31.01.2020);

4. "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" (утв. ВС РФ 22.07.1993 N 5487-1) (ред. от 07.12.2011);
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 932н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом";
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705н "О Порядке организации медицинской реабилитации».

Контактная информация:

Корнева Наталья Вячеславовна

СПб ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер №5»,

Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, д. 48

тел.8 -911-722-90-35, e-mail: n.korneva82@mail.ru

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ НУЖДАЕМОСТИ В СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГАХ

Севастьянов М.А.¹, Божков И.А.^{2,3}

¹ФГБУ ДПО «СПб ИУВЭК» Минтруда России

²СПб ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер №5»

³ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. И.И. Мечникова»

Федеральным проектом «Старшее поколение» (далее - федеральный проект) национального проекта «Демография» предусмотрена необходимость «создания системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, как составной части мероприятий, направленных на развитие и поддержание функциональных способностей граждан старшего поколения, включающей сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы и сиделок, а также поддержку семейного ухода» [1].

Одной из главных целей реализации данного положения федерального проекта в 6 пилотных регионах является определение самого понятия «долговременный уход», а также – разработка единообразных подходов к установлению круга лиц, имеющих право на долговременный уход; методологических подходов к определению нуждаемости в долговременном уходе в различных его формах; механизмов взаимодействия организаций социального обслуживания и медицинских организаций при предоставлении долговременного ухода и т.д. [2].

Актуальность поднятой темы также подтверждается внесением изменений государственную программу Российской Федерации «Социальная поддержка граждан» которые предусматривают необходимость совершенствования порядка и критериев оценки обстоятельств, ухудшающих условия жизнедеятельности граждан в целях определения их нуждаемости в предоставлении услуг в сфере социального обслуживания, в том числе при оказании им медицинской помощи [3].

Такая активность Правительства РФ по разработке и совершенствованию критериев и подходов к оценке нуждаемости объясняется тем, что на данный момент реализация права на получение тех или иных социальных услуг носит практически заявительный характер. Исходя из определения, социальная услуга предполагает расширение возможностей гражданина обеспечивать жизненные потребности [4], что делает их список и перечень показаний, практически неограниченным по достижении определенного возраста или установления группы инвалид-

ности. Так в соответствии с Приказом Минтруда России от 30.07.2014 № 500н «Об утверждении рекомендаций по определению индивидуальной потребности в социальных услугах получателей социальных услуг», в том числе и стационарных, предполагается оценка обстоятельств ухудшающих или способных ухудшить условия жизнедеятельности граждан («например: зависимость от посторонней помощи (постоянная, регулярная, периодическая, напоминание, содействие или помощь сопровождающих при исполнении действий либо замещающее исполнение действий)», какие-либо шкалы или критерии нуждаемости не предложены. Несмотря на то, что в гериатрии и медико-социальной экспертизе использование различных шкал и индексов для оценки ограничений в самообслуживании, нуждаемости в посторонней помощи и оказании социальных услуг в различных формах используются рутинно.

Результаты отсутствия единых подходов к определению потребности в социальных услугах можно проиллюстрировать на примере СПб ГБУ СУСО «ДИПИ №1», где в 2020 году была проведена оценка 352 проживающих по трем стандартным шкалам:

- Шкала оценки базовой функциональной активности (индекс – Бартел);
- Шкала оценки потребности и объема социально-бытовой помощи и ухода [5].

Оценка по шкале потребности и объема социально-бытовой помощи и ухода, показала, что 185 человек или 52,5% проживающих, набирают от 0,5-1,5 баллов, что соответствует первому уровню, при котором имеется нуждаемость в ограниченной помощи для соблюдения личной гигиены, еды и уборки, например, помощь в проведении уборки в труднодоступных местах, помощь при развешивании чистого белья, когнитивные функции не нарушены. Оценка по индексу Бартела показала, что 102 человека из них имеют от 95 до 100 баллов что соответствует легкой зависимости или полной независимости при осуществлении таких действий как: прием пищи, личная гигиена, одевание, приём ванны, контроль мочеиспускания, контроль дефекации, посещение туалета, вставание с постели (передвижение с кровати на стул и обратно), передвижение по ровной поверхности, подъем по лестнице. Таким образом, около 30% проживающих в доме интернате имеют возможность проживать самостоятельно и вести независимый образ жизни с минимальной поддержкой со стороны социальных служб.

Стоимость пребывания в стационаре составляет около 66 тысяч рублей в месяц, из которых проживающие оплачивают, в лучшем случае, 35%, при этом они полностью освобождены от каких-либо действий по организации быта, приготовлению пищи, уборке и т.д. На этом фоне очередь в стационарные учреждения системы социального обслуживания не уменьшается, а имеет тенденцию к росту, что делает необходимым использование объективных подходов к определению «социально-медицинских показаний» для предоставления всех форм социального обслуживания.

Список литературы

1. «Паспорт национального проекта «Демография» (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16). Режим доступа: <https://rosmintrud.ru/ministry/programms/demography>. Дата обращения 11.06.2020.
2. Поручение Правительства РФ от 14.06.2019 «Решения по итогам заседания Совета при Правительстве по вопросам попечительства в социальной сфере». Режим доступа: <http://government.ru/orders/selection/401/11514/>. Дата обращения 11.06.2020.
3. Постановление Правительства РФ от 30.11.2019 № 1559 «О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации «Социальная поддержка граждан» и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации». Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201912060007>. Дата обращения 11.06.2020.
4. Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». «Собрание законодательства РФ», 30.12.2013, № 52 (часть I), ст. 7007.
5. «Клинические рекомендации «Старческая астения» (утв. Минздравом России). Режим доступа: http://yakmed.ru/wp-content/uploads/2018/07/Asteniya_recomend.pdf. Дата обращения 11.06.2020.

ПОРЯДОК НАЗНАЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ГРАЖДАНМ, ИМЕЮЩИМ ПРАВО НА БЕСПЛАТНОЕ/ЛЬГОТНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ. НОВАЦИИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

Забалуева Н.И.

ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им. И.И. Мечникова»

Законодательством РФ расширен перечень категорий лиц, имеющих право на бесплатное лекарственное обеспечение. Минздравом России внесены изменения в порядок назначения лекарственных препаратов, правила оформления рецептов. В статье отражены основные изменения, связанные с назначением лекарственных препаратов гражданам, имеющим право на бесплатное/льготное лекарственное обеспечение. Акцентировано внимание на те, правовые нормы, которые особенно актуальны в связи с распространением коронавирусной инфекции.

В наступившем году Федеральным Законом РФ от 27.12.2019 N 452-ФЗ расширен перечень высокочатратных нозологий, в который включены редкие (орфанные) заболевания:

- апластическая анемия неуточненная (D61.9);
- наследственный дефицит факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта-Прауэра) (D68.2).

Больные с такими диагнозами имеют право на бесплатное получение лекарственных препаратов, включенных в перечень, который утвержден распоряжением Правительства РФ от 26 апреля 2020 г. № 1142-р. В отдельную категорию выделены лица, перенесшие сердечно-сосудистые заболевания.

Приказом Минздравом России от 09.01.2020 № 1н утвержден перечень лекарственных препаратов, которыми обеспечиваются:

- лица, перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда;
- лица, которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний.

Исключение составляют те лица, которые имеют право на получение социальной услуги в виде обеспечения лекарственными препаратами в соответствии с Законом РФ «О государственной социальной помощи».

В перечень включены 23 позиции лекарственных препаратов с указанием их лекарственных форм и дозировок.

Назначение лекарственных препаратов гражданам, имеющим право на бесплатное или льготное лекарственное обеспечение, осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 14.01. 2019 N 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» (далее – Приказ № 4н).

Вступили в силу изменения, внесенные Минздравом России, в порядок назначения лекарственных препаратов и оформления рецептов, утвержденные **Приказом № 4н**, и в Приказ Минздрава России от 01.08.2012. № 54н, которым утверждены правила оформления рецепта на получение наркотических и психотропных лекарственных препаратов списка II.

При назначении лекарственных препаратов гражданам, имеющим право на бесплатное получение лекарственных препаратов или со скидкой, оформляется рецепт на рецептурном бланке **формы № 148-1/у-04(л)**.

Возможно оформление рецепта:

- на бумажном носителе (разрешается изготавливать рецептурный бланк с помощью компьютерных технологий, при этом на бланке должен быть штрих-код);

- в форме электронного документа

На бумажном носителе оформляются 2 экземпляра рецептов:

- один остается в аптечной организации,
- второй - в медицинской документации пациента.

Для оформления рецепта в форме электронного документа требуется:

- решение уполномоченного органом исполнительной власти субъекта РФ об использовании на территории субъекта рецептов в форме электронных документов;
- регистрация медицинской организации в федеральном реестре медицинских организаций ЕГИС в сфере здравоохранения;
- медицинская информационная система медицинской организации;
- подключение медицинской организации к государственной информационной системе в сфере здравоохранения субъекта РФ;
- сведения о медицинском работнике, оформляемом рецепте, должны быть внесены в федеральный регистр медицинских работников;
- рецепт подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью (УКЭП) лечащего врача;
- согласие пациента (законного представителя).

При этом аптеки, осуществляющие отпуск лекарственных препаратов по рецептам, оформленным на бланке формы № 148-1/у-04(л), должны иметь информационные системы, взаимодействующие с информационной системой в сфере здравоохранения субъекта РФ и с информационными системами медицинских организаций, оформивших рецепты.

В период пандемии коронавирусной инфекции Минздрав России рекомендует обеспечить возможность дистанционной выписки лекарственных препаратов и доставки их на дом, выписывать лекарственные препараты с учетом сроков курсового лечения, напоминает о возможных сроках действия рецептов.

Сроки действия рецептов установлены Приказом № 4н. Рецепты, оформленные на бланке формы № 148-1/у-04(л) действительны:

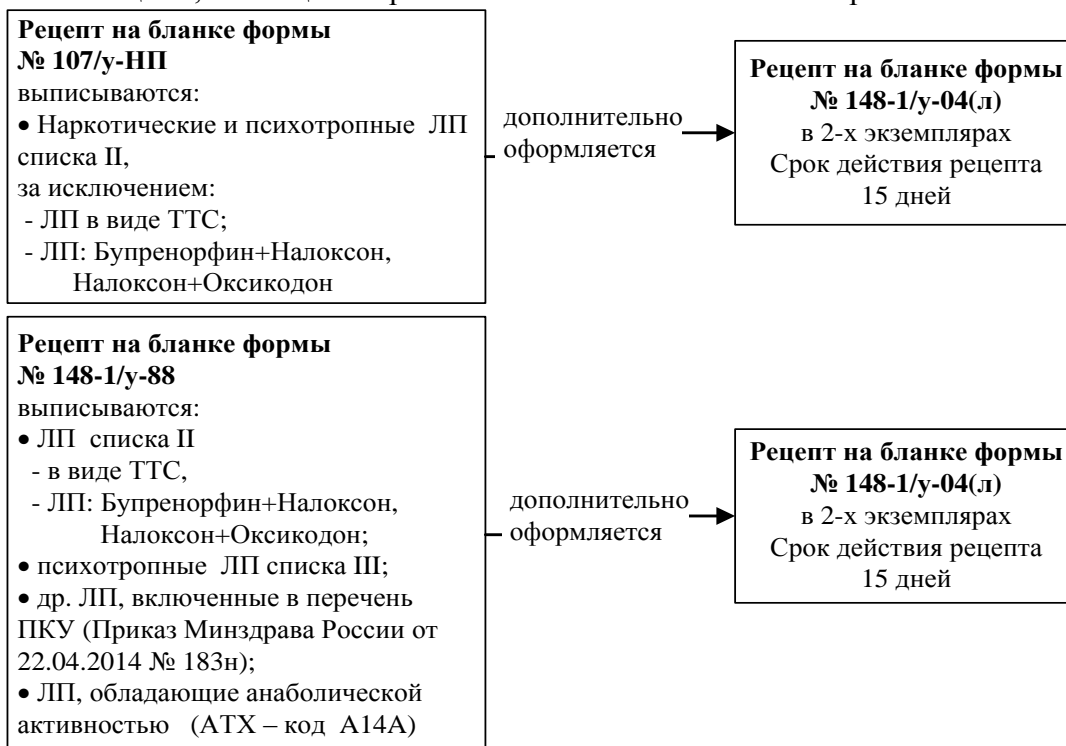
- в течение 30 дней;
- в течение 90 дней на лекарственные препараты, предназначенные для отпуска
 - гражданам, достигшим пенсионного возраста,
 - инвалидам первой группы,
 - детям-инвалидам,
 - гражданам, страдающим хроническими заболеваниями, требующими длительного курсового лечения
- в течение 15 дней при назначении наркотических, психотропных лекарственных препаратов, других лекарственных препаратов, подлежащих предметно-количественному учету (ПКУ), лекарственных препаратов обладающих анаболической активностью.

Обратите внимание: для лечения хронических заболеваний лекарственные препараты могут назначаться на курс лечения до 180 дней (было до 90 дней).

При назначении наркотических и психотропных лекарственных препаратов списка II (за исключением лекарственных препаратов в виде трансдермальных терапевтических систем (ТТС) и лекарственных препаратов, содержащих наркотическое средство в сочетании с антагонистом опиоидных рецепторов - налоксон) оформляется рецепт на бланке **формы № 107/у-НП**. Назначение лекарственных препаратов списка II в виде ТТС и лекарственных препаратов, содержащих наркотическое средство в сочетании с налоксоном, также психотропных лекарственных препаратов списка III, других лекарственных препаратов, включенных перечень ПКУ, оформляется на бланке формы № 148-1/у-88. В обоих случаях к указанным формам **дополнительно оформляется рецепт** на бланке **формы № 148-1/у-04(л)** (см. схему 1).

Схема 1

Соответствие формы рецептурного бланка, назначенным лекарственным препаратам, для получения их лицами, имеющими право на бесплатное/льготное лекарственное обеспечение



Приказом Минздрава России от 11.12.2019 N 1021н внесен ряд изменений в правила оформления бланка формы N 107/у-НП:

- изменен порядок заверения рецептов;
- введена возможность оформления рецепта на дому;
- установлен порядок выдачи рецептурных бланков для оформления рецептов на дому;
- внесены изменения в порядок ведения журнала регистрации и учета рецептурных бланков и форму журнала.

Рецепт, оформленный на бланке формы N 107/у-НП, **заверяется:**

- **подписью и личной печатью врача** либо подписью фельдшера/акушерки (если на них возложены полномочия);
- **печатью** медицинской организации, либо структурного подразделения медицинской организации "Для рецептов", которая **проставляется лицом, уполномоченным руководителем** медицинской организации, с указанием фамилии, имени, отчества и **проставлением его личной подписи**.

Не требуется проставлять надпись: «Повторно» при повторном выписывании рецепта.

В случаях необходимости **оформления рецепта на наркотический лекарственный препарат на дому:**

- **допускается предварительное заверение рецепта**
 - штампом медицинской организации,
 - печатью медицинской организации /структурного подразделения "Для рецептов", которая проставляется лицом, уполномоченным руководителем медицинской организации, с указанием фамилии, имени, отчества и проставлением его личной подписи.
- **в журнале регистрации и учета рецептурных бланков на наркотические средства или психотропные вещества делается**
 - отметка о выдаче рецептурного бланка для оформления на дому,

- отметка, удостоверенная подписью врача (фельдшера/акушерки), оформившего рецепт, о факте его оформления на дому,
- факт оформления рецепта на дому дополнительно может быть подтвержден фото- и (или) видеоматериалами.

Пациентам, нуждающимся в длительном лечении, количество назначенных наркотических, психотропных лекарственных препаратов может быть увеличено **с учетом клинических рекомендаций** не более чем в 2 раза по сравнению с количеством, установленном в приложении № 1 к Порядку назначения лекарственных препаратов Приказа № 4н. При этом на рецептах производится надпись: "По специальному назначению", отдельно заверенная подписью медицинского работника и печатью медицинской организации "Для рецептов", на рецептах в форме электронного документа производится отметка "По специальному назначению" с проставлением УКЭП медицинского работника.

Для лечения пациентов с хроническими заболеваниями могут оформляться на курс лечения до 60 дней рецепты на:

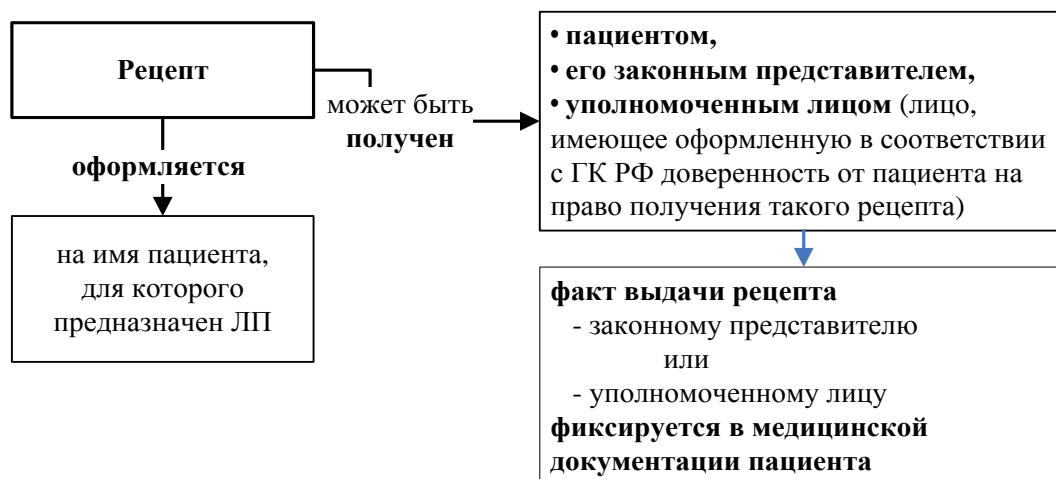
- производные барбитуровой кислоты,
- комбинированные ЛП, содержащие кодеин (его соли),
- иные комбинированные ЛП, подлежащие ПКУ,
- ЛП, обладающие анаболической активностью в соответствии с основным фармакологическим действием

В случае, **когда курс лечения составляет более 30 дней**, в рецептах производится надпись: "По специальному назначению", заверенная подписью медицинского работника и печатью медицинской организации "Для рецептов", в рецептах в форме электронного документа - отметка "По специальному назначению", с проставлением УКЭП медицинского работника и лица, уполномоченного заверять документы от имени медицинской организации.

Назначение лекарственного препарата в рецепте оформляется на имя пациента, для которого предназначен лекарственный препарат. Рецепты могут быть получены пациентом, его законным представителем или уполномоченным лицом (см. схему 2).

Схема 2

Возможности получения рецепта, оформленного на рецептурных бланках форм № 107/у-НП, № 148-1/у-88, № 148-1/у-04(п)



В сложившейся ситуации, связанной с инфекцией COVID-19, актуальна выдача рецептов уполномоченному лицу (возможно социальный работник пациента, волонтер, др.) и получение им лекарственных препаратов в аптеке. Также пациентам с хроническими заболеваниями возможно назначение лекарственных препаратов на максимальный курс лечения.

ПАНДЕМИЯ – ВРЕМЯ ПЕРЕОСМЫСЛЕНИЯ ИЛИ КАК ПАНДЕМИЯ ПОВЛИЯЛА НА ОБРАЗОВАНИЕ

Лантева Е.С., Цицунава М.Р., Ариштидова С.Н., Джалалова О.Ю.
ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им.И.И.Мечникова»

С 18 марта СЗ ГМУ им. Мечникова, также, как и все вузы страны, перешел на дистанционное обучение. Сегодня, когда на дворе май и за плечами два месяца работы в новых, почти экстремальных, условиях, мы уже чувствуем себя иначе, говоря научным языком – процесс адаптации прошел, поэтому и пришла идея оставить для истории воспоминания об этом исключительно непростом времени.

С момента выхода соответствующего приказа могли ли мы в полной мере осознать, что нас всех ждет? Едва ли... Последние три года мы сетовали на то, что мы «завалены работой», что нам «не продохнуть» и «не поднять головы» из-за непрерывного потока спускающихся откуда-то «сверху» нововведений, которые должны были найти свое место в нашей жизни «уже вчера»... Где-то в глубине души время от времени появлялась мысль о том, что нужна хоть какая-то небольшая передышка... И она откликнулась!

«Мечтайте осторожно!» - призывал мудрец. До этого момента мы вкладывали определенный известный всем смысл в это слово и не задумывались о существовании другого.

Откуда нам было знать, что наша жизнь по одну сторону черты была «цветочками» по сравнению с тем, что нас ожидало по другую. На деле, наша предыдущая жизнь оказалась репетицией перед настоящей бурей, которая обрушилась на нас в одночасье, перевернула все с ног на голову и, несмотря на пройденную подготовку, застала врасплох...

Первое, что мы должны были сделать, прежде чем закроется дверь кафедры на неопределенный срок, придумать, каким образом студенты, изучающие прикладную дисциплину, которая по определению означает приобретение, в первую очередь, практических навыков, будут приобретать эти самые навыки дистанционно. Однако, чтобы решить этот вопрос, нужно было ответить на вопрос: а готовы ли мы вообще учить дистанционно?

Несмотря на то, что мы, как и все, используем в своей работе платформу Moodle, мы шли по проторенной дорожке, уделяя большую часть учебного времени формированию практических навыков. С момента появления этой платформы мы использовали ее в основном для оценки знаний. Правда, с 2018 года мы стали в размеренном темпе размещать там материалы для домашних заданий и подготовки к занятиям. Однако ключевое слово здесь – «размеренный», поэтому наша готовность на 18 марта оставляла желать лучшего. Одновременно с решением этой проблемы нужно было «придумать», как преподавать прикладную дисциплину дистанционно.

В этом месте хотелось бы сделать небольшое лирическое отступление и сказать пару слов о сестринском образовании. Более сорока лет тому назад в Европе была проведена соответствующая аналитическая работа, которая показала, что сама система готовит изначально не самостоятельного специалиста, а помощника врача, который работает исключительно в рамках роботизированной схемы «назначение-исполнение», поэтому основной акцент в обучении был на формировании практических навыков.

Учитывая непопулярность профессии у молодежи, с одной стороны и острую потребность систем здравоохранения в сестринских кадрах, с другой, нужны были новые решения. В итоге, программы и акценты в них были пересмотрены, и сегодня (то есть, последние, как минимум, 35 лет) формированию интеллектуальных навыков уделяется такое же внимание, какое уделяется формированию практических. В частности, были введены обязательные кур-

совые аналитические работы, количество которых варьирует (например, по программе сестринского бакалавриата в Великобритании предусмотрено 16 курсовых работ!) Где-то в 80-х годах прошлого века пришло понимание того, что интеллектуальное развитие человека (то есть, развитие его логического, аналитического и критического мышления) лучше всего происходит посредством разработки академической работы. В нашей стране в этом деле мы далеко не ушли; как известно, студенты пишут одну единственную аналитическую работу под названием ВКР на последнем курсе (рефераты в данном случае – не в счет, до сих пор остается загадкой, чему учат эти самые рефераты. Несколько лет тому назад один из наших студентов «успешно» был отчислен из универа, потому что сдал преподавателю на проверку реферат, скачанный из Интернета, под названием «Энтеральное питание... в ветеринарии» !! С тех пор рефераты пишутся только «от руки»).

К сожалению, наши университеты пошли тем же путем и, судя по образовательным программам, которые легко можно сегодня найти в Интернете и которые, за редким исключением, имеют какие-то «свои» отличия, акценты – все те же («времен очаковских»), - на формирование практических навыков. (При этом сходство программ не должно удивлять, ведь мы все должны жить и работать в унисон с ФГОС!)

Возможно, все так и оставалось бы, если бы новые условия не заставили на многие привычные вещи посмотреть другими глазами, но, главное, - заглянуть в глубины сознания каждого студента. В итоге в новом формате обучения появилось наше «ноу-хау», которое заключается в подготовке заданий, нацеленных на развитие интеллектуальных способностей студентов, изучающих сестринский уход.

Если обычный формат занятия предполагал 50 процентов времени на самостоятельное изучение учебного материала, то дистанционное обучение – это стопроцентная самостоятельность. Однако это не значит, что теперь преподаватель мог расслабиться: все выполненные задания должны быть проверены!! Если в обычное время оценка знаний и выполненных заданий проходила в рамках отведенного времени на занятие, то теперь, в силу того, что количество этих заданий увеличилось в разы, на оценку уходит столько времени, что даже некоторые нерадивые студенты усомнились, что работы вообще будут читаться, что все это – ради «галочки» и без зазрения совести быстренько продемонстрировали свое нелюбезное отношение к дисциплине (но об этом речь пойдет ниже).

В качестве заданий студенты самостоятельно изучают теоретический материал и готовят по изученному презентации, отвечают (письменно) на специально подготовленные вопросы к теме, решают ситуационные задачи, учатся писать эссе, литературные обзоры. В качестве учебных материалов используются не только «классические», но и в обязательном порядке научные публикации по вопросам сестринского ухода. В поиске материалов сегодня мы рекомендуем студентам обращаться к таким электронным базам как, в частности, *cyberleninka* и *ncbi (PubMed)*.

В условиях форс-мажора, когда нужно было готовить учебные материалы, а к ним задания, с одной стороны, и проверять эти самые задания, с другой, прошло, по меньшей мере, полтора месяца. Можно сказать, мы справились. Тут бы и конец истории. Однако...

Мы приобрели, можно сказать, бесценный опыт работы со студентами в дистанционном формате. Вот где по-настоящему проявились эти особенности поколения Зет, как его называют психологи, дети мультимедийных технологий. Хотя, определенные моменты заставили задуматься: «А правы ли психологи? ...»

Наши студенты, несмотря на свои приписываемые им и в чем-то завидные черты, отличающие их от предыдущих поколений, эти «цифровые люди» оказались не готовы ни к самостоятельной работе, ни, как это ни странно, к дистанционной. Несмотря на те инструкции, которые были даны им 18 марта, на дополнительно разработанные методические рекомендации, в которых были прописаны новые условия обучения и требования, на регулярно вывешиваемые объявления-обращения к группам, многие решили «воспользоваться» ситуацией и расслабиться...

Первое, о чем было сказано, - что обучение продолжается по тематическому плану, который был размещен в специально созданном разделе «Учебные материалы на период карантина». Далее было рекомендовано внимательно ознакомиться со всеми методическими

рекомендациями, что помогло бы нивелировать огромное количество естественных для той ситуации вопросов... Однако месяц дистанционной работы показал, что это не работает. Несмотря на то, что было дано дополнительное время на выполнение заданий, многие приступили к их выполнению только после того, как ... появились первые двойки за невыполнение. С этого момента на наши головы обрушился, можно сказать, шквал вопросов, но не только: вперемежку с вопросами появлялись претензии и даже жалобы в деканат! «Мы, - мол, - не знали», «нас не предупредили» и прочие «фантазии Веснухина»...

Но самое интересное нас ждало впереди, когда посыпались (наконец!) выполненные задания. Проверка заданий могла бы стать отдельной темой в этой истории. С того самого момента, как были проверены первые работы из головы просто уже не уходили обескураживающие мысли: «Какое у них Ай-Кью?» «Как они смогли поступить в университет?» «Чем вообще занимаются школы...?» Увы, многие студенты до сих пор не осознали, что школа давно закончилась и пора расстаться со школьными привычками. К сожалению, многие, поступив в университет, не понимают, что значит «учиться в университете» и к чему они должны были быть готовы. Кто-то демонстрирует даже такие нелицеприятные черты как хитрость и ложь в качестве оправдания своей безответственности...

Несмотря на то, что идет восьмой месяц обучения, многие не научились видеть то, что должны видеть. Однако сегодня есть определенный прогресс: спустя почти два месяца преподаватели больше не получают вопросов типа «Какая тема следующая?», хотя иногда все же задается вопрос «Какие задания нужно выполнять?» или «Как переслать Задание?» (при том, что все разъяснения даны в методических рекомендациях).

Одним из новшеств, связанных с дистанционным обучением, стала форма-подтверждение изученного материала, которую должен заполнить каждый студент после оценки всех выполненных заданий. Вопросы, на которые мы не находим ответа, - Как можно отправить «Подтверждение», не выполнив при этом ни одного Задания к теме??? И, что еще хуже: Как можно присылать работы, сделанные «под копирку»???? Нашлись и такие, кто решил, что можно сдать одну работу за десятерых, даже не поменяв в тексте род (женский на мужской). На наши замечания старостой одной из «отличившихся» групп был дан потрясающий ответ: «Здравствуйте... мои ребята посещают занятия. Они выполняют задания. Но вы им вставили двойки, почти всем, и написали потому что ответы одинаковые. Объясните мне пожалуйста как могут быть разные ответы если одна дисциплина, если одно задание» (цитируется без исправлений). Нужен ли здесь комментарий?

К каким же выводам подводит нас все вышесказанное?

Перемены в жизни должны быть, они позволяют нам посмотреть на вещи другими глазами, рассмотреть «слабые звенья», признать свои ошибки, предложить новые решения, сделать какие-то открытия, что-то переосмыслить, - все это называется ростом и развитием, что естественно для каждого человека и наполняет смыслом саму жизнь (как бы пафосно это ни звучало!) Приобретенный опыт не оставляет никаких сомнений в том, что акценты в обучении должна быть, в независимости от будущей профессии и несмотря на то, что это отразится на объеме преподавательской работы, на формировании (или продолжении формирования, если процесс был запущен хотя бы в школе), прежде всего, интеллектуальных навыков, с которыми связывают не только уровень и скорость мыслительных процессов, но также и способность к самообучению. Разве не это является основной целью высшего образования?? А признать эту точку зрения поможет тот факт, что, как утверждают психологи, процессы интеллектуального развития можно не только ускорить, замедлить, но даже и остановить. Есть, о чем подумать...

ЕСЛИ ВКР О РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ...

Цуцунава М.Р.

ФГБОУ ВО «СЗ ГМУ им.И.И.Мечникова»

Одной из распространенных тем выпускной квалификационной работы является роль медицинской сестры в той или иной области оказания медицинской помощи. В ежегодном выборе такой темы нет ничего странного: медицина, как наука, не стоит на месте, на фоне расширяющегося диапазона и усложняющихся технологий оказания медицинской помощи необходимо прояснять роль медицинской сестры, соотносить ее с установленными компетенциями, дабы расставить все (или, правильнее, - всех) по своим местам, возможно, выявить свободные «ниши», а также рассмотреть возможность изменения компетенций (и сути самой работы) в перспективе.

Безынициативная роль медицинской сестры, когда все решения за нее принимал врач, нес персональную ответственность за ее работу и жестко ее контролировал, ушла в историческое прошлое. Там, где еще продолжает действовать устаревшая модель роли медицинской сестры, она сталкивается с явным несоответствием программы обучения в колледже тем функциям, которые предписаны ей на рабочем месте. Чтобы медицинская сестра ощущала свою связь со временем, нужно рационально подойти к изменению ее функций и объемов работ. Для этого вполне достаточно в каждом учреждении здравоохранения четко разграничить функции, которые будет выполнять врач, медицинский работник с фельдшерским образованием и медицинская сестра. КАК ЭТО СДЕЛАТЬ?

Ответ – один: нужны исследования. Тема роли медицинской сестры интересна не только выпускникам медицинских колледжей, она также интересна и исследователям. За последние 30 лет были предприняты попытки описать роль медицинской сестры в разных областях оказания медицинской помощи, в частности, в гериатрической практике, в оказании терапевтической медицинской помощи, в ведении больных с аллергией, при вакцинации детей, в развитии первичной медико-санитарной помощи, в реабилитации, в патронаже младенцев с пеленочным дерматитом. Рассматривается роль медсестры и в более узких аспектах, при проведении определенной процедуры, например, в проведении тромболитиза у пациентов с острым инфарктом миокарда. Не обошли стороной эту тему, и психиатры и описали роль медицинской сестры, в частности, в профилактике эмоциональных нарушений у лиц трудоспособного возраста, в помощи детям, страдающим аутизмом. В этом разделе мы предлагаем вниманию читателю на основе краткого обзора научных исследований, проведенных в нашей стране, оценить современное представление медицинской общественности о роли медицинской сестры в разных сферах оказания медицинской помощи, что поможет пересмотреть функциональные обязанности медсестры и ее работу в целом, а выпускникам поможет поделиться с направлением своего исследования, если будет выбрана тема «О роли...» Это, безусловно, отразится, в конечном итоге, на статусе профессии.

РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Имеющиеся условия и возможности подразделений терапевтического профиля позволяют медицинской сестре эффективно реализовать классические этапы сестринского процесса, тем самым проявить свою компетентность при решении приоритетных и потенциальных проблем пациента. 46,1% респондентов указывают на то, что медицинской сестре можно передать некоторые врачебные обязанности. Половина врачей считает необходимым обсуждение вопросов диагностики и лечения конкретного пациента с медицинской сестрой. 61,5% врачей положительно относятся к принятию самостоятельных решений средним медицинским персоналом в пределах своих компетенций.

Несмотря на полученные результаты, 76,9% опрошенных считают роль медицинской сестры в оказании терапевтической помощи взаимозависимой, т.е. результат оказания медицинской помощи в равной степени зависит от работы врача и медицинской сестры. Принимая

непосредственное участие в лечении или реабилитации пациентов соответствующего профиля, средний медицинский персонал вносит значительный вклад в повышение качества медицинской помощи, а также сокращение сроков пребывания больного в стационаре без дополнительных затрат имеющихся ресурсов. Однако, на сегодняшний день, среди медицинских работников пока не сформировалось представление о медицинской сестре как самостоятельном субъекте лечебно-диагностического процесса. [13]

Отсюда одним из **вопросов исследования** может быть следующий: *Какие факторы влияют на становление медицинской сестры как самостоятельного субъекта лечебно-диагностического процесса?*

Прогресс или регресс: 2008

Развитие сестринского дела в последние годы имеет позитивные результаты. Сложилась и развивается трехуровневая система подготовки медицинских сестер. Введена номенклатура должностей в соответствии с уровнем образования сестринского персонала. Изменился подход к планированию подготовки специалистов: формируются контрактно-целевые заказы на подготовку и додипломную специализацию выпускников, совершенствуется система дополнительного образования среднего медицинского персонала, регулярно проводится усовершенствование и переподготовка.

Источник: Т.Н. Павленко, А.В. Володин Структурно-функциональная характеристика использования рабочего времени старшими медицинскими сестрами ЛПУ // Вестник РУДН. Серия: Медицина. 2008. №8.

по вопросам вакцинации?

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В структуре заболеваемости населения стали преобладать хронические болезни, что делает весьма актуальной проблему обучения пациентов жить с этими заболеваниями. Оно осуществляется с учетом мотивации пациента к профилактике и здоровому образу жизни. Речь идет не только о необходимости выполнения каких-либо медицинских процедур, но и о психологической и медико-социальной адаптации больного человека. Медицинская сестра должна самостоятельно оценивать состояние и потребности своего пациента, принимать

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА ПОЖИЛЫМИ ПАЦИЕНТАМИ

Учитывая возрастные особенности, совокупность медицинских, социальных и психологических проблем, пациенты пожилого и старческого возраста, как правило, имеют высокую потребность в уходе и социальном обслуживании. В связи с этим, значительно возрастает роль среднего медицинского персонала. [15]

Создание комфорта, спокойной, близкой к домашней обстановке, зависит целиком и полностью от медицинской сестры. Врач наблюдает за общим состоянием пациента, а медицинская сестра, находящаяся постоянно в отделении, имеет возможность лучше узнать пациента и оказать всевозможную помощь по адаптации в новых условиях. На ее плечах лежит проведение бесед, лекций, общение с родственниками. В современных условиях медицинская сестра – это не только медицинский работник, а специалист более широкого профиля и направленности. [19]

Один из вопросов исследования: *Каковы особенности сестринского ухода за пожилыми пациентами?*

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ

Именно медсестры зачастую становятся специалистами, ответственными за процесс организации вакцинации, и являются основными инструкторами в просвещении родителей и опекунов в вопросах профилактической эффективности вакцин и их безопасности. существующие на сегодняшний день представления о роли медицинской сестры в вопросах продвижения вакцинации среди населения остаются весьма неоднозначными. [11]

Один из вопросов исследования: *Как оценивают родители и опекуны рекомендации/инструкции, которые они получают от медицинских сестер*

обоснованные решения в процессе наблюдения и ухода за ним. Основным принципом в организации сестринского дела является обращение приоритетного внимания на личность пациента. Медицинская сестра становится его наставником, уверенно отказавшись от бытующего мнения, что, чем менее тяжелый пациент будет что-то делать сам, тем лучше. Она мотивирует к реабилитации, профилактике и здоровосозидательному образу жизни. Так, помогая в чем-либо пациенту, она при этом максимально поощряет его быть самостоятельным настолько, насколько он на это способен. [12]

Вопросом исследования может быть: *Что мотивирует пациента к профилактике и здоровому образу жизни?*

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

В большей степени сестринский персонал в поликлинических кабинетах различного профиля работают совместно с врачом. Это обстоятельство свидетельствует о традиционно сложившемся представлении о медицинской сестре только как о помощнике врача, выполняющей лишь вспомогательные функции.

В настоящее время имеются примеры организации медицинского обслуживания населения, где ведущая роль принадлежит специалисту со средним медицинским образованием. Так, функционирование кабинетов доврачебного приема не требует квалифицированной врачебной помощи, занятия в школах для пациентов ведут медицинские сестры. На сестринский персонал возлагаются обязанности в обеспечении обучения населения приемам оказания неотложной помощи и методам ухода за больными и нетрудоспособными лицами (инвалидами, «лежачими» пациентами). [14]

До настоящего времени не установлены роль и степень участия медицинских сестер в проведении медико-социальной реабилитации среди пациентов с хронической патологией. Исследование показало, что подавляющее большинство опрошенных медицинских сестер (73%) считает эту роль взаимозависимой, поскольку без согласованной и отлаженной работы результаты лечения, чаще всего, оказываются плачевными. [18]

Вопросом исследования может быть: *Каковы особенности организации и степень эффективности медицинского обслуживания населения, где ведущая роль принадлежит специалисту со средним медицинским образованием? Описать этот опыт.*

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПАТРОНАЖЕ МЛАДЕНЦА С ПЕЛЕНОЧНЫМ ДЕРМАТИТОМ

Организованная работа участкового врача и медсестры, осуществляющих патронаж ребенка на дому после выписки из роддома, наиболее эффективна при разделении полномочий, особенно при ведении ребенка с патологией. Важно разделить обязанности врача и медсестры для достижения эффективного результата лечения. Пример патронажа ребенка с пеленочным дерматитом, т.к. это наиболее распространенная патология, возникающая у детей первых 3 месяцев: медицинская сестра должна:

- знать теоретические основы проблемы пеленочного дерматита и уметь определить заболевание для своевременного оповещения врача;
- проконсультировать родителей о правилах проведения туалета промежности ребенка, демонстрируя правильность нанесения крема или мази;
- проконтролировать эффективность лечения, оценить результат лечения, чтобы передать эту информацию врачу.

Прогресс или регресс: 2013

По результатам изучения литературных источников на данный момент в рамках национальной стандартизации стандарты сестринской деятельности не утверждены, до сих пор нет единой системы подготовки и внедрения стандартов медсестринской практики.

(Источник: Выскубова О. Ю., Семикина Н. А. Проблемы стандартизации сестринской деятельности // БМИК. 2013. №12)

Обязанности патронажной медсестры и ответственность за их выполнение позволяют повысить статус и привлекательность ее работы. [6]

Вопросом исследования может быть: *Как оценивают патронажную работу медицинской сестры родители детей?*

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Доминирующей задачей психотерапии в общественно ориентированной психиатрии становится раннее выявление и активная терапия на начальных этапах пограничных расстройств для предотвращения их хронизации, уменьшения трудопотерь и повышение качества жизни. Особую роль в данном аспекте лечебно-профилактической работы играют медицинские сестры разных специальностей, работающих как в стационарных, так и в амбулаторных звеньях, оказывающих первичную, многопрофильную и специализированную помощь населению.

Сестринская диагностика психоэмоциональных нарушений у пациентов должна проводиться на всех этапах первичной, многопрофильной и специализированной медицинской помощи. Профилактические мероприятия в отношении психоэмоциональных проблем у тематических групп (лица с психосоциальными стрессами, больные с пограничными психическими расстройствами) должны проводиться на комплексной основе с активным участием медицинских сестер в контексте полипрофессиональной помощи. [3]

Целью исследования может быть *описать опыт сестринской диагностики психоэмоциональных нарушений у пациентов на этапе первичной/многопрофильной / специализированной медицинской помощи.*

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАБОТЕ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДЫ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, СТРАДАЮЩИМ АУТИЗМОМ

Коррекционная работа с аутичным ребенком проводится комплексно полипрофессиональной бригадой, состоящей из детского психиатра, психотерапевта, психолога, логопеда, специалиста по социальной работе и медицинской сестры. Роль медицинской сестры в работе полипрофессиональной бригады начинается с обращения к участковому психиатру и с первого этапа приёма ребенка в отделение интенсивного оказания психиатрической помощи для детей и подростков. Медицинские сестры проводят работу по созданию психотерапевтической среды, эмоциональной поддержке пациентов с помощью методов проведения располагающих (поддерживающих) бесед, игротерапии. Метод игротерапии предполагает участие медицинской сестры в формировании психотерапевтической среды (развитие чувства доверия, расположения, симпатии). В процессе внедрения в сестринскую реабилитационную практику находится метод индивидуального психообразования пациентов. Основные задачи медицинской сестры в реабилитационном процессе – это не только установление доверительных отношений с ребенком, проведение социальных навыков, но и помощь близким родственникам в повседневной деятельности по уходу и воспитанию пациентов через установление и поддержание контакта с ними, содействие улучшению среды пациента. [2]

Целью исследования может быть *описать опыт сестринской реабилитационной практики.*

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПАЛАТЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В ПРОВЕДЕНИИ ТРОМБОЛИЗИСА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Специально подготовленные медицинские сестры, владеющие техникой работы с оборудованием палаты интенсивной терапии и знакомые с основными принципами ведения больных с инфарктом миокарда и сердечно-легочной реанимации – важнейшая составляющая коллектива кардиологии. Сразу после госпитализации пациента с инфарктом миокарда в палату интенсивной терапии практически одновременно с регистрацией ЭКГ и забором проб крови начинается мониторинг за основными физиологическими параметрами. В первую очередь медицинская сестра подсоединяет больного к аппаратуре, обеспечивающей контроль за ритмом сердца в реальном масштабе времени, налаживает постоянный доступ к венозному руслу для введения лекарств и забора проб крови. Медицинская сестра обязана

контролировать поступление жидкости в организм и величину диуреза, визуально контролировать кал (возможность кровотечения, при использовании антикоагулянтов и тромболитиков).

Медицинская сестра палаты интенсивной терапии, осуществляющая перфузию, должна быть не просто готова к развитию возможных осложнений, но и в совершенстве владеть методами их незамедлительного устранения. Наиболее частое осложнение тромболитической терапии – кровотечения (большие и малые), а самое тяжелое из них – геморрагический инсульт. Отсюда очевидна роль медицинской сестры в динамическом наблюдении за пациентом на фоне тромболитической терапии, с учетом развития возможных смертельных осложнений и методам оказания неотложной помощи пациентам. Медицинская сестра палаты интенсивной терапии обязана стабилизировать состояние больного, в частности с помощью введения свежезамороженной плазмы, протаминсульфата, тромбоцитарной массы, криопреципитата с учетом врачебных назначений. [20]

Целью исследования может быть *описать опыт сестринского ухода за пациентом, перенесшим инфаркт миокарда, в палате интенсивной терапии.*

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

Если главной задачей врачей (разных специализаций) является общая оценка состояния здоровья ребенка, включая параметры соматического, неврологического здоровья, исключение возможных патологий, в частности требующих хирургической коррекции, а также выявление первых признаков патологии в процессе наблюдения и т. д., то роль медсестры заключается в непосредственном обучении уходу за ребенком, правильности проведения лечения и оценки его эффективности для передачи информации врачу. Опытная и обученная медсестра может стать не только помощником врача при лечении детей, но и главным подспорьем семьи при организации ухода, питания, контроля за физическим и психомоторным развитием ребенка, обучении проведения коррекционных мероприятий при различных пограничных и функциональных состояниях, свойственных детям первых месяцев жизни. [7]

Целью исследования может быть *описать сестринский опыт диспансерного ведения ребенка первых месяцев жизни.*

РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Наряду с врачебным персоналом важная роль в системе здравоохранения, сохранении эффекта лечения высокотехнологичными методами, обеспечении доступности медицинской помощи, усилении профилактической направленности и решении задач медико-социальной помощи, реабилитации принадлежит специалистам со средним медицинским образованием. В настоящее время при оказании высокотехнологичной медицинской помощи важна периоперативная сестринская помощь, включение всех средних медицинских работников в состав мультидисциплинарной реабилитационной команды.

В ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России (г. Пермь) среднему медицинскому персоналу отведена активная роль во всех аспектах реабилитации пациентов с БСК на протяжении всего стационарного этапа. Медицинская сестра проводит большую часть времени с пациентом, до и после кардиохирургических операций. На ней лежит огромная ответственность в период подготовки пациента к операции (психологическая помощь в борьбе со страхом и напряжением, гигиеническая подготовка),

Прогресс или регресс: 2014

У целом до настоящего времени роль медицинской сестры в здравоохранении остается зависимой, несмотря на проводимые реформы в области сестринского дела и здравоохранения в целом. Медицинские сестры, несмотря на многоуровневую подготовку, продолжают испытывать неуверенность в собственных знаниях и навыках.¹

во время операции (обработка операционного поля, профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, подключение к мониторам, постановка катетеров, работа в составе операционной бригады). [5]

Целью исследования может быть описать периоперативный сестринский уход при подготовке пациента к кардиохирургической операции

РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В «АСТМА-ШКОЛЕ»

В мировой практике при ведении больного БА медицинской сестре отводится важная роль. В некоторых странах (например, Великобритании) обязанности определенных категорий медицинских сестер приближены к обязанностям доктора (при этом назначение лечения – несомненная прерогатива врача). В любом случае важнейшими функциями медицинской сестры, работающей с больными БА, являются обучение больного и наблюдение за его состоянием. [1]

Роль медсестры в «астма-школе» зависит от этапа оказания медицинской помощи пациенту (амбулаторный, стационарный), от наличия специального помещения и занятости среднего медперсонала. Выделяют три роли медсестры в «школе бронхиальной астмы»:

1. Минимальную. 2. Промежуточную. 3. Максимальную.

Минимальная роль заключается в составлении первичной документации пациента, проведения пикфлоуметрии, демонстрации, инструктаже и контроле техники проведения ингаляций через различные средства доставки лекарственных препаратов. Промежуточная роль медсестры может заключаться в активном обучении пациентов, проведении спирометрии, тестов с обратимостью бронхиальной обструкции, мониторинга пикфлоуметрии, предоставления и контроля учебных пособий. Максимальная роль в «астма-школе» предоставляется, как правило, опытным медсестрам, длительно работающим в отделении пульмонологии или терапии в тесном сотрудничестве с врачом. При максимальной роли медсестра составляет структурный план лечения и образования пациента, разрабатывает план оказания неотложной помощи на дому, консультирует пациента или его родственников по телефону и выполняет все манипуляции, перечисленные выше, до руководства центром «астма-школы». Вовлечение среднего медицинского персонала в «астма-школе» даже в минимальной роли вносит значительную лепту в лечебно-образовательный процесс. [22]

Целью исследования может быть описать работу медицинской сестры в астма-школе / оценить эффективность работы медицинской сестры в астма-школе

РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Добиться положительных результатов в улучшении эпидемической ситуации по туберкулезу возможно путём организации и проведения профилактических мероприятий, среди которых важное значение отводится формированию средним медицинским персоналом здорового образа жизни у больного и его родственников. Профилактическая работа является неотъемлемой частью повседневной деятельности медицинских сестёр противотуберкулезного диспансера. [10]

В перечень видов деятельности медицинской сестры в области профилактики заболеваний, который она в состоянии самостоятельно выполнять, вошли следующие аспекты: участие в формировании групп диспансерных больных, проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию, консультирование по вопросам здорового образа жизни, работа по осуществлению диспансерного наблюдения за больными, участие в мероприятиях по предупреждению и снижению заболеваемости, выявлению ранних и скрытых форм социально

Прогресс или регресс: 2017

К сожалению, отношение большинства врачей к медицинским сестрам за эти годы осталось прежним, предпочтение отдается личным качествам, а не профессионализму. Известные факторы не позволили за эти годы произойти тем позитивным изменениям в сестринском деле, которых мы были вправе ожидать.¹

значимых болезней и факторов риска). Кроме того, медсестра в отделении профилактики выполняет подготовительную и организационную работу: составление календарного плана на текущий год; информирование населения о начале осмотра; оформление маршрутного листа диспансеризации; введение результатов в базу данных. [8]

Целью исследования может быть *описать сестринской опыт по формированию ЗОЖ у больного и его родственников. (если таковой опыт еще никем не описан).*

РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Работа дневных стационаров эффективна и экономична, позволяет проводить в амбулаторных условиях диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия больным, которые до этого нуждались в госпитализации, но могли обойтись без круглосуточного медицинского наблюдения. Роль среднего медицинского персонала в организации медицинской помощи в дневном стационаре значительна, поскольку наблюдение и проведение медицинских мероприятий осуществляется именно медицинскими сестрами. [21]

Целью исследования может быть *описать работу среднего медперсонала в дневном стационаре (если таковая еще никем не описана).*

РОЛЬ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДСЕСТРЫ

Роль сестринского персонала была и продолжает оставаться неотъемлемой частью оказания онкологической помощи. Роль медсестры в онкологической практике включает: контроль основного заболевания, сопутствующую патологию (боль, болезненные состояния, активное медицинское сопровождение); психологическая и социальная поддержка; практические решения проблем, связанных с заболеванием, таких как личная гигиена, ежедневный туалет, профилактика язв и пролежней, стирка, прогулки пациента, покупки в магазинах, а также обучение и поддержка на стадии смерти: прощание с семьей, страдания в последние часы смерти, подготовка к ожидаемой смерти, подтверждение смерти. Медсестра играет важную роль в жизни родственников пациентов, оказывая физическую и психологическую поддержку тем, кто близок к серьезному пациенту. [9]

РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОСЛОЖНЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

На основе полученной при изучении госпитальной популяции информации была разработана модель оказания комплексной амбулаторной сестринской помощи. Ее основными задачами являются:

- организация и повышение качества ухода за больными СДС и ограниченными способностями к самообслуживанию на этапе и амбулаторном лечении;
- формирование мотивации для изменения образа жизни, обучение пациентов и членов их семей приемам контроля за сахарным диабетом, само- и взаимопомощи, обучение правильному уходу за стопами;
- контроль диспансеризации больных СДС, планирование посещений врачей-специалистов, диспансеризация на дому;
- соблюдение врачебных назначений и выполнение процедур на дому, незамедлительное оказание неотложной помощи при угрожающих состояниях;
- социально-психологическая поддержка пациентов и их родственников;
- интеграция текущей деятельности в рамках Диабетологического центра, преимущество в работе с эндокринологической службой, кабинетом подиатра, ортопедической коррекции, врача общей практики и других специалистов, школой для больных диабетом, липидным центром, хирургической службой и т.д.;
- ведение медицинской документации, участие в заполнении регистра больных СДС и научной работе, подготовка методических материалов для обучения больных и медицинского персонала;
- взаимодействие с органами социальной защиты, коммунальными службами, волонтерскими общественными организациями. [16]

Целью научного исследования может стать *оценка эффективности сестринской амбулаторной помощи больным осложненным сахарным диабетом.*

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Рост пограничной психической патологии делает всё более актуальным вопрос организации оказания психиатрической и психотерапевтической помощи населению. Поиски новых возможностей оказания помощи пациентам с пограничными психическими расстройствами и оптимизации ресурсов привели к разработке технологий сестринского психиатрического сервиса психосоциальной реабилитации лиц с НППР.

Прогресс или регресс: 2019

Сестринское дело воспринимается как женская профессия, медсестра – это «женщина европеоидной внешности в белой униформе». Она работает в государственных стационарах, ее работа обсуждается в первую очередь в контексте специальностей акушерства, гинекологии и педиатрии. Ее статус, скорее, низкий, сестринское дело не воспринимается интеллектуальной и перспективной профессией. Сообщения о медсестрах носят преимущественно нейтральный характер, эмоционально окрашенные сообщения посвящены в основном личным качествам медсестер. Автообраз (самовосприятие) медсестер беден.¹

Сестринские технологии психиатрического сервиса включили в себя следующее:

1. Сестринская диагностика донозологических признаков пограничных эмоциональных расстройств;

2. Сбор сестринского анамнеза;

3. Непосредственное участие медицинских сестер в индивидуальных (психообразование, индивидуальная рациональная психотерапия, инструментальная поддержка), семейных (семейное консультирование) и групповых («Школа психического здоровья») формах реабилитации пациенток. Разработана и внедрена «Школа психического здоровья для пациентов пограничного профиля», в которой важная роль отводится медицинской сестре;

4. Дистанционные формы поддерживающей психотерапии (телефонное консультирование, которое проводят медицинские сестры);

5. Коммуникативные тренинги: «Позитивный настрой на будущее», «Женское счастье», «Способы нормализации семейной обстановки»;

6. Психообразование по таким направлениям, как «Жизнь с депрессией», «Соматические маски депрессии и тревоги», «Жизненные кризисы», тренинги: «Антидепрессанты, их роль в лечении депрессии», «Фармакологические способы лечения тревоги».

7. Психообразование с родственниками (тренинги «Возрастные кризисы женщин», «Семейные проблемы и их решение», «Медикаменты и семейный стиль»). [4]

Целью исследования может стать описание опыта участия медицинской сестры в реабилитации непсихотических аффективных расстройств у женщин трудоспособного возраста.

РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В УДОВЛЕТВОРЕНИИ ПОТРЕБНОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ С ОНМК

Решение проблемы ОНМК включает два основных направления: его активную первичную профилактику и рациональное оказание медицинской помощи. И первое, и второе направление не могут быть реализованы без активного участия среднего медицинского персонала, причем его работа должна строиться на основе современных технологий сестринского дела, в основе которых лежит идеология сестринского процесса, предусматривающего определение проблем пациента, связанных с его заболеванием, составление и реализацию плана сестринского наблюдения (ухода), направленного на разрешение выявленных проблем. [17]

Целью исследования может быть выявление потребностей пациентов с ОНМК и разработка стандартного плана ухода.

Список использованной литературы

1. Белевский А. С. Взаимодействие врача и медицинской сестры при ведении больного бронхиальной астмой // Практическая пульмонология. 2008. №2
2. Блинова Н.А., Пырина И.В. Роль медицинской сестры в работе полипрофессиональной бригады при оказании медицинской помощи детям, страдающим аутизмом // Омский психиатрический журнал. 2019. №2 (20).
3. Воронкова Т. А. Роль медицинской сестры в профилактике эмоциональных нарушений у лиц трудоспособного возраста // Омский психиатрический журнал. 2014. №2 (2).
4. Воронкова Т. А. Сестринская помощь в реабилитации непсихотических аффективных расстройств у женщин трудоспособного возраста // Омский психиатрический журнал. 2016. №1 (7).
5. Иванова О. В., Гладков С. В., Касимовская Н. А. Роль медицинских сестер в реабилитации пациентов после кардиохирургических операций // Пермский медицинский журнал. 2016. №1
6. Кешишян Е.С., Сахарова Е.С., Афанасьева Н.В. Пеленочный дерматит. Роль медицинской сестры в патронаже младенца с пеленочным дерматитом // МС. 2019. №2
7. Кешишян Е.С., Афанасьева Н.В. Роль медицинской сестры в эффективности проведения диспансерного ведения детей первых месяцев жизни. Медицинская сестра и ее помощь ребенку, семье и врачу при коррекции функциональных кишечных колик первых месяцев жизни // МС. 2018. №11.
8. Коннова Т. В., Барина Ж. В., Лазарева Л. А. Роль средних медицинских работников в укреплении общественного здоровья // Известия Самарского научного центра РАН. 2015. №5-3
9. Маркабаева А.А., Алибаева Г.Н. и др. Роль онкологической медсестры в мире (обзор) // Вестник АГИУВ. 2018. №4
10. Маркина И. Е., Кострицина Г. К. Роль среднего медицинского персонала в формировании здорового образа жизни // БМИК. 2015. №5.
11. Мамедалиева А.А., Жакупова М.Н., Оспанова Д.А. Роль медицинской сестры при вакцинации детей // Наука и здравоохранение. 2019. №3
12. Милькаманович В.К. Роль медицинской сестры на современном этапе развития здравоохранения // Медицинские новости. 2015. №12 (255).
13. Молчанова Ю. С. Роль медицинской сестры в оказании терапевтической медицинской помощи // БМИК. 2015. №5.
14. Новокрещенова И. Г., Чунакова В. В. Роль среднего медицинского персонала в развитии первичной медико-санитарной помощи // БМИК. 2014. №10.
15. Новокрещенова И. Г., Чунакова В. В. и др. Роль среднего медицинского персонала при оказании медицинской помощи населению пожилого и старческого возраста // Клиническая геронтология. 2017. №3-4.
16. Павлов Ю.И. Роль сестринского персонала в организации и оказании помощи больным осложненным сахарным диабетом // Журнал им. проф. Б. М. Костюченка. 2016. Т. 3
17. Петрова Н. Г., Миннуллин Т. И., Андреева Ю. А. Потребности пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения и роль среднего медицинского персонала в их удовлетворении // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2017. №4.
18. Семикина Н. А. Роль сестринского персонала при оказании амбулаторно поликлинической помощи // БМИК. 2014. №10
19. Смородина И.С., Ворожищева Г.И., Тимошенко Е.И. Роль медицинской сестры в уходе за пожилыми пациентами // МвК. 2015. № Спецвыпуск 2.
20. Смородина И. С., Ворожищева Г. И. Роль медицинской сестры палаты интенсивной терапии в проведении тромболитика у пациентов с острым инфарктом миокарда // МвК. 2014. № Спецвыпуск 3.
21. Худякова А. В. Особенности деятельности сестринского персонала в дневном стационаре кардиологического профиля // БМИК. 2015. №5.
22. Юдин А.А., Уханова О.П., Джабарова А.А. Роль медсестры в «Астма-школе» // Новое слово в науке и практике: гипотезы и апробация результатов исследований. 2016. №22.

COVID-19 : ПОЧЕМУ ВОПРОС О ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ ВТОРОЙ ВСПЫШКИ ОСТАЕТСЯ ОТКРЫТЫМ

Широко распространенные в природе коронавирусы, естественным хозяином которых служат многие виды летучих мышей, являются причинами различных простудных заболеваний (до 25%). Большинство из них вызывают вирусную инфекцию, не наносящую серьезного вреда здоровью, но некоторые, такие как SARS-CoV (severe acute respiratory syndrome coronavirus — коронавирус тяжелого острого респираторного синдрома) и MERS-CoV (Middle East respiratory syndrome coronavirus — коронавирус ближневосточного респираторного синдрома) приводят к развитию тяжелого респираторного синдрома с высокой летальностью.

Эволюционируя вследствие мутаций, процессов преадаптации они периодически вызывают в человеческих популяциях эпидемии. Всемирная организация здравоохранения 11 февраля 2020 г. присвоила официальное название SARS-CoV-2-инфекции, — COVID-19 («CoronaVirus Disease 2019» - заболевание, вызванное новым коронавирусом 2019). Летальность от этой инфекции составляет 0,5-3%.

Инкубационный период составляет 2–14 суток (средний период — 5-6 дней). SARS-CoV-2 передается воздушно-капельным (при кашле, чихании, разговоре), воздушно-пылевым (с пылевыми частицами в воздухе), контактным (через рукопожатия, предметы обихода) и фекально-оральным путями.

Инфицирование SARS-CoV-2 человека происходит в последние дни инкубационного периода и максимально в первые три дня от начала болезни. У подавляющего большинства заражение возникает вследствие контакта с пациентом COVID-19 в случаях клинически манифестировавшего заболевания (до 75-85% — при контакте с инфицированными родственниками из семейного окружения). При этом выделение вируса, как правило, продолжается до 12 дней в легких/умеренных случаях и более 14 дней — в тяжелых. Однако у выздоровевших от COVID-19 пациентов ПНК нового коронавируса может быть положительной и после исчезновения клинических симптомов.

Болеющий COVID-19 может заразить 3-5 окружающих его людей, а болеющий гриппом — лишь 1-2 человек. Наиболее восприимчивыми к SARS-CoV-2 являются пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями, артериальной гипертензией, сахарным диабетом, злокачественными опухолями являются

Клинические формы COVID-19: • легкая (с поражением только верхних дыхательных путей), • среднетяжелая (пневмония без дыхательной недостаточности), • тяжелая (пневмония с развитием дыхательной недостаточности, или появлением инфильтратов в легких в виде «матового стекла», занимающих более 50% легких в течение 24–48 ч); • очень тяжелая/критическая форма (пневмония, ОРДС, сепсис, септический шок, полиорганная недостаточность).

Типичные признаки и симптомы заболевания

Симптомы/ Symptoms	%	Симптомы/ Symptoms	%
Лихорадка/Fever	87,9%	Миалгия или артралгия/ Myalgia or arthralgia	14,8%
Кашель/Cough	67,7%	Озноб/Chills	11,4%
Усталость/Fatigue	38,1%	Тошнота и/или рвота/ Nausea and / or vomiting	5,0%
Образование мокроты/Sputum formation	33,4%	Заложенность носа/Nasal congestion	4,8%
Одышка/ Dyspnea	18,6%	Диарея/ Diarrhea	3,7%
Боль в горле/ Sore throat	13,9%	Кровохарканье/ Hemoptysis	0,9%
Головная боль/Headache	13,6%	Кровоизлияния в конъюнктиву/Conjunctival hemorrhage	0,8%

При скрытом течении инфекции в отсутствие жалоб и клинических проявлений при проведении компьютерной томографии легких может наблюдаться синдром «матового стекла», более отчетливо регистрируемый на высоте вдоха, позволяющий диагностировать пневмонию.

По мере распространения пандемии COVID-19 и анализа клинических данных у заболевших стали выделять симптомы, не характерных для «аномальной» пневмонии. Так, были описаны клинические наблюдения пациентов с положительным тестом на ПНК SARS-CoV-2 и наличием неврологических проявлений в виде аноسمии

(потеря обоняния), дисгевзии (отсутствие вкуса). В случаях тяжелого течения инфекция осложнялась развитием преходящей ишемической атаки, эпилепсии, инфаркта головного мозга.

В Российской популяции встречались случаи обращения пациентов за медицинской помощью по поводу кровоизлияний и болевых ощущений в глазах, слезотечения, сменяющегося сухостью. При отсутствии других клинических проявлений диагностировали скрытую форму COVID-19, проявляющуюся лишь конъюнктивитом. Нетипичные проявления COVID-19 регистрировали также в дерматологической практике (различные кожные изменения (по типу эритематозной или везикулярной сыпи, распространенной крапивницы). Кроме того, в сообществе дерматологов обсуждается еще один признак COVID-19, который ранее не был замечен. Он связан с поражением пальцев рук и ног с характерной пурпурной окраской, что послужило основанием для обозначения его как симптом «коронавирусных пальцев».

В настоящее время не существует эффективных специфических методов лечения COVID-19. Пока отсутствуют доказательства того, что пациенты, выздоровевшие от COVID-19, защищены от повторной инфекции. Первый экспериментальный опыт применения плазмы, содержащей антитела иммуноглобулинов класса G больных, перенесших COVID-19, продемонстрировал обнадеживающие результаты. Выздоровевшие пациенты от COVID-19 и лица с бессимптомным течением, выделяющие вирус с фекалиями, могут рассматриваться как возможный источник инфекции.

Поскольку РНК SARS-CoV-2 была обнаружена в образцах сточных вод, остается нерешенным вопрос о жизнеспособности вируса в условиях окружающей среды, через которую также может быть реализован фекально-оральный путь передачи. Вопрос о возможности развития второй вспышки, реактивации или новой волны SARS-CoV-2-инфекции остается открытым.

(По материалам: Ильченко Л. Ю., Никитин И.Г., Федоров И.Г. COVID-19 и поражение печени // Архивъ внутренней медицины. 2020. №3 (53). С. 188-197)

ЮБИЛЕЙ

ИСЦЕЛЯЮЩИЕ УБЕЖДЕНИЯ: ЭФФЕКТ ПЛАЦЕБО

65 лет тому назад (в 1955 году) Г. К. Бичер, главный анестезиолог Массачусетской больницы общего типа в Бостоне, опубликовал эпохальный отчет, озаглавленный: «Могущественное плацебо». В этом отчете Бичер на основании обзора более чем двадцати четырех медицинских случаев делает документально подтвержденный вывод о том, что одна треть пациентов в описанных случаях выздоровела... просто так. Для описания данного эффекта он использовал термин «реакция на плацебо», или, как теперь его называют, «эффект плацебо».

Латинское слово «плацебо» (placebo) использовалось в ранних христианских традициях как часть ритуала чтения Книги псалмов (Псалтыря) на латинском языке. Так, псалом 114:9 заканчивается словами: *Placebo domino in regione vivorum*, что означает: «Буду утешать пред лицом Господа на земле живых». Хотя ведется полемика относительно латинского перевода этой древнееврейской фразы, само слово «плацебо» эта полемика никак не затрагивает, и оно обычно переводится как «утешу» или «буду утешать». Сегодня слово «плацебо» используется для описания такой формы лечения, когда пациента заставляют поверить, что он проходит оздоровительную процедуру или получает целебное средство, тогда как на деле ему дают нечто такое, что не обладает лекарственными свойствами.

Уильям Джеймс, известный всему миру как один из отцов психологии, никогда по-настоящему не занимавшийся медициной как таковой, несмотря на высшее медицинское образование, в статье, написанной им в 1864 году, не оставляет ни малейшего сомнения по поводу того, почему, как он подозревает, истинная сила исцеления менее эффективна в тех случаях, когда применяются непосредственно сами процедуры, и более эффективна, когда врачи помогают своим пациентам разобраться в их собственных чувствах относительно самих себя. «Мои первые впечатления [от медицины таковы: там много притворства и, за исключением разве что хирургии, где иногда достигается что-то положительное, врач самим своим присутствием оказывает на пациента больший лечебный эффект, нежели все остальное».

ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТОВ СО СТОМАМИ

В России продолжается рост численности пациентов с кишечной стомой. Целью исследования являлось определение проблем пациентов со стомами при организации помощи в условиях стационара. Уникальный результат исследования: большинство стомированных пациентов нуждалось в помощи специально обученной ухаживающей за стомой медсестры и в дополнительной литературе по вопросам реабилитации еще до стомирующей операции и сразу после хирургического вмешательства, находясь в стационаре.

Продолжают испытывать недостаток знаний и трудности по применению навыков даже те пациенты, которые получили первичную консультацию и реабилитационную помощь специально подготовленных медсестер для работы со стомированными, а именно по трем основным направлениям: психо-эмоциональное состояние — около 70,0%, вопросы интимной сферы жизнедеятельности — 87,6% и алгоритм дальнейших действий после выписки из клинических лечебных учреждений — около 8,0%.

Особое внимание следует обратить на вопросы дисфункциональных расстройств кишечника, на возможные и рекомендованные физические нагрузки, а также на освещение интимной жизни пациентов. У подавляющего большинства опрошенных пациентов не сформировались навыки ухода за стомой за срок пребывания в стационаре, в котором отсутствовали специально обученные медсестры по уходу за стомированными (96,2%). У значительного количества реципиентов (96,2%), нет сложившихся знаний об алгоритме реабилитационных действий после выписки из клинического учреждения, в котором отсутствовали специально обученные и соответствующе информированные медсестры по уходу за стомированными.

ВБИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Нижние мочевыводящие пути считаются потенциально инфицированными участками даже при наличии мочи без патологических изменений, вследствие присутствия патогенных бактерий в простате и мочеиспускательном канале, выход которых может быть спровоцирован введением инструментов в мочеиспускательный канал, операционной травмой на фоне ослабления иммунитета. От общего числа госпитальных инфекций частота встречаемости ИМП достигает 44% случаев, а среди заболеваний мочевыделительной системы этот показатель достигает 75-80% случаев. К последним видам ИМП относятся как самостоятельно протекающие заболевания (уретриты, эпидидимиты, циститы, пиелонефриты), так и в виде осложнений, возникших после инструментальных и хирургических вмешательств

Цель исследования - изучение факторов, способствующих распространению внутрибольничной инфекции мочевыводящих путей. В группу исследования вошли пациенты, которым выполнялась открытая чреспузырная аденомэктомия (n=154) и трансуретральная резекция предстательной железы (n=94). Возраст пациентов составлял от 55 до 83 лет. Были изучены такие основные показатели, как: частота развития внутрибольничной инфекции мочевыделительных путей в зависимости от возраста пациента, объема и длительности операции, продолжительности дооперационного периода и длительности катетеризации мочевого пузыря. В результате проведенного анализа 248 больных в 31 случае выявлена ВБИ, что составило 12,5%. Наиболее типичными нозологическими формами проявления ВБИ в отделении являлись уретрит – 32,3%, нагноение послеоперационной раны – 25,8%, цистит – 19,4%.

Полученные данные подтверждают результаты аналогичных работ других учёных: факторами риска развития ВБИ МП являются: тяжесть основного заболевания, наличие постоянных катетеров, длительность проведения операций, сроки пребывания больных до операции и длительность катетеризации мочевого пузыря в послеоперационном периоде. Важным является учитывать общепринятые факторы развития послеоперационных ИВО.

НАУЧНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

ПРОГРАММА УДАЛЕННОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТОМ

Высокий уровень качества оказываемой медицинской помощи является одним из важнейших условий эффективной деятельности стационара при развитии рыночной экономики. До середины 90-х годов в процессе формирования национальной политики в области охраны здоровья населения концентрировались на решении проблемы финансирования системы здравоохранения и изменении структуры предоставления медицинских услуг. В последнее десятилетие основные реформы здравоохранения направлены на повышение качества и эффективности деятельности медицинских организаций. В связи с этим становится всё более актуальной оценка удовлетворённости пациентов оказываемой медицинской помощью

Цель исследования: проанализировать показатели удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, оказываемой сестринским персоналом в условиях внедрения программы удаленного наблюдения за пациентом в федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии.

С 2009 по 2017 гг. оценка удовлетворенности проводилась по пяти направлениям: □

удовлетворенность периодом госпитализации; □удовлетворенность общением с врачом-кардиологом; □удовлетворенность общением с врачом-хирургом; □удовлетворенность общением с медицинской сестрой кардиологического отделения; □ удовлетворенность периодом лечения в целом.

Значительно повысила оценку удовлетворенности пациентов организация длительного мониторинга состояния пациентов в послеоперационном периоде, так называемого, «удалённого наблюдения за пациентом». Свидетельством этого является повышение в 2017 году таких показателей, как «общение с кардиологом», «общение с медсестрой».

Благодаря внедрению программы удаленного наблюдения за пациентом, появились возможности: □ контролировать соблюдение пациентом требований к послеоперационному уходу; □ проводить коррекцию назначенного лечения; □ проводить статистику возможных послеоперационных осложнений; □ рекомендовать дополнительные методы обследования; □ отвечать на возникающие вопросы пациента или его близких, давать им необходимые рекомендации по поддержанию соответствующего качества жизни пациента; □ узнавать мнение пациента и его близких о качестве оказываемой медицинской помощи и т.д.

Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи основана на результатах общения и взаимодействия с сестринским персоналом в процессе нахождения в медицинской организации и после выписки из неё. Самые высокие оценки (от 100% до 84%) пациенты ставят за профессиональное выполнение манипуляций, вежливое и доброжелательное отношение, создание безопасной среды пребывания в стационаре. Учитывая единичные замечания пациентов, на рабочих местах с медицинским персоналом были проведены тренинги по коррекции поведения и профессиональных навыков.

Выводы. На удовлетворённость пациентов качеством медицинской помощи влияют: профессионализм специалистов сестринского дела, пациент-ориентированное сервисное обслуживание и позитивное коммуникационное взаимодействие с пациентом.

Источник: научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики» 2020 г., № 1

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
«СПЕЦИАЛИСТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

2020, № 21

Подписано в печать 17.08.2020. Формат 60 x 84 1/8. Бумага офсетная. Печать офсетная.
Объем 4,25 уч.-изд. л.; 4,25 усл. печ. л. Тираж 500 экз. Заказ № 6245

Е-mail: mediteka21@mediteka.ru

Отпечатано с готового оригинал-макета
ТИПОГРАФИЯ ООО «ГАЛАНИКА»
г.Санкт-Петербург, ул. Правды, д. 15
Тел.: (812) 670-56-88, galanika@list.ru, www.galanika.com