

УДК 614.253.5:616-002.5:614.4

Каспрук Людмила Ильинична

доктор медицинских наук, профессор,

Оренбургский государственный медицинский университет

kaspruk61@yandex.ru

Митрофанова Елизавета Владиславовна

студент,

Оренбургский государственный медицинский университет

Asdf-asd-89@mail.ru

Lyudmila I. Kaspruk

Doctor of Medical Sciences, Professor,

Orenburg State Medical University

kaspruk61@yandex.ru

Elizaveta V. Mitrofanova

Student,

Orenburg State Medical University

Asdf-asd-89@mail.ru

АНАЛИЗ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРАКТИКИ СЕСТРИНСКОГО -МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

ANALYSIS OF THE REGIONAL PRACTICE OF NURSING MEDICAL PERSONNEL IN THE PREVENTION OF TUBERCULOSIS

***Аннотация.** Представлены результаты социологического исследования участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению сестринских медицинских кадров Оренбургской области. Определены факторы сегмента деятельности сестринского медицинского персонала в формате профилактики туберкулеза, влияющие на показатели эффективности лечения и смертности.*

***Ключевые слова:** сестринский медицинский персонал, туберкулез, первичная медико-санитарная помощь населению, профилактическая работа.*

***Annotation.** The results of a sociological study of the nursing medical personnel of the Orenburg region participating in the provision of primary health care (PHC) to the population are presented. The factors of the segment of the activity of nursing medical personnel in the format of tuberculosis prevention, affecting the indicators of treatment effectiveness and mortality, are determined.*

***Keywords:** nursing medical personnel, tuberculosis, primary health care to the population, preventive work.*

Нет сомнений в том, что туберкулез в настоящее время является одной из самых опасных угроз для здоровья населения во всем мире. Туберкулез

является социально значимым заболеванием и представляет собой глобальную проблему, для решения которой необходимо объединение различных сфер жизнедеятельности: здравоохранения, государства, общества. При направлении средств на борьбу с туберкулезом, особое внимание следует уделять профилактической работе.

Важно отметить, что эпидемиологическая опасность – одно из основных последствий более поздней диагностики туберкулеза. Кроме этого также, - прогрессирующее течение программы болезни. К сожалению, сюда можно отнести и низкую эффективность лечения, что приводит к высокой вероятности развития лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза, с последующим развитием фатальных последствий. При этом могут отмечаться массивные остаточные изменения. К сожалению, - неопровержимые факты - высок риск рецидива заболевания и перехода в хроническую форму. В то же время инвалидизация больных туберкулезом остается высокой.

При эпидемических вспышках туберкулезной инфекции, особенно при изменении условий семейного контакта, заболеваемость туберкулезом почти в 9 раз выше (700 жителей на 100 тысяч населения). Аналогичные показатели здоровья встречаются как у беженцев, так и у мигрантов. Высокая распространенность туберкулеза среди населения в городах также вызывает обеспокоенность у медицинских работников, которые участвуют в оказании первичной медико-санитарной помощи информированному населению (ПМСП), в том числе, - у среднего медицинского персонала. Это необходимо не только из-за возможного специфического процесса, и не только у лиц с бронхолегочной патологией, но и при других внутренних заболеваниях. Таких, например, как сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, рак, ХОБЛ, ВИЧ/СПИД и др. заболевания (психические и профессиональные). В то же время заболеваемость туберкулезом по статистическим данным превышает таковую у населения в целом в 5-12 раз, а в ряде случаев и больше.

Большую роль в распространении туберкулеза играет контакт с больным данной патологией. Важным фактором представляется, в том числе, и его продолжительность. Нельзя не отметить риск инфицирования при контакте с больным туберкулезом. Риск заражения значительно увеличивается при тесном контакте дома или в семье с больным. Происходит выделение в окружающую среду микобактерии туберкулеза при кашле, чихании, разговоре. Непосредственно фактор времени также имеет большое значение, особенно, если человек более 8 часов находится в тесном контакте с больным туберкулезом. Условия таковы, что чем меньше времени человек проводит с пациентом, и чем меньше бактерий он выделяет в окружающую среду, тем, естественно, ниже и риск заражения. По статистике, риск развития активного туберкулезного процесса у лиц, инфицированных микобактериями туберкулеза, составляет 10%. При этом половина заболевает в течение первых 2 лет. Другая половина - в течение последующей жизни.

Таким образом, чем раньше будет диагностирован пациент, больной туберкулезом, - особенно при наличии бактерио-выделения, тем меньший процент населения может быть инфицирован. Причины нераспознанного туберкулеза, следующие:

- отсутствует фтизиатрическая активность;
- плохой сбор анамнестических данных;
- факторы, способствующие развитию туберкулеза, не учитываются. конкретно - эпидемиологические, - контакт с больным туберкулезом;
- недооценка социального статуса больного, наличие сопутствующих заболеваний;
- недостаточное рентгенологическое исследование и неверная его интерпретация;
- крайне редкое трехкратное исследование мокроты на МКТ с окраской по Цилю - Нильсену;
- фактор тяжести состояния больного и кратковременность его пребывания в стационаре;
- многочисленные трудности в обследовании [3] .

Учет вышеперечисленных причин (неверный сбор анамнестических данных, связанный с недостаточной настороженностью по поводу туберкулеза; неверная оценка клинических проявлений туберкулеза; неверная интерпретация рентгенологических изменений в легких; отсутствие или однократное исследование мазков мокроты на микобактерии туберкулеза; диагностическая бронхоскопия без взятия биопсийного материала) позволяет повысить эффективность работы учреждений общей медицинской сети по раннему выявлению больных туберкулезом легких.

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации" в статье 12 указывает на приоритет профилактики в области охраны здоровья, которая обеспечивается за счет разработки и реализация программ здорового образа жизни. В том числе, - программы по снижению потребления алкоголя и табака, профилактике и контролю немедицинского употребления наркотических средств и психотропных веществ. Важную роль играет проведение санитарно-противоэпидемических профилактических мероприятий; мероприятия по профилактике и раннему выявлению заболеваний, предупреждению и борьбе с социально опасными заболеваниями, а также проведение профилактических и иных медицинских осмотров, диспансерных наблюдений в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Наряду с вышеизложенным, в статье 27 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" устанавливаются обязанности граждан в области охраны здоровья. Граждане обязаны проходить медицинские осмотры в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, обязаны проходить

медицинские осмотры и лечение, а также участвовать в профилактике таких заболеваний. При прохождении терапии необходимо придерживаться схемы лечения, в том числе рассчитанной на период временной нетрудоспособности, и правил поведения больных в организациях здравоохранения [2, 3].

Несомненно важная роль деятельности сестринского медицинского персонала в проведении профилактических мероприятий. Медицинская сестра должна владеть знаниями в области эпидемиологии и профилактики, клиники и лечения туберкулеза, организации раннего выявления, вакцинации и амбулаторной химиотерапии. Медицинская сестра должна уметь вести документацию, владеть техникой необходимых манипуляций (подкожных, внутримышечных, внутривенных инъекций, уметь проводить туберкулиновые пробы, оказывать первую помощь, особенно при легочных кровотечениях) и др. Медицинская сестра помогает врачу в организации приема больных. Перед началом приема он отбирает соответствующие истории болезни пациентов, подбирает к ним рентгенограммы и клеивает результаты анализов после осмотра врача. Регулирует прием по вызову врача (особенно больных с лихорадкой, болями, кровохарканьем, одышкой или плохим самочувствием, с нетрудоспособностью, ослабленных и пожилых, приехавших на консультацию издалека).

По поручению врача она заполняет рекомендации и справки, рецепты, отчетно-статистические формы и т.п. В процедурном кабинете проверяет регулярность посещения закрепленных за ним больных. Выявляет «отстраненных» больных, причины «отстранения» и при необходимости - вызывает таких больных к врачу. Медсестра работает с контрольной картой, отмечает даты прибытия и повторно определяет следующие явки пациента. Вносит диагнозы, группу учета, данные о стационарном, санаторном и амбулаторном лечении, изменения в трудовой деятельности больных, их месте жительства. Указывает лиц, не явившихся в поликлинику на диспансеризацию вовремя.

При работе с картой, медицинская сестра фиксирует дату посещения очага, состояние здоровья, поведение больного, выполнение плана восстановления очага, содержание беседы. Участковая медсестра работает с педиатрической медсестрой для выявления детей, контактировавших с больными туберкулезом. Оказывает помощь медицинскому статистику в сборе документов для подготовки годового отчета.

По результатам проведенного нами опроса [1] медицинских сестер г. Оренбурга, задействованных в оказании первичной медико-санитарной помощи, были выявлены: достоверные различия (коэффициент корреляции Спирмена $rs = 0,66$) в оценке своих специальных умений и знаний в области анализа состояния здоровья прикрепленного населения. При сборе и оценке оперативной информации об эпидемиологической обстановке, а также об изменении экологической обстановки и в аспектах иммунопрофилактики выявления отличия для сестринского медицинского звена работников сельского и городского здравоохранения.

Наибольшее количество проблем выявило исследование среди специалистов города, особенно в вопросах иммунопрофилактики - 75%. Следует отметить, что средние медицинские работники в сельской местности сообщают о недостатке знаний только в 34% случаев. В 47% случаев наблюдается недостаток знаний и навыков по сбору и оценке оперативной информации об эпидемиологической обстановке, об изменении экологической ситуации, что проявляется у сотрудников города. Эти трудности возникают только в 17% сельской местности. Недостаток знаний о выявлении групп населения с ранними и латентными формами заболевания, факторов риска. Им также не хватает знаний в области оказания помощи в снижении влияния факторов риска на здоровье населения. Такой же дефицит обнаруживается у городских специалистов сестринского дела только в 11% случаев. Городским специалистам также в два раза чаще не хватает знаний в процессе обучения уходу и оказанию первой помощи родственникам тяжелобольных.

Недостаточный уровень знаний и навыков был также отмечен в следующих вопросах:

- «содействие в снижении влияния факторов риска на здоровье населения, выявление групп населения с ранними и латентными формами заболевания, факторами риска» - 37 %;

- «аспекты сбора и оценки оперативной информации об эпидемиологической обстановке, изменении экологической обстановки»,

- «скорая помощь и уход за тяжелобольными, а также обучение родственников» - 31%.

Однако есть существенные различия в оценке этих знаний и умений сельскими и городскими руководителями. Коэффициент корреляции Спирмена $r_s = 0,41$, т.е. $p > 0,1$. В сельской местности 60% руководителей организаций здравоохранения отмечают отсутствие специальных знаний и навыков по уходу и оказанию первой помощи. Недостаточные навыки и знания в выявлении групп населения с ранними и латентными формами заболеваний, факторов риска, а также в проведении лечебных мероприятий, назначенных врачом, отмечают 53% опрошенных. В городских условиях на такие проблемы медицинские работники указывают значительно реже - 18%, 27% и 9% [1].

Таким образом, выявление и профилактика туберкулеза является одной из функциональных обязанностей медицинских работников, участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи населению, в том числе среднего медицинского персонала. Недостатки в их работе существенно влияют на эффективность лечения и смертность от туберкулеза в будущем. Возрастает значение системы здравоохранения и сестринского дела как важной составляющей обеспечения здоровья населения. При этом на здоровье и долголетие людей в первую очередь влияет их образ жизни, связанный с ценностными ориентациями. Снижение уровня заболеваемости и смертности напрямую связано с масштабами профилактических

мероприятий, выполняемых, в том числе, сестринским медицинским персоналом.

Литература

1. Каспрук Л.И, Снасапова Д.М., Жакупова Г.Т. Кадровое обеспечение как фактор влияния на качество оказания первичной медико-санитарной помощи населению (на примере Оренбургской области). *Современные проблемы науки и образования*. 2015г. №5 <https://www.scienceeducation.ru/128-22578> (дата обращения 12.12.2018).

2. Москалева, С. Н. Сестринское дело при туберкулезе / С.Н. Москалева. - М.: Паритет, 2016. - 224 с.

3. Современная организация сестринского дела (+ CD-ROM). - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 576 с.

References:

1. Kaspruk L.I, Snasapova D.M., ZHakupova G.T. Kadrovoe obespechenie kak faktor vliyaniya na kachestvo okazaniya pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshchi naseleniyu (na primere Orenburgskoj oblasti). *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2015g. №5 <https://www.scienceeducation.ru/128-22578> (data obrashcheniya 12.12.2018).

2. Moskaleva, S. N. Sestrinskoe delo pri tuberkuleze / S.N. Moskaleva. - М.: Paritet, 2016. - 224 с.

3. Sovremennaya organizaciya sestrinskogo dela (+ CD-ROM). - М.: GEOTAR-Media, 2016. - 576 с.