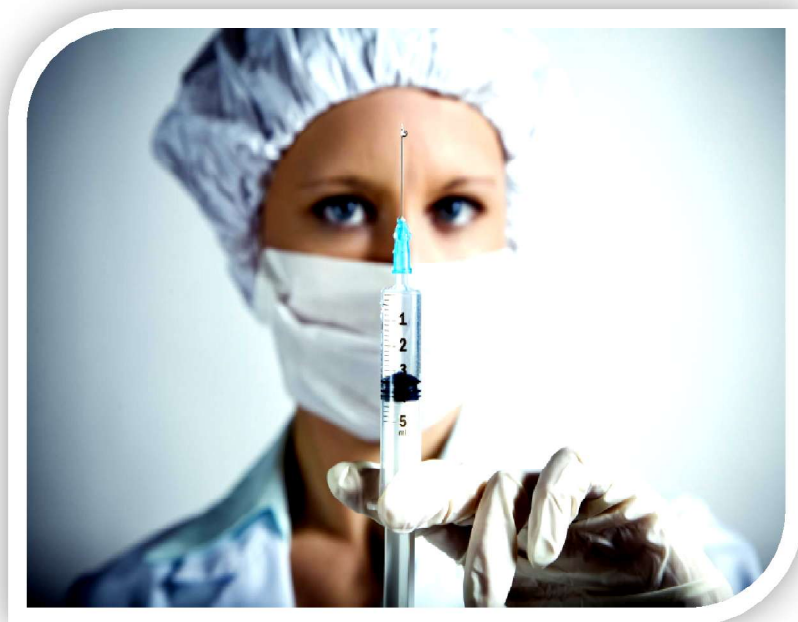


Управление здравоохранения правительства Еврейской автономной области
Областное государственное профессиональное
образовательное бюджетное учреждение
«Биробиджанский медицинский колледж»

***Материалы Студенческой
научно-исследовательской конференции
«Роль среднего медработника в лечении и
профилактике различных заболеваний»***



17 мая 2018 г.

г. Биробиджан

Материалы Студенческой научно - исследовательской конференции «Роль среднего медработника в лечении и профилактике различных заболеваний» ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж», 2018.- 60 с.

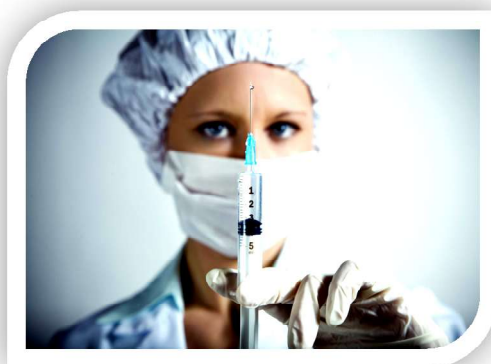
Составитель, компьютерная верстка:

Королева Н. В., начальник отдела методической работы ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

Орфография и пунктуация авторов сохранены.

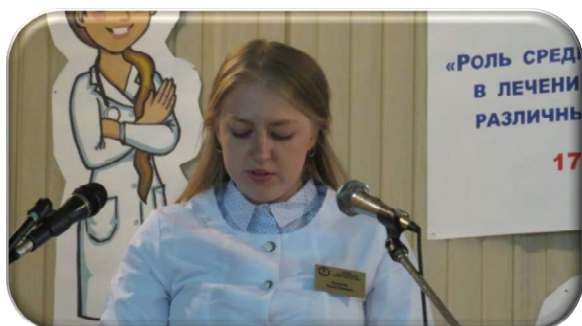
В сборник включены материалы Студенческой научно - исследовательской конференции «Роль среднего медработника в лечении и профилактике различных заболеваний», проведенной 17 мая 2018 года в ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

Печатается по решению научно-методического совета ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

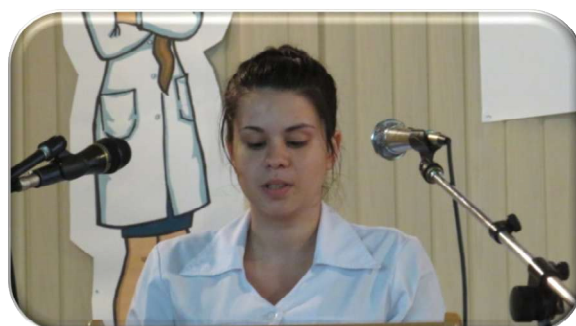




Директор ОГПОБУ БМК Елена Владимировна Попова приветствует участников конференции



Кизилова Ольга, студентка группы 20 СД



Ходжамурадова Роксана, студентка группы 30 СД



Музыка Кира, студентка группы 32 ЛД



Гайнутдинов Данила, студент группы 13 ЛД



ОГЛАВЛЕНИЕ

Проблема ВИЧ-инфекции глазами студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».....	6
<i>Музыка Кира, студентка группы 32 ЛД</i>	
<i>ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»</i>	
<i>Научные руководители: Вторушина Л. Б., Бастрыгина Т. В.</i>	
 Профилактика острых и хронических гепатитов.....	18
<i>Кизилова Ольга, студентка группы 20 СД</i>	
<i>ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»</i>	
<i>Научные руководители: Шахматова Е. И., Бастрыгина П. Е.</i>	
 Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима как один из факторов профилактики ВБИ.....	27
<i>Гайнутдинов Данила, студент группы 13 ЛД</i>	
<i>ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»</i>	
<i>Научный руководитель: Кучумова Л. Ю.</i>	
 Роль медицинской сестры в иммунопрофилактике взрослого населения.....	32
<i>Ходжамурادова Роксана, студентка группы 30 СД</i>	
<i>ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»</i>	
<i>Научный руководитель: Духовникова Е. А.</i>	
 Роль контроля артериального давления в профилактике инсульта.....	38
<i>Досов Владимир, студент группы 43 ЛД</i>	
<i>ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»</i>	
<i>Научные руководители: Болдырева Т. Л., Гефен Л. И., Лоншакова О. А.</i>	
 Роль медицинской сестры в уходе и выхаживании недоношенных детей II и III этапа в условиях ОГБУЗ «Областная детская больница».....	42
<i>Тарусина Марина, студентка группы 30 СД</i>	
<i>ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»</i>	
<i>Научный руководитель: Березань Е. В.</i>	

**Диагностика и лечение хронической
обструктивной болезни легких.....46**

Бакаев Денис, студент группы 32 ЛД

ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

Научный руководитель: Климченко Т.Б.

Питание при заболеваниях печени и желчного пузыря.....55

Лужкова Татьяна, студентка группы 13 ЛД

ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

Научный руководитель: Солдатенко И. В.

Проблема ВИЧ-инфекции глазами студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

*Музыка Кира, студентка группы 32 ЛД
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научные руководители: Вторушина Л. Б., Бастрыгина Т. В.*

Мы представляем вашему вниманию результаты учебно-исследовательской деятельности по теме: «Проблема ВИЧ-инфекции глазами студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»».

Цель: изучить отношение студентов медицинского колледжа к ВИЧ инфекции.

Задачи:

1. Рассмотреть ситуацию ВИЧ в РФ и ЕАО.
2. Рассмотреть проблему профилактики ВИЧ заболеваний.
3. Проанализировать анкеты, составленные по вопросам данной темы.
4. Сделать выводы по изученному материалу.

Гипотеза: Мы считаем, что студенты биробиджанского медицинского колледжа имеют полную информацию о ВИЧ инфекции и толерантны по отношению к ВИЧ инфицированным.

Проблема ВИЧ-инфекции на данном этапе развития современного общества стала проблемой номер один для Всемирной организации здравоохранения, оттеснив на второе место рак и сердечно-сосудистые заболевания. Это обусловлено несколькими основными причинами.

Во-первых, до сих пор не найдено действенное лекарство против вируса; во-вторых, как следствие стремительно растет количество зараженных людей.

Так, на 01.11.2017 год в России проживает 924 600 ВИЧ - инфицированных. Общее число зарегистрированных за все годы наблюдения на 1 января 2018 года составило 1,2 миллиона человек. В целом по стране сейчас идет прирост числа новых случаев ВИЧ-инфекции в среднем на 10% в год, сообщают в Минздраве России. По темпам роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией Россия вышла на 3-е место после Южноафриканской республики и Нигерии. При этом почти 50 - процентный вклад в заболеваемость вносят 22 региона, с которыми связаны основные маршруты распространения наркотических веществ. ЕАО является одним из таких регионов.

В 2017 году среди ВИЧ - инфицированных по-прежнему преобладают мужчины – их 62,9%, женщины – 37,6%.

Наиболее поражена ВИЧ возрастная группа 30-39 лет (2% ВИЧ-инфицированных), в ней каждый 50-ый болен ВИЧ-инфекцией. Эпидемия мигрирует в более старшие возрастные группы: например, в 2000 году возрастная группа до 30 лет составляла 87%, а в 2017 году ВИЧ-инфицированные выявленные в возрасте 30-50 лет составили 69%. Но здесь также возможной причиной может быть позднее выявление. Кроме того, участились случаи заражения в очень преклонном возрасте, например в Екатеринбурге выявлен мужчина 98 лет - инфицированный ВИЧ.

Каждый день умирают 80 ВИЧ - инфицированных. До сих пор ВИЧ-инфекция является фатальным заболеванием, то есть приводит к летальному исходу. В первые 10 месяцев 2017 года в России умерли 24 713 больных ВИЧ-инфекцией, что на 8,2% больше, чем за аналогичный период прошлого года.

В России нередко наличие ВИЧ-инфекции делает гражданина мишенью для различных нарушений прав. Незаконное обследование на ВИЧ без согласия человека, разглашение диагноза, незаконное увольнение с работы, вынужденный переезд на новое место жительства из-за гонений и дискриминации, недоступность медицинских и

социальных служб на новом месте из-за отсутствия регистрации – это далеко не полный перечень проблем, с которыми может столкнуться человек с ВИЧ-положительным статусом.

Рассматривая Еврейскую автономную область выявляем, что ситуация с распространением ВИЧ - инфекции на территории беспокоит специалистов. По данным отдела профилактики ОГКУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», сейчас в ЕАО зарегистрировано 395 ВИЧ - инфицированных. В течение 2017 года зарегистрировано 20 ВИЧ - инфицированных, из них 1 иностранный гражданин.

Лидирует в печальной статистике Облученский район ЕАО, где зарегистрировано 126 ВИЧ - инфицированных, на втором месте – Биробиджан (100). Далее идут Ленинский район (58), Сидовичский район (49), Биробиджанский район (37) и Октябрьский район (25).

По возрастной категории лидирует группа «20-39 лет» — 76,75 процентов. Среди путей передачи ВИЧ лидирует «половой» (58,5 процента) и «внутривенный у наркоманов» (39,3 процента). Из 395 ВИЧ-инфицированных жителей ЕАО – 229 мужчины, 166 – женщины. В числе зараженных – несколько несовершеннолетних.

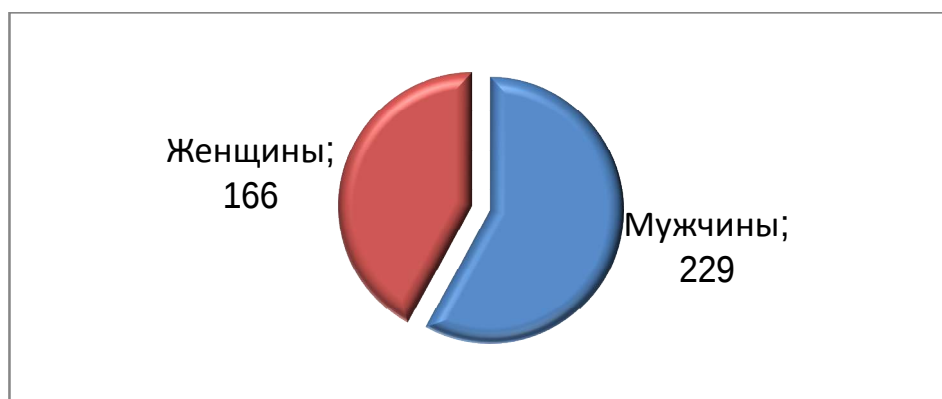


Диаграмма 1. Соотношение ВИЧ инфицированных жителей ЕАО среди мужчин и женщин (чел.)

По данным диаграммы видно, что мужчины преобладают в числе зараженных ВИЧ инфекцией, но за последние пару лет, процент инфицирования женского пола неуклонно растет. Это связано с увеличением заражения половым путем, что говорит об отсутствии поведений сексуальной культуры и беспечным отношением к своему здоровью.

Точное количество ВИЧ-больных в ЕАО неизвестно. Официальное количество состоящих на учете нужно умножить, минимум, на три, чтобы приблизиться к реальной картине. Начиная с 1999 года, от СПИДа и сопутствующих заболеваний скончалось 37 жителей ЕАО.

За семнадцатилетний период в области от ВИЧ-инфицированных мам родилось 44 ребенка. 33 ребенка на данный момент сняты с учета, так как они являются полностью здоровыми. 10 детей остаются на диспансерном наблюдении до достижения возраста 1,5 лет. Одного ребенка спасти не удалось, он умер из-за халатного отношения матери, не получавшей в период беременности профилактического лечения. В настоящее время на учете в центре по профилактике и борьбы со СПИД состоят 7 представителей этой группы риска. Кстати, удельный вес женщин среди ВИЧ-инфицированных в ЕАО вырос с 25 процентов в 1999 году до 45,8 процента в 2017-м.

Таблица 1

Распределение ВИЧ-инфекции ЕАО по полу, возрасту и путям заражения на 1 января 2018 год

		Всего	Пол		Возраст				Путь передачи ВИЧ			
			М	Ж	0-9	10-19	20-39	40-60	В/в	Половой	Вертикальный	Не установленный
г. Биробиджан		93	56	37	0	8	71	14	33	58	0	2
Биробиджанский район		11	5	6	0	1	6	4	5	6	0	0
Облученский район		100	61	39	1	1	71	27	50	48	1	1
Ленинский район		23	9	14	1	1	17	4	1	21	1	0
Смидовический район		25	9	16	0	1	22	2	6	19	0	0
Октябрьский район		5	1	4	0	0	5	0	0	5	0	0
По ЕАО	Абс	257	141	116	1	12	192	51	95	157	2	3
	в %	100	54,9	45,1	0,4	4,7	74,7	19,8	37,0	61,1	0,8	1,2
Выявлено за 2017 год		29	10	13	1	1	19	8	8	14	1	0

Говоря о мерах профилактики нужно отметить, что риск ВИЧ-инфицирования можно снизить путем ограничения воздействия факторов риска. Основные подходы к профилактике ВИЧ, часто используемые в сочетании друг с другом:

1. Использование мужских и женских презервативов;
2. Тестирование на ВИЧ и ИППП и консультирование;
3. Отказ от употребления инъекционных наркотиков;
4. Ликвидация передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

В XXI веке проблема заболеваемости ВИЧ - инфекцией стоит особо остро. Современная молодежь имеет недостаточную осведомленность по данному вопросу, что, в свою очередь, приводит к распространению данного опасного заболевания среди населения.

Было проведено анкетирование 38 респондентов БМК 1 и 3 курсов сестринского и фельдшерского отделений в возрасте от 17 до 51 года по следующим вопросам:

Таблица 2

Анкета

1	Что Вы можете сказать о своих знаниях о ВИЧ инфекции?	1)хорошо знаю проблему 2) могу ориентироваться, но глубоко не интересуюсь 3)мне это не интересно 4) нет ответа
2	Я знаю следующие пути передачи ВИЧ инфекции	1)кровь 2) половой 3)переливание крови

		4) шприцы 5) от матери 6) молоко 7) слюна 8) раны 9) контактный
3	ВИЧ инфекции вызывается?	1) вирус 2) снижение иммунитета 3) нет ответа
4	Сколько времени могут болеть ВИЧ инфекцией?	1) долго 2) всю жизнь 3) 5 – 15 лет 4) индивидуально 5) нет ответа
5	Чем СПИД отличается от ВИЧ?	1) фаза течения ВИЧ 2) ВИЧ - вирус, СПИД – болезнь 3) нет ответа
6	Сколько больных ВИЧ инфекции в ЕАО по вашим представлениям?	1) 10 % населения 2) 50% населения, много 3) 1/3 населения, более 500 человек 4) не знаю
7	Какой возраст наиболее опасен для заражения ВИЧ инфекцией?	1) подростковый 2) 13 – 16 лет 3) 18- 25 лет 4) молодой 5) более 35 лет 6) любой 7) около 100
8	Если бы среди ваших друзей появился больной с ВИЧ инфекцией?	а) свёл бы общение к минимум или прекратил б) всё бы продолжалось по - прежнему в) стал бы активнее общаться, что бы поддержать человека
9	Если Вы узнаете, что в больнице Вас обслуживает медицинская сестра, больная ВИЧ инфекцией?	1) потребую другую медсестру 2) не буду предъявлять никаких претензий
10	На мой взгляд, информации в СМИ достаточно для получения необходимых знаний?	а) Да б) Нет

По результатам анкетирования сложилась следующая картина:



Рисунок 1. «Возраст респондентов»

В анкетирование приняли участие молодежь в возрасте от 17 до 19 лет в количестве 17 человек, 18 человек от 20 до 29 лет и 3 человека от 30 до 40 лет.

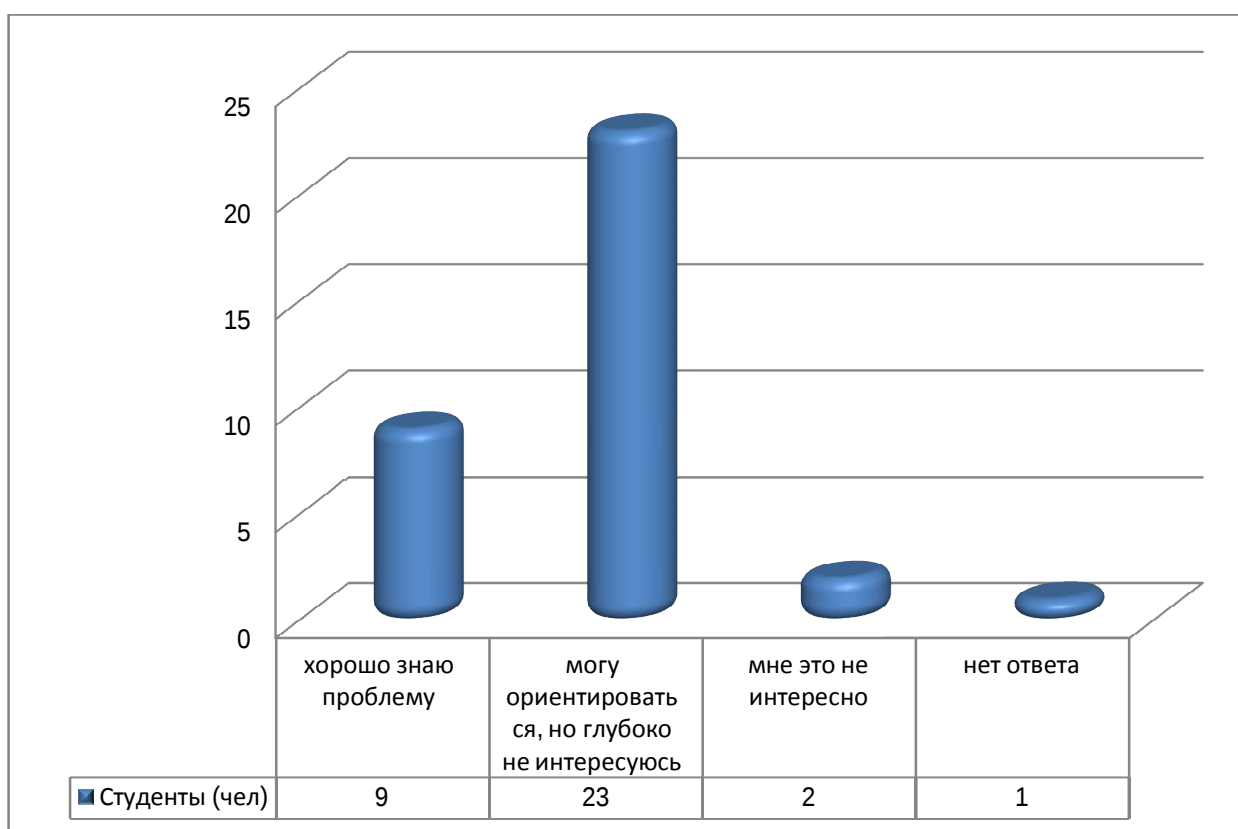


Рисунок 2. «Что Вы можете сказать о своих знаниях о ВИЧ инфекции?»

По данным диаграммы видно, что 23 респондента могут ориентироваться, но не глубоко в знаниях о ВИЧ инфекции, 9 респондентов хорошо знают проблему ВИЧ

инфекции. Двум респондентам не интересна тема ВИЧ инфекций, а 1 человек не дал ответ на вопрос.

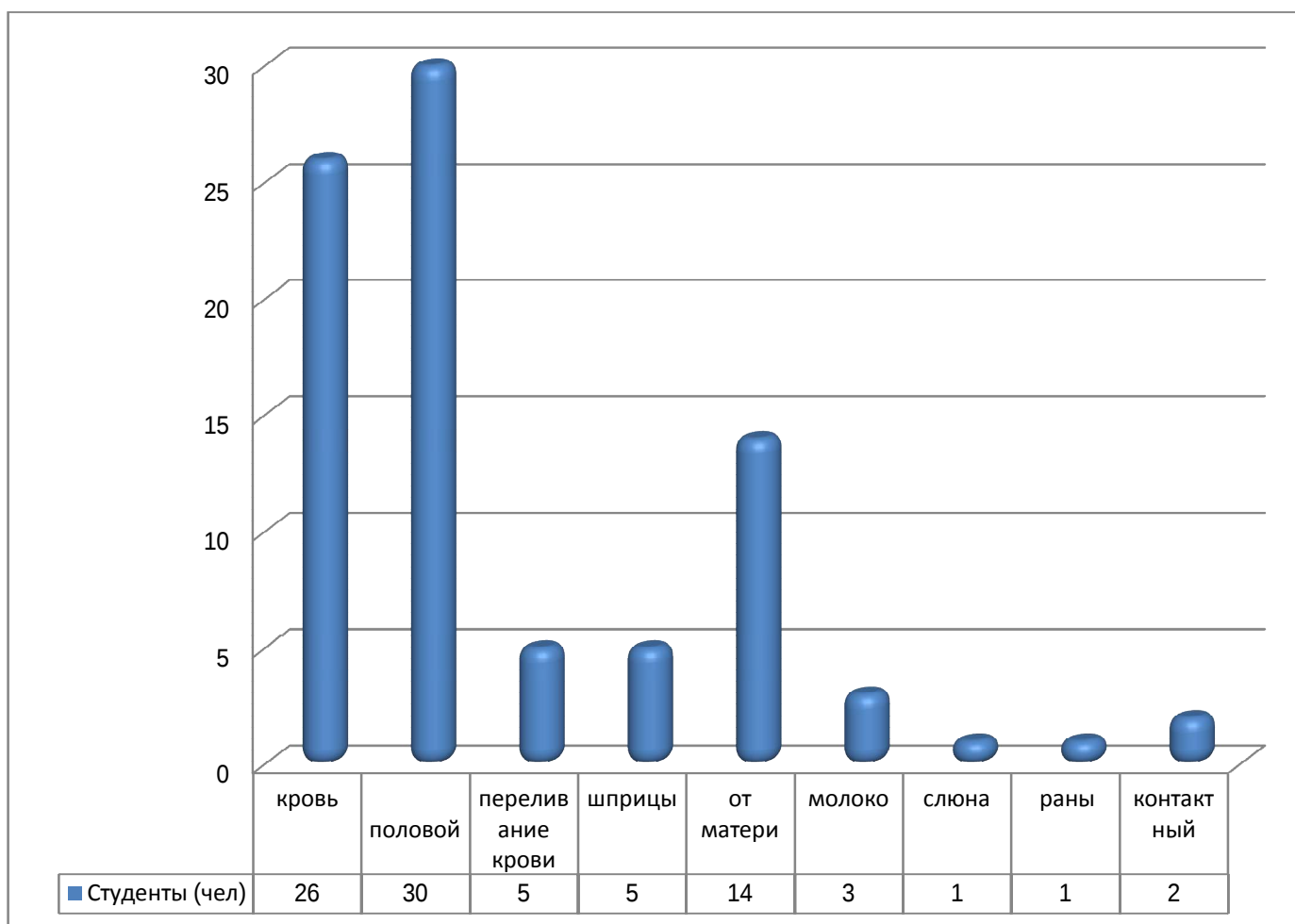


Рисунок 3. «Я знаю следующие пути передачи ВИЧ инфекции»

Из ответов на вопрос «Я знаю следующие пути передачи ВИЧ инфекции» респонденты высказались:

1. Половой путь – 30 человек
2. Кровяной путь – 26 человек
3. Вертикальный (от матери к плоду) – 14 человек
4. Переливание крови, через шприцы – 5 человек
5. Через молоко матери – 3 человека
6. Контактный путь – 2 человека
7. Через слюну или раны – 1 человек

Наибольшую информацию студенты имеют о трех основных путях передачи: половой, кровяной, вертикальный пути, а также переливание зараженной крови или через использованный шприц. Но трое респондентов заблуждаются, считая, что ВИЧ инфекция передается через рукопожатие, объятие или через слюну. Можно предположить, что это студенты первого курса, которые не обладают достаточной информацией о ВИЧ инфекции.

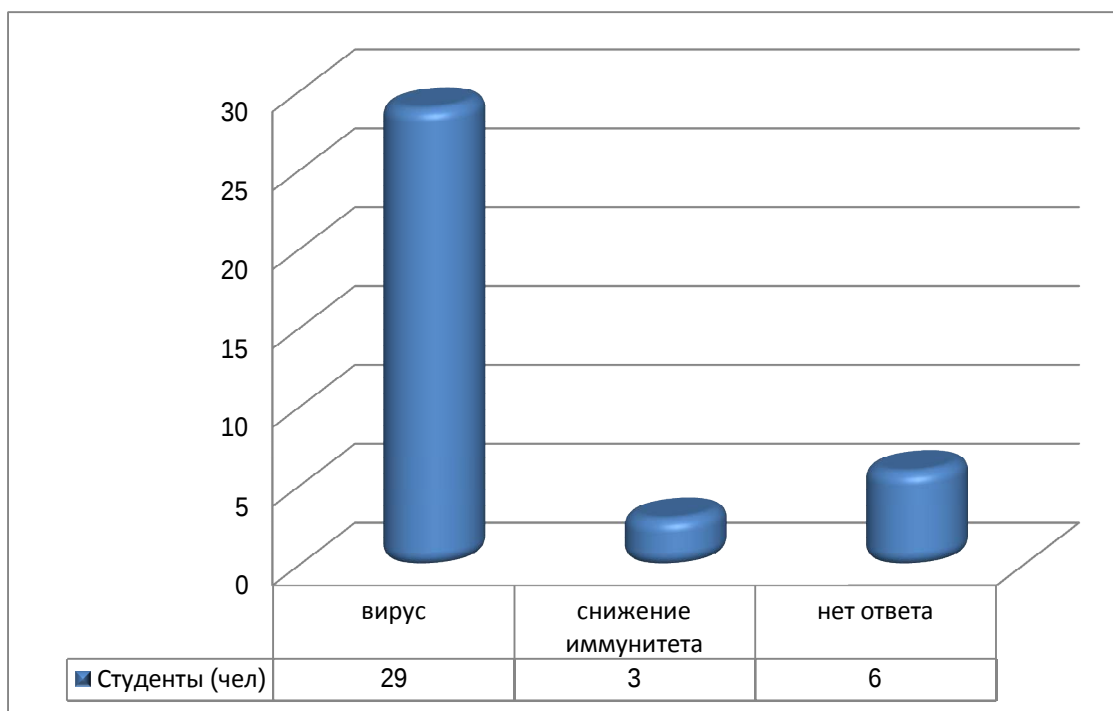


Рисунок 4. «ВИЧ инфекции вызывается?»

Из числа опрашиваемых выявили, 29 респондентов считают, что ВИЧ инфекции вызывается вирусом, 6 респондентов не дали ответ на данный вопрос. Трое из опрашиваемых уверены, что ВИЧ инфекция вызывается снижением иммунитета.

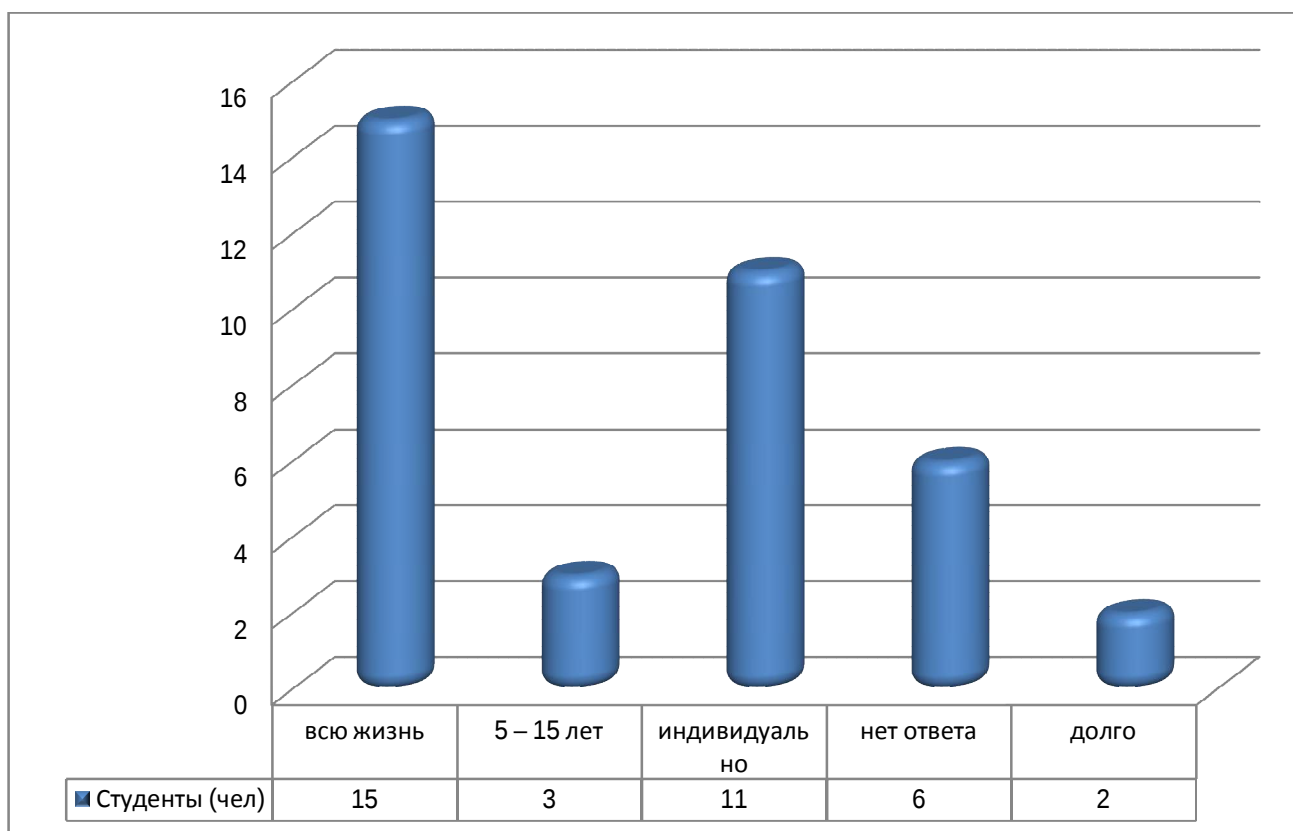


Рисунок 5. «Сколько времени могут болеть ВИЧ инфекцией?»

На следующий вопрос «Сколько времени могут болеть ВИЧ инфекцией?» 15 человек ответили, что всю жизнь, 11 респондентов считают, что это индивидуально. Шестеро

человек не дали ответ, трое заявили, что ВИЧ инфекцией болеют в течение 5 -15 лет, а 2 человека уверены, что просто долго. Большинство респондентов верно ответили, что заболевание протекает долго или всю жизнь. Те кто ответил, что ВИЧ инфицированные люди живут 5 -15 лет, скорее всего имели ввиду, что далее заболевание переходит в следующую стадию СПИД. Ответ, в том, что течение заболевания индивидуально студенты возможно правы, при своевременном и верном поддержании своего здоровья, правильном питании и здоровом образе жизни, с ВИЧ инфекцией можно прожить достаточно долго.

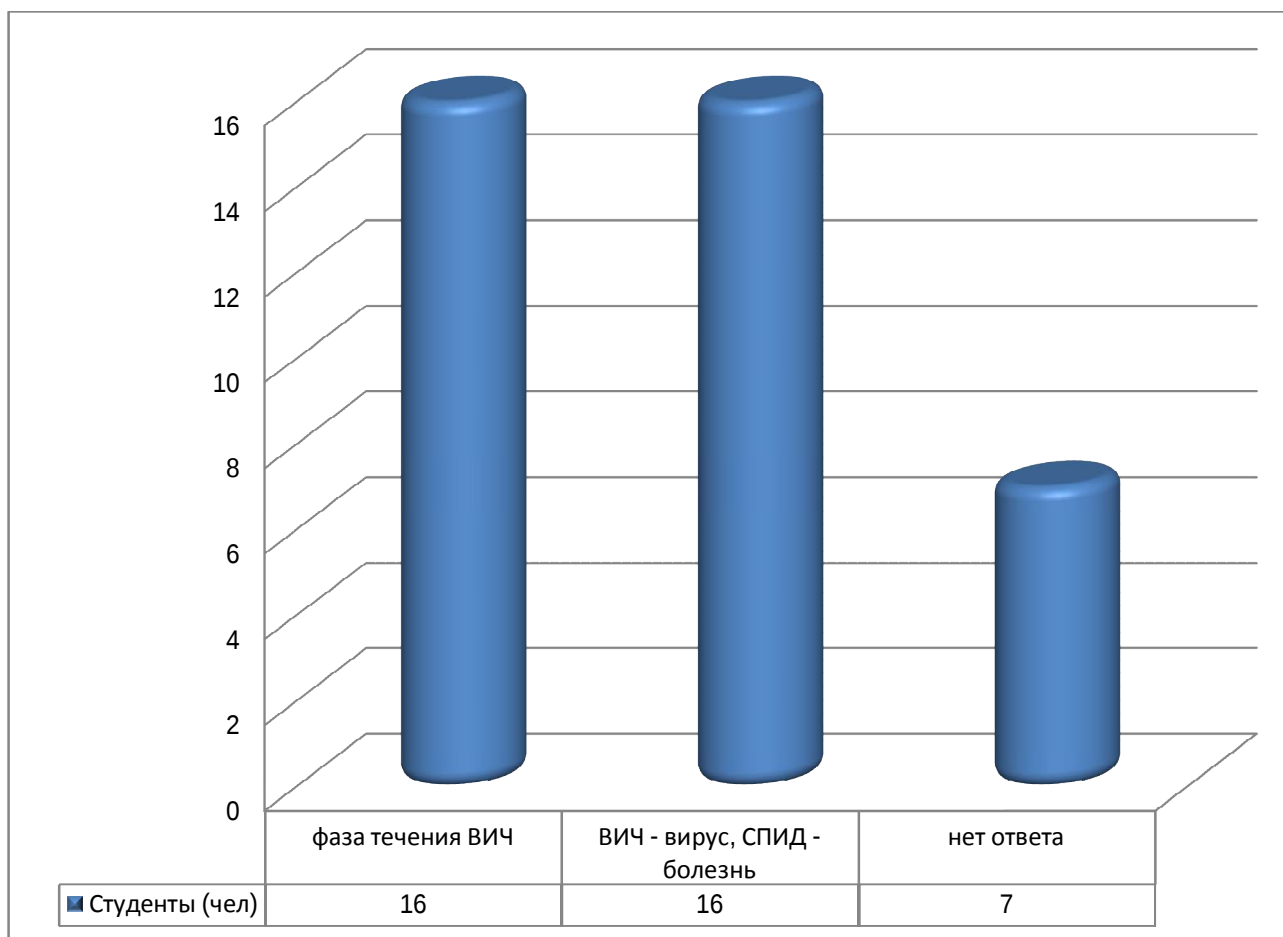


Рисунок 6. «Чем СПИД отличается от ВИЧ?»

По данным диаграммы видно, что на вопрос «Чем СПИД отличается от ВИЧ» 16 респондентов заявили, что СПИД это фаза течения ВИЧ, так же 16 человек считают, что ВИЧ – это вирус, а СПИД – болезнь. Семь респондентов не дали ответа. Студенты БМК ориентируются в отличии СПИДа от ВИЧ, но те кто не дали ответа, скорее всего не обладают достаточной информацией.

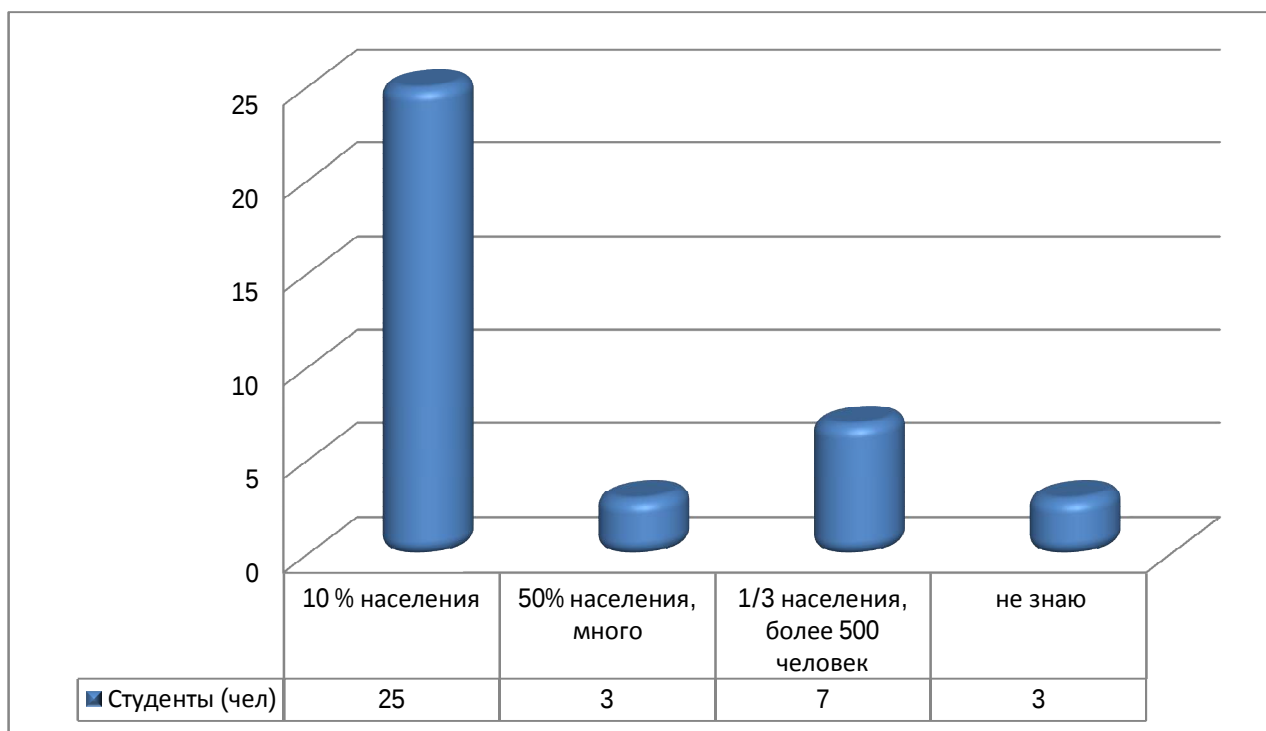


Рисунок 7. «Сколько больных ВИЧ инфекцией в ЕАО, по вашим представлениям?»

Из данных опроса видно, что 25 респондентов считают, что 10% населения ЕАО болеют ВИЧ инфекцией. 7 респондентов, думают, что 1/3 населения, (более 500 человек) подвержены данной проблеме. Трое заявили, что 50% населения Еврейской автономной области страдают ВИЧ инфекцией, так же 3 респондентов не знают точное число заболевших.

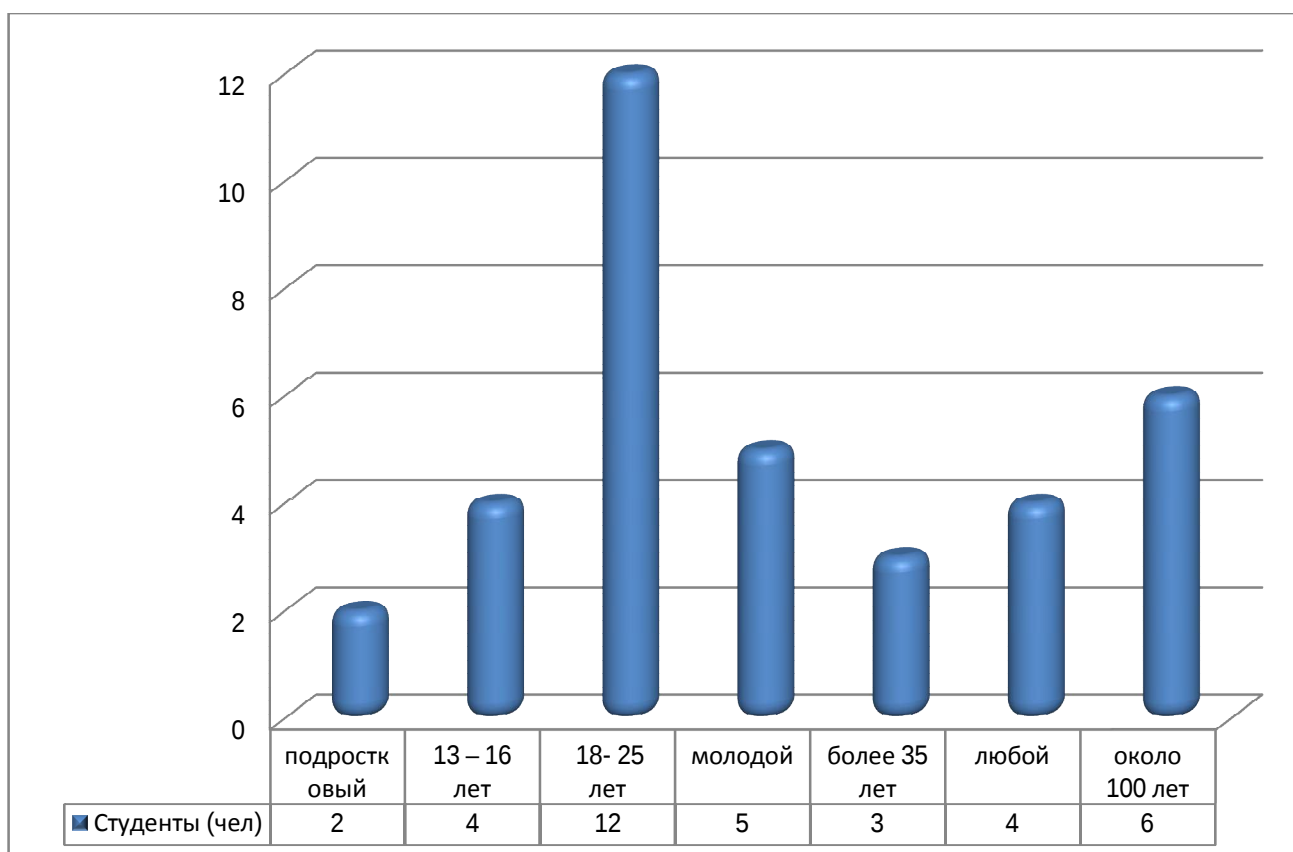


Рисунок 8. «Какой возраст наиболее опасен для заражения ВИЧ инфекцией?»

На вопрос о том, какой возраст наиболее опасен для заражения ВИЧ инфекцией, 12 респондентов ответили, что это лица в возрасте 18 -25 лет. Шестеро опрошиваемых считают опасным возрастом для заражения ВИЧ инфекцией около 100 лет, то есть пожилые люди. 5 респондентов считают, что все люди молодого возраста находятся в группе риска заражения ВИЧ инфекцией. По четыре мнения выпало на вариант ответов, что это может быть любой возраст и от 13 до 16 лет. Двое респондентов считают, что это подростковый возраст.

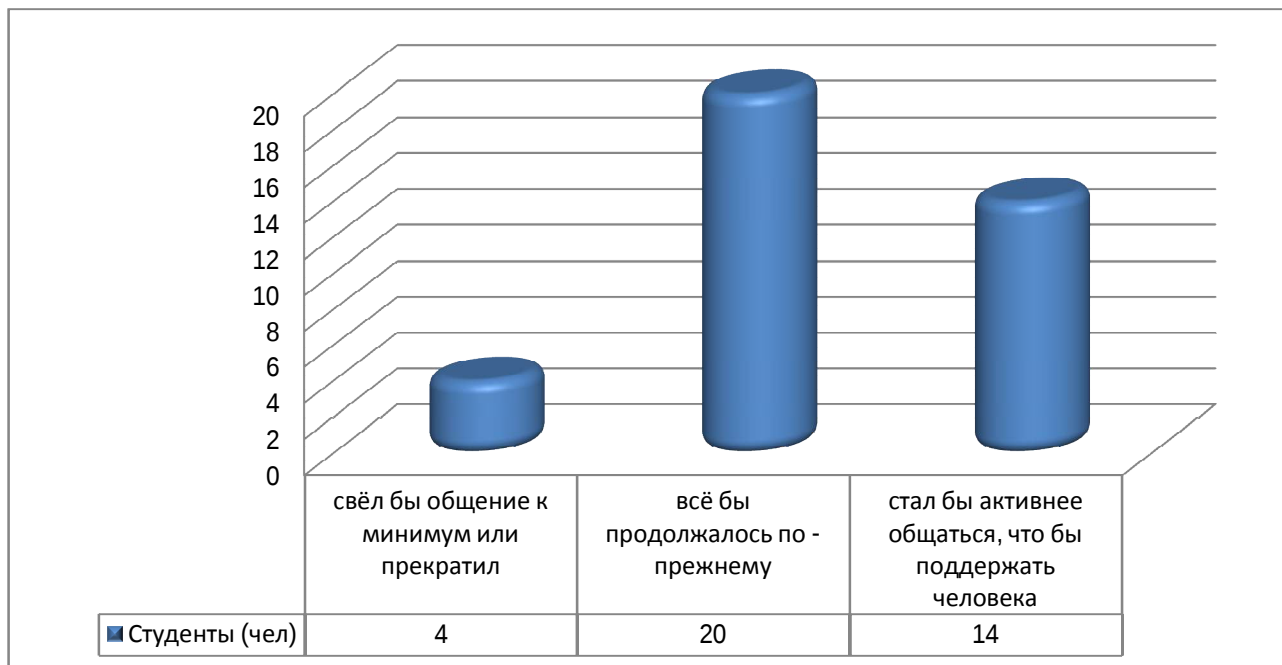


Рисунок 9. «Если бы среди ваших друзей появился больной с ВИЧ инфекцией?»

На один из главных вопросов «Если бы среди ваших друзей появился больной с ВИЧ инфекцией?» 20 (53%) респондентов заявили, что всё бы продолжалось по прежнему. 14 (37%) опрошиваемых высказались, что стали бы активнее общаться, что бы поддержать человека, а вот четверо (10%) из респондентов свели бы общение к минимуму мои прекратили во все.

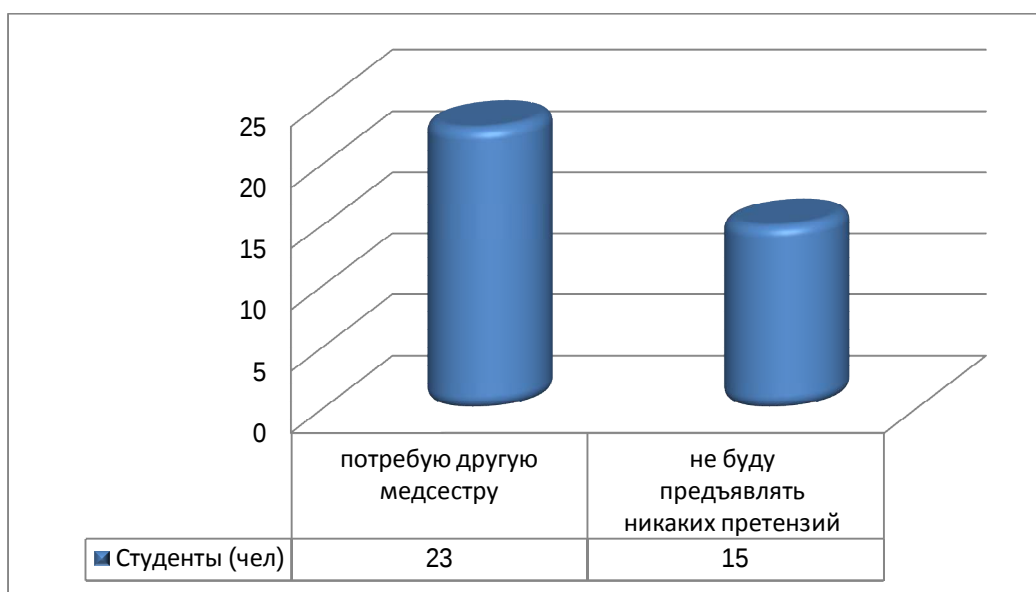


Рисунок 10. «Если Вы узнаете, что в больнице Вас обслуживает медицинская сестра, больная ВИЧ инфекцией?»

Ответы, данные респондентами на серьезный вопрос о том, что «Если Вы узнаете, что в больнице Вас обслуживает медицинская сестра, больная ВИЧ инфекцией?» показали неудовлетворительную реакцию со стороны толерантности к ВИЧ инфицированным медицинским работникам, хотя студенты являются сами потенциальными медработниками и находятся в группе риска заболевания. Таким образом, 23 (61%) опрошенных заявили, что потребовали бы другую медсестру, только лишь 15 (39%) респондентов не предъявляли бы никаких претензий к медицинскому работнику.

Одним из респондентов был дан ответ, что не будет предъявлять никаких претензий, но попросит быть её немного осторожнее.

Из данных ответов складывается представление, что студенты Биробиджанского медицинского колледжа опасаются ВИЧ инфекции, а точнее заражения данным заболеванием. Можно предположить, что это из-за нехватки знаний о путях передачи ВИЧ инфекции, а так же мерах профилактики заражения.

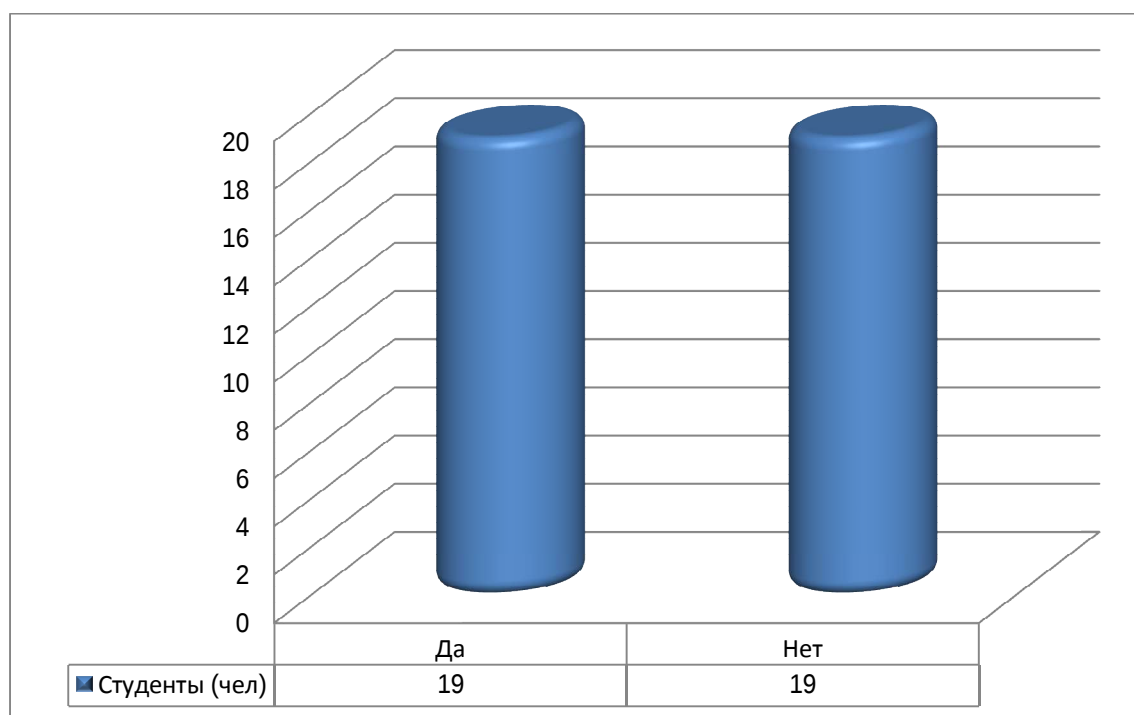


Рисунок 11. «На мой взгляд, информации в СМИ достаточно для получения необходимых знаний?»

На заключительный вопрос ответы респондентов поделились поровну, так 19 опрошиваемых считают, что информации в СМИ достаточно для получения необходимых знаний о ВИЧ инфекции, а 19 человек заявляют, что данной информации не достаточно. Из этого следует, что необходимо больше проводить санитарно-просветительскую работу, на тему ВИЧ инфекции, среди учащихся и населения в целом.

Таким образом, данные анкетирования полностью опровергают нашу гипотезу о том, что студенты биробиджанского медицинского колледжа должны знать проблему ВИЧ инфекции и быть толерантными по отношению к ВИЧ инфицированным.

Нами было выявлено, что:

1. 65% респондентов могут ориентироваться, но глубоко не интересуются знаниями о ВИЧ инфекции.
2. Респонденты хорошо знают об основных путях передачи ВИЧ инфекции, но 1 - 3% опрошиваемых заблуждаются в таких путях как, заражение через раны, посуду, рукопожатие или поцелуй.
3. 76% респондентов заявили, что ВИЧ инфекция вызывается вирусом.

4. ВИЧ инфекцией могут болеть всю жизнь, считают 41% опрошиваемых.
5. Около 10% населения ЕАО болеют ВИЧ инфекцией, так заявили 66% респондентов.
6. Молодежь в возрасте от 18 до 25 лет подвержена риску заражения ВИЧ инфекцией, так уверены 33% среди опрошиваемых.
7. Вопрос, связанный с тем, что было бы, если среди друзей респондентов появился бы друг больной ВИЧ инфекцией, выявлено, что 53 % продолжили бы общение с другом.
8. Шокирующий 61% респондентов уверено бы потребовал другу медицинскую сестру, если бы узнали, что их обслуживает медсестра больная ВИЧ инфекцией.

Подводя итог можно сказать, что:

Во-первых, необходимо ещё более тщательное информирование граждан, а также повышение осведомленности по вопросам ВИЧ-инфекции и профилактики заражения ею. Увы, как показывают ответы на опрос, знаний о «болезни века» у наших студентов ещё недостаточно.

Во – вторых бытует немало мифов, заблуждений о путях передачи ВИЧ и методах его лечения. Поэтому одним из приоритетных направлений является проведение разъяснительной работы, образовательных программ, прежде всего для молодежи.

Список используемых источников:

1. Борисов Л. Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология.-М., 2001.
2. Галактионов В. Г. Иммунология. — М., 1998.
3. Лем С. Стратегии паразитов, вирус СПИДа и одна эволюционная гипотеза// Природа. — 1998. — № 5. — С. 96 — 104.
4. Лысенко А. Я., Турьянов М. Х., Лавадовская М. В. и др. ВИЧ-инфекция и СПИД-ассоциируемые заболевания. — М., 1996.
5. Малый В. П., ВИЧ/СПИД Новейший медицинский справочник. М: Эксмо, 2009
6. Николаенко Д. В. Исследование диффузии ВИЧ/СПИДа как фундаментальная проблема // Универсум. — 2005. — № 6. — С. 28—32.
7. Супотницкий М. В. ВИЧ/СПИД-пандемия как природное явление // Универсум. — 2010. — № 6. — С. 23 — 27.
8. Contreras-Galindo R., Lopes P., Veles R. et al. HIV-1 infection increases expression of human endogenous retroviruses type K (HERV-K) in vitro // AIDS Res. Hum. Retroviruses. — 2007. — Vol. 23, № 1. — Р . 116—122.
9. Ускорение: прекращение эпидемии СПИДа к 2030 году. ЮНЭЙДС. 2014
10. ВИЧ-инфекция: Информационный бюллетень № 35 / ФГУН «Центральный НИИ эпидемиологии», ФНМЦ по профилактике и борьбе со СПИДом. - М., 2014. - 52 с.
11. ВИЧ-инфекция и СПИД: клинические рекомендации / под ред. В.В. Покровского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 185 с.
12. Эпидемия ВИЧ в России в 2017 году [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://spid-vich-zppp.ru/statistika/ofitsialnaya-statistika-vich-spид-rf-2016.html>
13. Ситуация с распространением СПИДа на территории ЕАО [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.dvnovosti.ru/eao/2015/05/15/34074/>

Профилактика острых и хронических гепатитов

Кизилова Ольга, студентка группы 20 СД

ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

Научные руководители: Шахматова Е. И., Бастрыгина П. Е.

На сегодняшний день гепатиты, в особенности вирусные, являются одной из самых актуальных проблем современной медицины. Это определяется как их повсеместным распространением, так и высоким уровнем заболеваемости. Согласно расчётам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), сотни миллионов человек в мире инфицированы гепатотропными вирусами.

Всемирная организация здравоохранения признаёт гепатит как опасное заболевание. В 2016 году крупное международное исследование показало, что смертность от гепатита сопоставима с туберкулёзом, малярией и ВИЧ-инфекцией.

ВОЗ объявила 28 июля Всемирным Днём борьбы с гепатитами для повышения осведомлённости и привлечения к этой проблеме внимания людей во всём мире.

Цель исследования: изучение особенностей профилактики острых и хронических гепатитов.

Задачи:

- 1) Изучить различные источники научной литературы по теме.
- 2) Рассмотреть основные причины развития гепатитов, симптоматику, особенности лечения и меры профилактики.
- 3) Разработать анкету и провести анкетирование среди посетителей поликлиники «Областная больница» г.Биробиджан.
- 4) Проанализировать полученные данные в результате анкетирования.
- 5) Сделать выводы по изученному материалу.
- 6) Разработать буклет на тему: «Профилактика гепатитов».

Объект исследования: острые и хронические гепатиты.

Предмет исследования: профилактика острых и хронических гепатитов.

Гипотеза: мы предполагаем, что население города Биробиджана информировано на высоком уровне о профилактике острых и хронических гепатитов.

Методы исследования:

- 1) Научно-теоретический обзор литературы.
- 2) Обработка статистических данных.
- 3) Анкетирование.
- 4) Анализ и обобщение данных.

В ходе работы мы изучили и проанализировали материалы различной литературы, статистические данные, интернет - ресурсы и выявили, что печень является уникальным органом человеческого организма. Обусловлено это, прежде всего, многофункциональностью, ведь она способна выполнять около 500 различных функций.

Печень – это самый крупный орган в системе пищеварения человека. Но главная особенность – способность к регенерации. Это один из немногих органов, который может возобновляться самостоятельно при наличии благоприятных условий. Печень крайне важна для человеческого организма, но где она располагается, какое имеет строение, какие же основные функции она выполняет в человеческом организме?

Печень – это орган пищеварительной системы, который располагается в правом подреберье под диафрагмой и в нормальном состоянии не выходит за пределы рёбер (Рисунок 1).



Рисунок 1. Локализация печени в человеческом организме

Строение печени вы можете увидеть на рисунке 2.

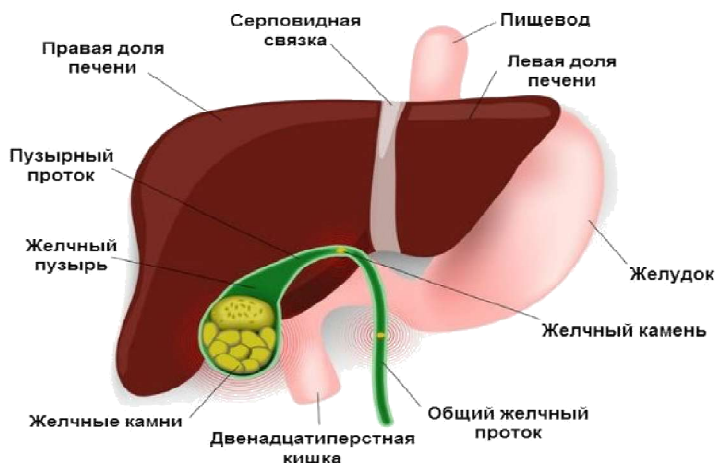


Рисунок 2. Строение печени

Как уже было сказано, печень выполняет множество функций, основными из которых являются:

1) Дезинтоксикация. Печень – это главный очистительный орган человеческого организма. Все продукты обмена, распада, токсины, яды и другие вещества из желудочно-кишечного тракта попадают в печень, где орган их «обезвреживает». После дезинтоксикации печень выводит безвредные продукты распада с кровью или желчью, откуда они поступают в кишечник и выводятся вместе с каловыми массами.

2) Выработка липопротеидов высокой плотности (так называемого хорошего холестерина), который принимает участие в синтезе желчи, регулирует гормональный фон и участвует в формировании клеточных мембран.

3) Синтезирование желчи, которая принимает участие в процессе переваривания пищи и липидном обмене.

4) Ускорение синтеза белков, которые крайне важны для нормальной жизнедеятельности человека.

5) Регулирование пигментного обмена – выведение из организма билирубина вместе с желчью.

6) Расщепление жиров на кетоновые тела и жирные кислоты.

7) Нормализация углеводного обмена в организме, увеличение энергетического потенциала. Прежде всего, печень обеспечивает выработку гликогена и глюкозы [4].

В силу своих функциональных и морфологических особенностей печень подвержена большому количеству различных заболеваний.

В медицине принято подразделять патологии печени на первичные и вторичные.

К первичным поражениям печени относятся острые заболевания, протекающие в тканях, сосудах печени и желчных путях:

- гепатиты (вирусные, бактериальные, токсические, ишемические);
- инфаркт печени;

- тромбоз печеночной вены;
- цирроз печени;
- пилефлебиты;
- пилетромбозы;
- заболевания печени и желчного пузыря (холангит, холангиогепатит).

К вторичным заболеваниям печени относят следующие состояния:

- опухолевые процессы (доброкачественные и злокачественные);
- сопутствующие заболевания эндокринной, нервной или сосудистой системы, провоцирующие изменения в печени;
- жировой гепатоз, гликогеноз, гемохроматоз;
- сопутствующие патологии желчного пузыря и желчевыводящих путей (дискинезия, холецистит, желчнокаменная болезнь);
- паразитарные инфекции (аскаридоз, эхинококкоз, лямблиоз, трихинеллез, описторхоз) [2].

Самыми распространёнными на сегодняшний день являются гепатиты, которые без своевременного лечения могут стать причиной развития более тяжёлых печеночных заболеваний.

Гепатиты и их основные формы

Гепатиты – это воспалительные заболевания печени.

По характеру течения различают две основные клинические формы гепатитов: острую и хроническую.

Острая форма течения наиболее характерна для гепатитов вирусной природы, а также для гепатитов, вызванных отравлениями, в том числе сильными ядами. При острой форме развития гепатита наблюдается заметное ухудшение общего состояния больного, признаки общей интоксикации организма и нарушение функции печени, а также повышение уровня трансаминаз и общего билирубина крови. Острый гепатит, как правило, заканчивается полным выздоровлением больного, однако в некоторых случаях наблюдается переход острого течения болезни в хроническое.

Хроническая форма может развиваться самостоятельно (например, при хроническом отравлении этиловым спиртом) или продолжать развитие острого гепатита (например, В или D). При хроническом гепатите клетки печени постепенно замещаются соединительной тканью, так что в большинстве случаев без лечения хронический гепатит приведёт к развитию цирроза печени.

Этиотропная классификация гепатитов

Гепатит может быть вызван различными факторами, способными повреждать паренхиму печени. Эти факторы многообразны и могут привести к различным типам гепатита.

Этиотропная классификация гепатитов включает:

1. Инфекционный гепатит:

а) Вирусные:

- Гепатит А
- Гепатит В
- Гепатит С
- Гепатит D
- Гепатит Е
- Гепатит F
- Гепатит G

– Гепатиты как компонент жёлтой лихорадки, цитомегаловирусной инфекции, краснухи, эпидемического паротита, инфекции вируса Эпштейна-Барр, разнообразных инфекций герпеса, лихорадки Ласса, СПИДа.

б) Бактериальные гепатиты: при лептоспирозе, сифилисе.

в) Паразитарные гепатиты: при амебиазе, токсоплазмозе, описторхозе.

2. Токсический гепатит:

а) Алкогольный.

б) Лекарственный.

в) При отравлении промышленными ядами.

3. Аутоиммунный гепатит.

4. Лучевой гепатит.

Разберём более подробно некоторые из них.

Вирусный гепатит А – это самая лёгкая форма инфекционного заболевания. Альтернативное медицинское название – болезнь Боткина.

Путь передачи: алиментарный (вирус попадает в организм человека с загрязнёнными продуктами питания, водой, предметами обихода).

При попадании в желудочно-кишечный тракт вирус проникает через слизистую оболочку кишечника и с током крови заносится в печень, где внедряется в клетки печени и начинает активно размножаться, поражая клетки печени.

Инкубационный период: от 7 до 45 суток.

Вакцина: есть.

Вирусный гепатит В (сывороточный гепатит) – протекает в различных клинических вариантах (от бессимптомного носительства до деструкции печёночной паренхимы).

Путь передачи: парентерально естественными и искусственными путями. Из естественных путей наиболее распространён половой путь передачи инфекции. Также возможна передача инфекции во время родов от больной матери ребёнку или через плаценту во время беременности. Искусственный путь передачи инфекции осуществляется при переливании заражённой крови или её компонентов, при использовании нестерильных хирургических или стоматологических инструментов, шприцев и т.д.

При гепатите В поражение клеток печени носит аутоиммунный характер.

Инкубационный период: от 60 до 120 дней.

Вакцина: есть.

Вирусный гепатит С — это инфекционное заболевание, поражающее печень и являющееся одним из наиболее распространённых видов гепатита.

Путь передачи: парентеральный. Заражение также возможно через повреждённую кожу и слизистые, но наиболее опасным фактором передачи является кровь.

Часто протекает в виде посттрансфузионного гепатита с преобладанием безжелтушных форм и склонен к хронизации.

Гепатит С называют «ласковый убийца» из-за способности маскировать истинную причину под видом множества других заболеваний. Гепатит С может приводить к развитию хронического гепатита, завершающегося циррозом и раком печени.

Инкубационный период: от 20 до 140 дней.

Вакцина: нет.

Вирусный гепатит D (гепатит дельта) провоцируется вирусом гепатита D и характеризуется острым развитием с массивным поражением печени. Дельта-вирус способен размножаться в клетках печени только в присутствии вируса гепатита В, так как для выхода из клетки частицы дельта-вируса используют белки вируса гепатита В. Гепатит D распространён повсеместно.

Путь передачи: такие же как при гепатитах В и С. Заражение вирусом D происходит при попадании вируса непосредственно в кровь.

Острые формы заболевания могут заканчиваться полным выздоровлением больного. Однако в некоторых случаях развивается хронический гепатит, приводящий к циррозу печени.

Инкубационный период: от 3 до 7 недель.

Вакцина: вакцинация против гепатита В защищает от заражения гепатитом D.

Токсический гепатит – это хроническая или острая болезнь печени, которая развивается при попадании токсических веществ в организм. Причиной может быть длительное действие химических или токсических факторов производства вследствие профессиональной деятельности, случайное или преднамеренное отравление, длительный или бесконтрольный приём медикаментов. Попасть в организм подобные вещества могут через пищеварительный тракт, дыхательную систему и кожные покровы.

Аутоиммунный гепатит – это хроническое воспалительное иммунозависимое прогрессирующее заболевание печени, для которого характерны наличие специфических аутоантител, повышенный уровень гамма-глобулинов и выраженный положительный ответ на проводимую терапию иммунодепрессантами. Среди всех печёночных патологий аутоиммунный гепатит занимает порядка 25%, причём страдают от него как дети, так и взрослые. Женщины подвержены данной патологии в 8 раз чаще, чем мужчины.

Лучевой гепатит – это воспалительно-некротические изменения в клетках печени под воздействием ионизирующего излучения (радиации). Встречается такая патология достаточно редко. Причинами возникновения лучевого гепатита могут быть аварии на атомных станциях, применение атомного оружия, лучевая терапия при злокачественных патологиях (особенно печени и близлежащих структур).

Клиническая картина гепатитов

Также в ходе исследования нами была изучена основная клиническая картина гепатитов. Зачастую клинические проявления гепатитов схожи, основные из которых:

- тяжесть в правом подреберье;
- непродолжительные боли в правом подреберье, усиливающиеся после приёма пищи или алкоголя;
- увеличение в размере селезёнки и печени;
- тошнота, рвота, горечь во рту;
- снижение аппетита;
- диарея;
- вздутие живота в утренние часы;
- субфебрильная температура 37–37,5°C;
- желтушность и зуд кожных покровов;
- апатия, утомляемость, выраженная слабость;
- потеря веса, вплоть до анорексии.

Большинство указанных симптомов возникают уже на поздних стадиях заболевания, когда болезнь переходит в хроническую форму и могут развиваться осложнения, представляющие опасность для жизни пациента. К ним относят цирроз печени, печёночную недостаточность и злокачественные новообразования. Другими распространёнными осложнениями хронических гепатитов являются обменные нарушения, анемия и нарушения свертываемости, сахарный диабет.

Поэтому вовремя начатое лечение может предотвратить такие тяжёлые последствия.

Лечение острых и хронических гепатитов

Комплекс лечебных мероприятий при заболеваниях печени заключается в соблюдении диеты, применении лекарственных средств, коррективке образа жизни.

При поражениях печени соблюдение диеты является жизненной необходимостью. Правильно подобранный рацион питания позволит нормализовать процессы желчеотделения и пищеварения, уменьшить нагрузку на больной орган и восстановить его функции.

С целью уменьшения воздействия на печень неблагоприятных факторов необходимо соблюдать лечебную диету № 5. Основу лечебной диеты должны составлять белки, углеводы, витамины и микроэлементы, употребление жиров необходимо сократить до минимума.

При заболеваниях печени запрет распространяется на следующие продукты:

- выпечка, сдоба, кондитерские изделия, свежий белый хлеб;
- наваристые бульоны, жирное мясо и рыба;

- сладости, конфеты, шоколад;
- полуфабрикаты, консервы;
- копчёности, колбасные изделия;
- алкоголь;
- сладкие газированные напитки;
- крепкий чёрный кофе и чай;
- жирные соусы, животные жиры;
- специи и приправы;
- бобовые;
- каши из перловой, кукурузной, ячневой и пшённой крупы;
- редька, редис, чеснок, репа, капуста белокочанная, щавель, лук, шпинат;
- виноградный, томатный, апельсиновый сок.

Жареные блюда должны быть полностью исключены из рациона. Из меню следует исключить овощи с грубой клетчаткой, некоторые ягоды и фрукты (цитрусовые, смородину, клюкву, малину, виноград), полностью отказаться от любых, даже слабоалкогольных напитков.

При заболеваниях печени разрешены следующие продукты:

- молочные, овощные, слизистые крупяные супы;
- кисломолочные продукты (обезжиренные);
- нежирное мясо (птица, крольчатина, телятина);
- морепродукты и рыба (нежирных сортов);
- макароны, крупы (гречка, перловка, овсянка);
- белковые паровые омлеты;
- салаты из свежих овощей с растительным маслом;
- зелень, свежие фрукты, овощи;
- зелёные и травяные чаи, компоты, морсы, минеральные воды

(рекомендованные врачом).

Все продукты рекомендуется готовить на пару, варить или запекать. Кроме того, нужно следить за соблюдением водного режима и выпивать не менее 1,5 литров жидкости в день [3].

Подобная лечебная диета должна стать образом жизни, её нужно соблюдать постоянно, тогда в комплексе с медикаментозным лечением она поможет добиться восстановления функций печени.

Медикаментозное лечение в каждом конкретном случае включает этиологический, патогенетический и симптоматический компонент.

При тяжёлых состояниях показана трансплантация печени [1].

Профилактика острых и хронических гепатитов

Что касается профилактики гепатитов, то она подразделяется на первичную и вторичную.

Первичная профилактика гепатитов в основном направлена на предупреждение контакта с инфекционным агентом и включает в себя:

1. выполнение элементарных норм гигиены;
2. проведение уборки помещений и улиц;
3. защищённые половые акты (с использованием презерватива);
4. стерилизацию медицинских, косметических инструментов и предметов, соприкасающихся с кровью;
5. правильную утилизацию инфицированных, использованных материалов.
6. тщательную дезинфекцию туалетов, предметов ухода, игрушек у детей, посуды больного;
7. использование защитных средств при контакте с больным;
8. использование одноразовых шприцев;
9. осуществление санитарно-эпидемических мер;

10. санитарный надзор над предприятиями, которые могут стать очагом распространения инфекции;

11. вакцинацию.

Вакцинацию от вируса гепатита А проводят дважды, с промежутком 6–12 месяцев, чтобы защитить человека от заражения на 20 лет. Вакцину вводят детям, медицинским и военным работникам, людям с хроническими заболеваниями печени и крови.

Такие же способы профилактики существуют и для вируса гепатита В. Рекомендовано проводить вакцинацию людям, находящимся в группе высокого риска заражения: медицинским работникам, студентам медицинских институтов, бисексуалам, гомосексуалистам, сексуально активным, заключённым, людям с хроническим заболеванием печени, ВИЧ-инфицированным, детям, рождённым от инфицированной женщины.

Вакцинация от гепатита В значительно уменьшает риск заболевания вирусом гепатита D, так как эти вирусы взаимосвязаны.

Вакцины против вируса группы С, Е, F и G не разработаны. Считается что при заражении вирусом группы С и G необходимо провести вакцинацию от вируса группы А и В из-за возможности ими заразиться [5].

Профилактикой токсической формы гепатитов является избегание действия гепатотравмирующих факторов – алкоголя, лекарственных средств, токсических веществ.

Вторичная профилактика хронического гепатита заключается в соблюдении диеты, врачебных рекомендаций, регулярном прохождении обследования, контроле клинических показателей крови. Больным рекомендовано регулярное санаторно-курортное лечение, водолечение [1].

В практической части нашего исследования мы провели обработку статистических данных по регистрации пациентов с различными формами хронических гепатитов за 2016-2017 гг по городу Биробиджан.

Результаты вы можете увидеть в таблице.

Формы гепатитов		2016 год (кол-во человек)	2017 год (кол-во человек)
Хронический гепатит В		330	328
Хронический гепатит С		805	794
Всего:		1155	1142
Из них:			
Хронический микст-гепатит (В+С)		20	20
Количество больных с признаками цирроза печени	<i>в исходе хронического гепатита С</i>	15	1
	<i>в исходе хронического гепатита В</i>	1	1

Как видно из таблицы количество больных с хроническими формами гепатитов превышает тысячи, при чём общее число зарегистрированных за 2016-2017 гг остаётся приблизительно на одном уровне.

При этом чаще встречается хронический гепатит С, являющийся самой агрессивной формой гепатитов.

Так же нами была поставлена цель: определить уровень информированности населения г.Биробиджана по профилактике острых и хронических гепатитов.

Нами была разработана анкета (Приложение А) и проведено анкетирование 30 респондентов из числа посетителей поликлиники ОГБУЗ «Областная больница».

По гендерному признаку из числа респондентов 20 женщин и 10 мужчин. Возраст респондентов от 17 до 72 лет.

По результатам анкетирования сложилась следующая картина:

На вопрос анкеты: «Знаете ли Вы о каких-либо заболеваниях печени?» 30% респондентов не имеют представления о каких-либо заболеваниях печени, при этом 70% респондентов ответили «Да», указав такие заболевания как гепатит, холецистит, цирроз и рак.

На вопрос анкеты: «Болели (болеете) ли Вы каким-либо заболеванием печени?» 86,7% ответили «Нет», при этом 13,3% выбрали положительный вариант ответа, указав следующие заболевания: гепатит А, дискинезию ЖВП, хронический холецистит.

На следующий вопрос анкеты: «Страдали (страдают) ли Ваши родственники заболеваниями печени?» 86,7% респондентов ответили «Нет», остальные респонденты указали такие заболевания как холецистит и гепатит В.

На вопрос анкеты: «Какие пути передачи вируса гепатита В и С Вы знаете?» респонденты в большинстве (33,3%) выбрали такой путь передачи как «от матери к ребёнку», на втором месте «через медицинские манипуляции» и на третьем месте «половым путём». Никто из респондентов не выбрал такие пути передачи как «от домашних животных» и «через укусы насекомых».

На вопрос анкеты: «Как Вы считаете, может ли бесконтрольный приём препаратов привести к заболеваниям печени?» 90% респондентов ответили «Да», а остальные 10% (это 3 человека) считают, что препараты никак не влияют на функционирование печени.

На вопрос: «Как Вы считаете, злоупотребление алкоголем может привести к заболеваниям печени?» все участники анкетирования ответили «Да».

На вопрос: «Считаете ли Вы необходимым проводить вакцинацию против гепатита А и В среди населения?» большинство респондентов (86,7%) ответили положительно, но при этом из числа опрошенных 1 человек считает вакцинацию бесполезной и трое респондентов (10%) затрудняются ответить.

На следующий вопрос анкеты: «Известны ли Вам препараты, защищающие печень от воздействия различных неблагоприятных факторов?» большинство респондентов (93,3%) ответили «Нет», только 6,7% (2 человека) информированы о препаратах, защищающих и восстанавливающих печень, указав такие препараты как: Эссенциале Форте, Гепатрин, Карсил, Гептрал.

На вопрос анкеты: «Знаете ли Вы о необходимости соблюдения лечебной диеты с целью профилактики заболеваний печени?» большинство респондентов (66,7%) ответили, что знают, 7 респондентов (23,3%) не знали об этом и трое человек (10%) затруднились ответить на данный вопрос.

На последний вопрос анкеты: «Из каких источников Вы получаете информацию о мерах по профилактике гепатитов?» ответы распределились следующим образом: большинство респондентов (36,7%) ответили, что получают информацию от СМИ, 26,7% - от родственников и знакомых, свой вариант ответа указали 23,3% респондентов – это интернет и наличие медицинского образования. И на последнем месте стоит информация, полученная от врачей и других медицинских работников (13,3%).

Учитывая данные, полученные при опросе, можно сделать вывод, что:

1. Большинство респондентов информированы о различных заболеваниях печени.
2. Большинство респондентов информированы о различных путях передачи инфекции вируса гепатита В и С.
3. 4 человека из опрошенных страдали (страдают) заболеваниями печени.

4. У 4 респондентов родственники также страдали (страдают) данными заболеваниями.

5. Большинство респондентов знают о вреде на печень бесконтрольного употребления лекарственных препаратов, а также необходимости соблюдения диеты.

6. Все респонденты знают о вреде на печень алкоголя.

7. Большинство респондентов считают необходимым применять специфическую профилактику – вакцинацию против гепатита А и В.

8. Большинство опрошенных мною не знают о препаратах, которые восстанавливают и защищают печень от различных неблагоприятных факторов.

9. Самый меньший процент опрошенных мною респондентов сообщили, что информацию по профилактике заболеваний печени они получают от врачей и других медицинских работников.

И это печальный факт, ведь в современных условиях развития здравоохранения и загруженности врачей, медицинские сёстры должны взять на себя ответственность за развитие профилактического воспитания населения, ведение школ здоровья, пропаганды здорового образа жизни.

Поэтому я считаю, что основную роль в информировании населения по профилактике гепатитов должны возложить на себя именно медицинские работники среднего звена.

В результате изучения теоретического материала и на основании проведённого анкетирования я разработала буклет «Профилактика острых и хронических гепатитов» (Приложение Б), чтобы каждый посетитель Областной поликлиники г.Биробиджана мог получить ответы на все интересующие его вопросы по мерам профилактики данных заболеваний.

Таким образом, цель нашей работы достигнута, задачи решены.

Гипотеза подтверждена частично.



Список использованных источников:

1. Мязин Р. Г. Эффективная профилактика и лечение хронического гепатита В в современной практике гепатолога / Р. Г. Мязин – Медицинский совет. - 2017. - 48 с.
2. Скляр Валерий Какие симптомы и признаки у заболевания печени и основные методы лечения? / Валерий Скляр [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://stopgemor.ru/zabolevaniya-pecheni/>
3. Осложнения при болезни печени [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medic-sovet.ru/2017/10/16/oslozhneniya-pri-bolezni-pecheni/>
4. Печень [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://24doctor.info/anatomy/pechen/>
5. Профилактика гепатита [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://infopechen.ru/gepatity/drugoe/preduprezhdenie-gepatita.html>

Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима как один из факторов профилактики ВБИ

*Гайнутдинов Данила, студент группы 13 ЛД
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Кучумова Л. Ю.*

Данная работа посвящена изучению соблюдения санитарно-эпидемиологического режима как одного из факторов профилактики внутрибольничной инфекции.

В июле 2017 года Роспотребнадзор отчитался о снижении количества случаев внутрибольничных инфекций в России. При этом по другим данным распространенность внутрибольничной инфекции в тот же самый период времени выросла на треть. Согласно данным официальной статистики, в год в России регистрируется 20-30 тысяч случаев заражения инфекционными заболеваниями при поступлении в больницы. По другим данным их число может достигать 2,5 миллионов. Экономический ущерб, причиняемый внутрибольничными инфекциями, может достигать 15 млрд. рублей в год.

По словам Василия Акимкина, доктора медицинских наук, чаще всего внутрибольничные инфекции регистрируются в отделениях реанимации, хирургии, онкологии. Из-за присоединяющихся инфекций пребывание пациентов в стационарах увеличивают в среднем на 6-8 дней. Они усложняют лечение, а в тяжелых случаях могут приводить и к летальным исходам.

Как ни странно, наличие бахил у посетителей стационаров и запрет на посещение пациентов большого значения в профилактике инфекций не играют. Провоцируют же развитие ВБИ нарушения режима стерилизации медицинских инструментов и правил дезинфекции, заражения при контакте с больными, а также носительство внутрибольничных штаммов среди пациентов и персонала. Такую точку зрения высказал Владимир Кулабухов, кандидат медицинских наук, заведующий отделением анестезиологии и реанимации Ожогового центра Института хирургии им. Вишневского.

Цель работы - рассмотреть и изучить правила соблюдения санитарно-эпидемиологического режима в хирургическом отделении ОГБУЗ «Областная больница».

Задачи исследования:

1. Подобрать и изучить литературу, приказы и интернет ресурсы по теме работы.
2. Изучить основные направления и распространения внутрибольничной инфекции в хирургическом отделении ОГБУЗ «Областная больница».
3. Исследовать соблюдение санитарно-эпидемиологического режима в хирургическом отделении ОГБУЗ «Областная больница». Обработать полученные данные.
4. Оценить мероприятия, по соблюдению санитарно-эпидемиологического режима в хирургическом отделении ОГБУЗ «Областная больница».
5. Сделать вывод и заключение по материалам работы.

Объект: санитарно-эпидемиологический режим в ЛПУ.

Предмет: соблюдение санитарно-эпидемиологического режима в хирургическом отделении ОГБУЗ «Областная больница».

Гипотеза: в хирургическом отделении ОГБУЗ «Областная больница» проводятся все мероприятия по соблюдению санитарно-эпидемиологического режима.

В процессе изучения теоретического материала по данной теме, я пришёл к выводу, что в основе соблюдения санитарно-эпидемиологического режима лежат такие понятия как «дезинфекция» и «стерилизация».

Дезинфекция - это комплекс мероприятий, направленных на уничтожение или удаление возбудителей заразных болезней в окружающей человека среде, в том числе и в живых организмах.

1) Профилактическая дезинфекция - это обеззараживание тех объектов, где лишь предполагается наличие патогенных возбудителей (обработка рук пациента, обработка инъекционного поля, дезинфекция предметов ухода, текущие и генеральные уборки и т.д.).

2) Очаговая дезинфекция - производится в очаге инфекционного заболевания, т. е. там, где находится или был инфекционный больной (в рану, заражение инфекционными заболеваниями)

Принято различать четыре метода дезинфекции:

1) Механический метод включает в себя - мытье рук; текущую и генеральную уборку помещений, стирку

2) Физический метод включает в себя - ультрафиолетовое облучение, кипячение в дистиллированной воде, применение автоклавов.

3) Химический метод включает в себя - полное погружение, протирание, с использованием дезинфицирующих растворов.

4) Комбинированный метод включает в себя - все химические вещества, применяемые для дезинфекции медицинского инструментария.

Стерилизация - это процесс уничтожения всех видов микробной флоры, в том числе их споровых форм, и вирусов с помощью физических или химических воздействий.

Для того, чтобы предупредить возникновение и распространение ВБИ в любом ЛПУ, необходимо:

Соблюдать санитарно-гигиенический режим согласно нормам СанПиНа – т.е. своевременно проводить различные виды уборок помещения и оборудования с использованием моющих и дезинфицирующих средств, проводить обработку медицинского оснащения после применения. Для уборки использовать только промаркированный уборочный инвентарь, который после применения также необходимо продезинфицировать.

Соблюдать правила хранения рабочей одежды – она должна храниться в соответствии с правилами и нормами СанПиНа. После использования подвергается дезинфекции.

Соблюдать правила сбора, хранения и удаления отходов в ЛПУ – для сбора и хранения использованного одноразового медицинского инвентаря в каждом функциональном подразделении отделения должны находиться специальные мешки, классифицируемые по классам токсичности изделий класс «А» это не токсические отходы, пищевые отходы подразделений ЛПУ, класс «Б» это опасные отходы. Материалы и инструменты, загрязнённые биологическими жидкостями. Класс «В» это чрезвычайно опасные отходы. Материалы, контактирующие с больными особо опасными инфекциями.

Соблюдать порядок приёма пациентов в стационар – необходимо тщательно проводить осмотр пациентов при поступлении, при положительной Ф-20 (педикулёзе) в санпропускнике провести обработку пациента и всего использованного оснащения, привести в порядок помещение, также необходимо измерять температуру тела, т.к. высокая температура может свидетельствовать об инфекционном заболевании.

Соблюдать санитарную обработку пациентов в отделении и своевременную смену белья- необходимо ежедневно проводить гигиенический уход за кожей и слизистыми всем пациентам, находящимся на стационарном лечении. Смена белья должна проводиться по мере загрязнения, но не реже 1 раза в 7 дней.

Соблюдать правила хранения грязного белья, личной одежды пациента - грязное белье должно храниться не более суток в специальных помещениях (санитарных комнатах), в плотно завязанных клеенчатых мешках отдельно от чистого белья. После накопления в течение суток эти мешки уводят в прачечную на обработку.

В практической части мною было проведено исследование в хирургическом отделении на базе ОГБУЗ «Областная больница» с целью изучения соблюдения санитарно-эпидемиологического режима.

Исследование состояло из 3-х этапов для объективной оценки мероприятий по соблюдению санитарно-эпидемиологического режима в хирургическом отделении ОГБУЗ «Областная больница»:

Первый этап - анкетирование младшего медицинского персонала.

В опросе приняло участие 8 младших медицинских сестёр.

Вопрос анкеты	Да	Нет
1.«Влажная уборка палат проводится 2 раза в сутки?»	100%	
2.«Проветривание палат проводят 2 раза в сутки?»	100%	
3.«Влажная уборка палат проводится, следуя графику?»	100%	
4.«Грязное постельное бельё хранится в специальном помещении, специальном контейнере?»	100%	

На вопрос анкеты «Сколько раз в сутки проводится влажная уборка палат?» все респонденты выбрали ответ «2 раза в сутки».

На вопрос «Сколько раз в сутки проводится проветривание палат?» все респонденты выбрали ответ «4 раза в сутки»

На вопрос анкеты: «Как часто Вы осуществляете смену постельного белья в отделении?» 75% респондентов выбрали вариант ответа «По мере загрязнения» и 25% ответили «1 раз в 10 дней».

На вопрос «Где храниться грязное постельное бельё?» все респонденты выбрали ответ «В санитарной комнате».

На вопрос «Вы используете средства личной защиты (маски, шапочки, перчатки) при уборке помещений и транспортировки пациентов?» все респонденты ответили «Да».

На вопрос «Как часто за день Вы проводите текущую уборку в операционной?» все респонденты выбрали ответ «после каждой проведённой операции».

Второй этап - анкетирование среднего медицинского персонала.

Вопрос анкеты	Да	Нет
1.«Как вы считаете, предоперационная комната относится к зоне строгой стерильности в операционном блоке?»	100%	
2.«Сдаёте ли вы мазки на бактериологический посев, с целью выявления стафилококка?»	100%	
3.«Все инструменты медицинского назначения, после использования подвергаются дезинфекции?»	100%	

На вопрос: «В отделении соблюдаются все мероприятия по соблюдению санитарно-эпидемиологического режима? (Стерилизация мед. инструментария, дезинфекция, асептика, антисептика, уборка помещений, обеззараживание воздуха)» все респонденты выбрали ответ «Да».

На вопрос: «Сдаете ли вы мазки на бактериологический посев, с целью выявления стафилококка?» все респонденты выбрали ответ «Да».

На вопрос: «Все инструменты медицинского назначения, после использования подвергаются дезинфекции?» все респонденты выбрали ответ «Да».

На вопрос анкеты «К какой зоне стерильности относится предоперационная зона?» все респонденты выбрали вариант ответа «К зоне строго режима»

На вопрос «Какие виды вентиляции имеются в хирургическом отделении?» 75% респондентов выбрали вариант ответа «Естественная и Физическая вентиляция» и 25% выбрали все виды вентиляции.

На вопрос «Вы знаете, что такое санитарно-эпидемиологический режим?» 62,5% респондентов ответили «Да» и 37,5% не дали ответа на заданный вопрос.

По первому и второму этапу можно сделать вывод, что младший и средний медицинский персонал, выполняет полный комплекс мероприятий по соблюдению санитарно-эпидемиологического режима в хирургическом отделении ОГБУЗ «Областная больница».

В ходе третьего этапа, целью которого является выявить, проводится ли полный комплекс мероприятий по соблюдению санитарно-эпидемиологического режима, я получил следующие данные:

Уборка производится, следуя графику.

Производится регулярное кварцевание кабинетов и палат.

Имеются контейнеры с дезинфицирующими растворами для обеззараживания медицинского инструментария.

Весь уборочный инвентарь промаркирован, хранится в специально отведенном месте и после использования дезинфицируется.

Грязное белье хранится отдельно от чистого. В будни грязное бельё в отделении находится сутки, выходные дни хранится в течении 2 дней, после чего его забирают в прачечную.

Таким образом, можно сделать вывод, что хирургическое отделение ОГБУЗ «Областная больница» полностью соответствует всем требованиям СанПиНа по устройству отделения. В частности:

1. Хирургическое отделение располагается на 2 этаже (Чистое) и 3 этаже (Гнойное), следовательно, соответствует требованиям к расположению и устройству.

2. Отделение соответствует всем требованиям к внутренней отделке помещений, (Стены и полы отделаны кафелем; Потолки покрашены масляной краской; Радиаторы отопления встроены в стены.) Электрическое освещение в палатах, используемое вечером и ночью, не должно быть слишком ярким

3. В хирургическом отделении соблюдаются требования по температурному режиму. (t в палатах 20°C ; t в перевязочной комнате и в ванной $22-25^{\circ}\text{C}$;)

4. В отделении соблюдаются требования по вентиляции помещений.

По проведённому исследованию можно сделать вывод, что хирургическое отделение ОГБУЗ «Областная Больница» полностью соответствует всем требованиям СанПиНа по устройству отделения.

Вместе с тем, в ходе 3-го этапа, моего исследования, т.е. наблюдения я заметил несколько грубых нарушений правил:

1) Младший и средний медицинский персонал не всегда выполняют требования правил индивидуальной защиты.

2) В хирургическом отделении ОГБУЗ «Областная больница» приказы министерства здравоохранения и нормы СанПиНа выполняются не в полной мере. Мной было замечено, что дезинфекция капельных систем, шприцов, перчаток почти не выполняется, так же в последний день практики было замечено, что в контейнер для дезинфекции игл, где должен находиться 3% хлорамин, наливают простую воду в целях экономии.

Вывод: изучив и проанализировав соблюдение санитарно-эпидемиологического режима как одного из факторов профилактики внутрибольничной инфекции, я пришёл к выводу, что во главе работы по профилактике распространения внутрибольничной инфекции стоит медицинская сестра, правильность деятельности которой зависит от полученных в процессе обучения знаний и практических навыков по решению данной проблемы. В ходе анкетирования, я пришёл к выводу, что медицинский персонал знает нормы и правила соблюдения санитарно-эпидемиологического режима выполняет полный комплекс мероприятий по соблюдению санитарно-эпидемиологического режима. Но наблюдения показали, что младший и средний медицинский персонал не соблюдают ряд приказов, и тем самым не в полной мере соблюдают санитарно-эпидемиологический режим.

Таким образом, цель достигнута, задачи решены. Выдвинутая гипотеза подтверждена частично.

Роль медицинской сестры в иммунопрофилактике взрослого населения

*Ходжамурадова Роксана, студентка группы 30 СД
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Духовникова Е. А.*

Инфекционные болезни во все времена были главными врагами человека. История знает множество примеров опустошительных последствий оспы, чумы, холеры, тифа, дизентерии, кори, гриппа.

Сегодня вопрос о том, нужны ли профилактические прививки, вызывает живой интерес общественности. Это закономерно и правильно - в современном демократическом обществе каждый человек имеет право принимать решение относительно своего здоровья. Беда лишь в том, что для принятия решения нужно располагать необходимой информацией, которая у населения есть далеко не всегда. А с вопросом иммунизации ситуация обстоит еще хуже в связи с развернувшейся в СМИ массовой антивакцинальной кампанией. Для принятия решения о том, необходима ли иммунизация, население должно представлять, о чем идет речь.

Цель работы: изучить роль прививочной медицинской сестры в иммунопрофилактике взрослого населения.

Задачи:

- Рассмотреть роль прививочной медицинской сестры в иммунопрофилактике взрослого населения;
- Провести исследование и анализ роли медицинской сестры иммунопрофилактики в ОГБУЗ «Областная поликлиника».

В своей работе мы выдвинули гипотезу: в проведении иммунопрофилактики разъяснительная и организационная роль принадлежит прививочной медицинской сестре.

На протяжении последних лет в России ежегодно регистрируется 30-40 млн. случаев инфекционных заболеваний. Важнейшим средством их предупреждения является иммунопрофилактика.

И в данном случае здоровье нации и каждого пациента напрямую зависит от работы медицинской сестры.

К счастью, большинство инфекционных заболеваний у взрослого населения являются управляемыми, поэтому перспективы успешного предупреждения их весьма реальны, если выполнить следующие рекомендации ВОЗ:

- охватить прививками 75-80% взрослых;
- контролировать миграцию населения из неблагополучных районов.

Таким образом, иммунопрофилактика является одним из направлений государственной политики в области обеспечения национальной безопасности. Понятно, что не только государство заинтересовано в том, чтобы число привитых было максимальным. Но интересы государства иногда противоречат интересам конкретного пациента или его семьи, которые тоже должны неукоснительно соблюдаться. Прививка - медицинское вмешательство. Необходимым условием иммунопрофилактики, в соответствии со статьей 32 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, является информированное добровольное согласие без принуждения и насилия. Таким образом, пациент имеет право отказаться от прививки. В эпицентре этого противоречия интересов общества и конкретного человека часто оказывается медсестра, которая призвана защищать интересы как общества, так и каждого пациента. В ходе работы, изучив научную литературу, нами были сформулированы рекомендации медсестрам, занимающимся иммунопрофилактикой.

Во всех случаях отказа от вакцинации медицинская сестра должна аргументированно разъяснить его последствия для здоровья. Только таким образом будет реализовано конституционное право пациента на неприкосновенность его личности и на безопасность.

Медицинская сестра, занимающаяся иммунопрофилактикой, не должна жалеть времени на подготовительную работу. Начать ее необходимо не менее чем за 2 недели до планируемой вакцинации.

Оценка перед вакцинацией - это процедура, которую проводит каждая медсестра для того, чтобы удостовериться в том, можно ли безопасно прививать человека.

В ходе исследования нами было изучено руководство по проведению оценки перед вакцинацией. Эта процедура содержит следующие пункты:

1. Уточните возраст, соответствует ли он тому, что определен в национальном календаре профилактических прививок. Без эпидпоказаний не стоит делать прививку раньше плана.

2. Изучите прививочный анамнез. Как переносил он прививки, сделанные ранее? Какие проблемы были у пациента при уходе в поствакцинальном периоде?

3. Проверьте прививочную карту. Если запись о прививке отсутствует или вызывает сомнения, определите достоверный источник информации. В семьях мигрантов могут предоставить справку примерно такого содержания: «Прививки сделаны по возрасту». Помните: подобный документ нельзя считать достоверным.

4. Задайте скрининговые вопросы.

5. Оцените наличие противопоказаний и предосторожностей для этого пациента.

На основании Федерального закона № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" основными обязанностями медицинской сестры прививочного кабинета являются:

1. Содержание прививочного кабинета в соответствии с требованиями санитарно-эпидемиологического режима.

2. Проведение вакцинации по назначению врачей.

3. Соблюдение правил проведения прививок и правил безопасной иммунизации.

4. Планирование даты прививок согласно календарю прививок на предстоящий период (неделя, месяц, год).

5. Проводит информационно-разъяснительную работу с населением по иммунопрофилактике.

Медицинская сестра прививочного кабинета несет ответственность за:

1. Соблюдение техники безопасности при проведении прививок с соблюдением правил асептики и антисептики и санитарно-эпидемиологического режима.

2. Сохранность и эффективное использование вакцин и сывороток согласно требованиям действующего СанПиН и имеющегося оборудования.

3. Своевременное и правильное заполнение медицинской документации.

Для подтверждения или опровержения данной гипотезы мною был проведено исследование методом анкетирования 30 пациентов в ОГБУЗ «Областная поликлиника», имеющих различное отношение к необходимости проведения активной вакцинопрофилактики. Опрос был в виде анкеты.

Из 30 респондентов: 6 мужчин – 20 %, 24 женщины – 80 %.

Критериями включения в исследование были:

- пациенты от 18 лет;

- согласие на участие в исследовании;

- способность адекватно отвечать на поставленные вопросы.

Отбор опрашиваемых проводился случайным методом. Каждому участнику опроса были предложены 13 вопросов анонимной анкеты.

Возрастная структура опрашиваемых составила 18-55 лет.

Из всего перечня вопросов анкеты, мы представляем самые показательные ответы.

На вопрос: «Считаете ли Вы инфекционные заболевания (грипп, гепатит В, коклюш, дифтерию, корь, краснуху, бешенство, полиомиелит, столбняк, туберкулез, эпидемический паротит, др.) опасными для Вашего здоровья?» ответы распределились следующим образом: «Да» - 73 % (22 человек); «Нет» - 20 % (6 человек); «Затрудняюсь ответить» - 7 % (2 человека). Из данных исследования можно заметить, что большинство респондентов считают инфекционные заболевания опасными для здоровья.

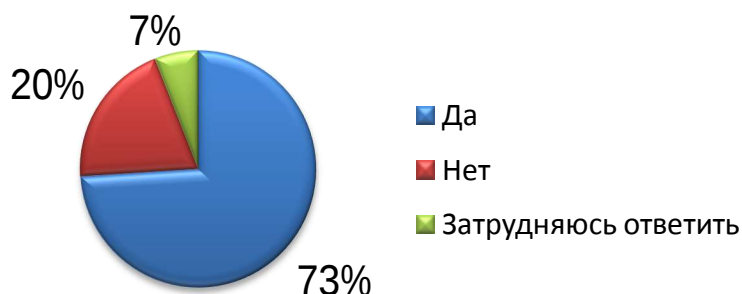


Диаграмма №1. «Считаете ли Вы инфекционные заболевания (грипп, гепатит В, коклюш, дифтерию, корь, краснуху, бешенство, полиомиелит, столбняк, туберкулез, эпидемический паротит, др.) опасными для Вашего здоровья?»

Когда опрашиваемых попросили оценить свою осведомленность об инфекционных заболеваниях и мерах их профилактики, то выяснилось, что 64% (19 человек) осведомлены удовлетворительно, 16% (5 человек) ответили, что они осведомлены неудовлетворительно, оставшиеся 20% (6 человек) затруднились ответить на данный вопрос. Таким образом, результаты опроса показывают, что больше четверти опрашиваемых плохо осведомлены об инфекционных заболеваниях и мерах их профилактики.

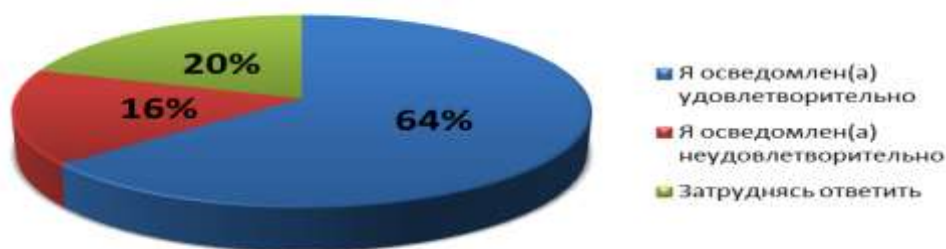


Диаграмма №2. «Оцените свою осведомлённость об инфекционных заболеваниях и мерах по их профилактике»

Также был поставлен вопрос: «Из каких источников Вы получаете сведения о прививках?». Ответы респондентов расположились следующим образом: от врачей и других медицинских работников – 10% (3 человека); из СМИ (телевидение, радио, газеты и журналы, сеть Internet) – 20% (6 человек); из информационных материалов (листовки, буклеты) – 3% (1 человек); от знакомых и родственников – 40% (12 человек), вообще не получаю никаких сведений о прививках – 27% (8 человек). Из данных исследования можно сделать вывод, что медицинские работники недостаточно информируют население о прививках и дате их проведения.



Диаграмма №3. «Из каких источников Вы получаете сведения о прививках?»

На вопрос: «Проходите ли Вы плановую иммунизацию против инфекционных заболеваний?» ответы распределились следующим образом: «Да, от всех» - 47% (14 человек); «Выборочно, не от всех инфекций» - 23% (7 человек); «Нет, я категорически против прививок» - 23% (7 человек); «Я в это не вникаю, делаю, когда это организует поликлиника» - 7% (2 человека). Из данных исследования можно заметить, что большинство респондентов прививаются от всех инфекционных заболеваний, но четверть опрашиваемых категорически отказывается от прививок.

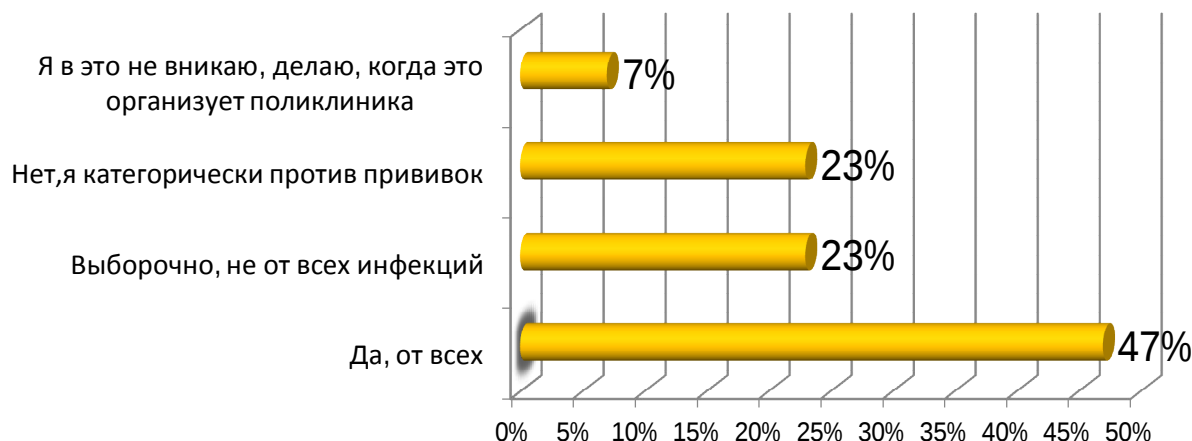


Диаграмма №4. «Проходите ли Вы плановую иммунизацию против инфекционных заболеваний?»

Респондентам, которые ответили на предыдущий вопрос, что они категорически против прививок (таких оказалось 7 человек) был задан вопрос: «Чем вы объясняете причину отказа от вакцинации?». Ответы расположились следующим образом: «Считаю некачественными отечественные вакцины» ответили 0% опрашиваемых (0 человек); «Страх развития возможных поствакцинальных осложнений» - 29% (2 человек); «Собственный негативный опыт прививок» - 14% (1 человек); «Совет врача отказаться от прививок» - 0% (0 человек); «Лучше переболеть» - 57% (4 человек). Таким образом, после подсчета данных исследования видно, что больше половины респондентов, отказывающихся от прививок, считают, что лучше переболеть, чем вакцинироваться.

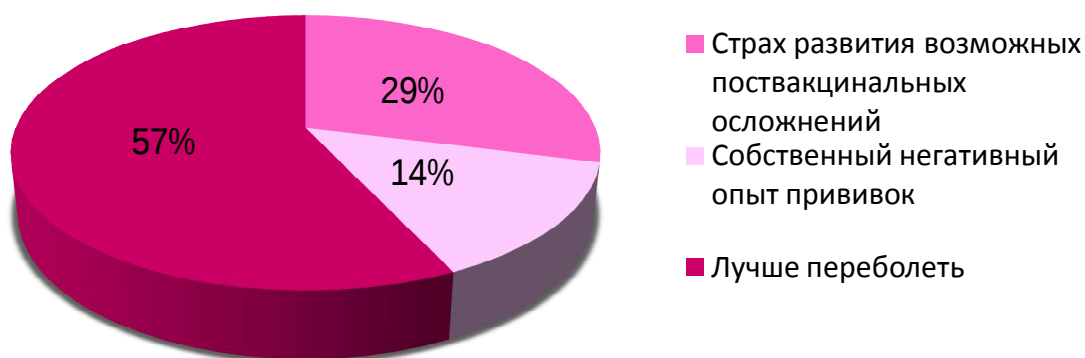


Диаграмма №5. «Чем вы объясняете причину отказа от вакцинации?»

При вопросе «Проводят ли медицинские работники с Вами беседы профилактического характера по вопросам вакцинопрофилактики?» 90% опрошиваемых (27 человек) ответили «Нет» и всего лишь 10% (3 человека) ответили «Да». Это говорит о том, что медицинские работники не выполняют полностью свои должностные обязанности.

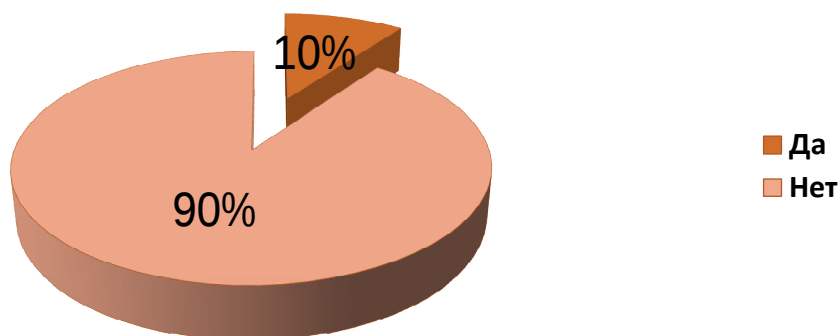


Диаграмма №6. «Проводят ли медицинские работники с Вами беседы профилактического характера по вопросам вакцинопрофилактики?»

Последним вопросом в анкете был: «Возникали ли у Вас какие-либо осложнения после сделанной прививки (если да, то указать какие)?». Ответы распределились следующим образом: «Да» - 20% (6 человек); «Нет» - 80% (24 человека). Данные исследования изображены на диаграмме. Осложнения, которые возникли после сделанной прививки – крапивница (33% - 2 человека), уплотнение (инфильтрат) (67% - 4 человека).

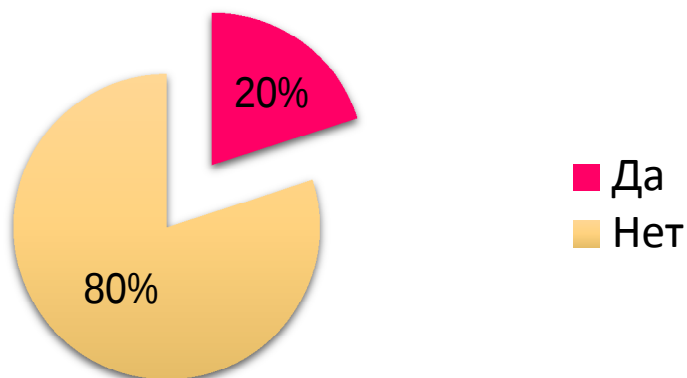


Диаграмма №7. «Возникали ли у Вас какие-либо осложнения после сделанной прививки?»

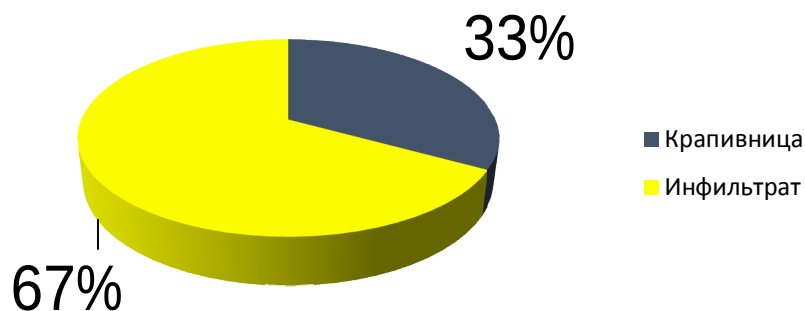


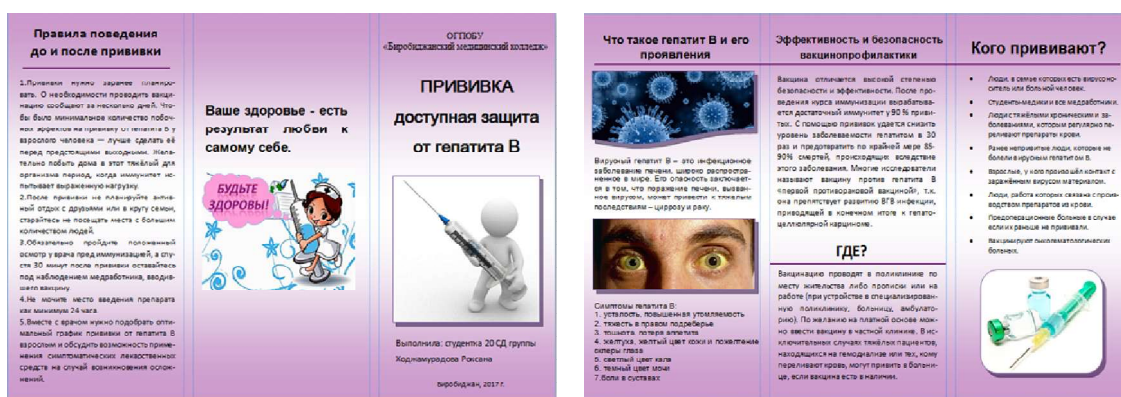
Диаграмма №8. «Осложнения, которые возникли после сделанной прививки»

На основании факта отсутствия серьезных осложнений, мы можем предположить, что содержание прививочного кабинета соответствует санитарно-эпидемическому режиму и иммунизация проводится согласно правилам асептики.

Но можно заметить, что с населением практически не проводятся информационно-разъяснительные работы по иммунопрофилактике. Вследствие этого можно сказать, что медицинская сестра не в полном объеме выполняет свои должностные обязанности.

После проведения анкетирования пациентов в ОГБУЗ «Областная поликлиника», можно предположить о том, что медицинская сестра содержит прививочный кабинет в соответствии санитарно-эпидемическому режиму и иммунизацию проводит согласно правилам асептики, т.к. у респондентов практически не наблюдалось осложнений. Но согласно результатам проведенного исследования, можно сделать вывод: медицинская сестра практически не проводит с населением информационно-разъяснительные работы по вопросам иммунопрофилактики. Возможно, из-за плохого информирования населения по данным вопросам, многие и отказываются от вакцинации, не зная, что привитые люди лучше переносят инфекционные заболевания.

С целью информирования населения о том, что прививка является надежной и доступной защитой от инфекционных заболеваний, мною был разработан буклет для пациентов на тему: «ПРИВИВКА – доступная защита от гепатита В» (Приложение В)



Роль контроля артериального давления в профилактике инсульта

*Досов Владимир, студент группы 43 ЛД
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»*

Научные руководители: Болдырева Т. Л., Гефен Л. И., Лонишкова О. А.

Всемирная организация по борьбе с инсультом в 2006 году установила Всемирный день борьбы с инсультом 29 октября, с целью призыва к срочным активным действиям в борьбе против этого заболевания.

Ежегодно в мире инсульт приводит к смерти 5,7 млн. человек. После первого перенесенного инсульта только 10% больных возвращаются к полноценной жизни. Как правило, каждый последующий инсульт утяжеляет имевшееся до него нарушение.

В России смертность от инсульта – одна из самых высоких в мире, ежегодно погибает порядка 200 000 человек, еще столько же остаются инвалидами. По данным Национального регистра инсульта, 31% людей, перенесших эту болезнь, нуждаются в посторонней помощи, 20% не могут самостоятельно ходить и лишь 8% выживших больных могут вернуться к прежней работе.

В последние десятилетия отмечается омоложение инсульта – каждый пятый пациент с инсультом моложе 50 лет.

Инсульт (от латинского слова *insulto* – «скачу», «впрыгиваю» - это нарушение кровообращения в головном мозге, вызванное закупоркой или разрывом сосуда.

К разновидностям инсульта относят ишемический инсульт (инфаркт мозга) – до 85% всех случаев; геморрагический инсульт (кровоизлияние в мозг) около 10% случаев и субарахноидальное кровоизлияние – около 5%.

Причинами развития инсульта чаще всего являются: атеросклероз, артериальная гипертензия, повышенный уровень холестерина, курение, ожирение, гиподинамия, стрессы.

Наиболее часто встречающиеся симптомы инсульта:

- ежедневно возникающая слабость;
- сильная головная боль;
- нечеткое зрение;
- двоение предметов;
- онемение и нарушение чувствительности в руке или ноге;
- асимметрия лица;
- невнятная речь;
- непонимание обращенных к человеку слов.

Ежегодно в России по борьбе с инсультом проводятся различные мероприятия более чем в 20 регионах страны: лекции по профилактике инсульта, научно-практические конференции.

Учитывая важность проблемы, в 2016 году Федеральным социально-образовательным проектом «Стоп – инсульт» была утверждена Всероссийская премия «Время жить» за достижения в области борьбы с инсультом.

В городе Биробиджане с 26 по 30 октября 2017 года впервые была проведена акция по борьбе с инсультом работниками областной поликлиники совместно со студентами нашего колледжа по инициативе Управления здравоохранения правительства ЕАО. Это мероприятие было освещено в областных средствах массовой информации.

Цели исследования: измерение артериального давления (АД) у посетителей поликлиники ОГБУЗ «Областная больница»; определение приверженности к лечению пациентов с артериальной гипертензией; выявление информированности пациентов о проблеме инсультов.

Задачи:

1. Повысить профессиональную компетентность студентов в вопросах влияния артериальной гипертензии на возникновение инсультов.
2. Наметьте рекомендации по профилактике инсультов.
3. Расширить осведомленность пациентов по профилактике инсультов, обеспечить их рекомендациями и памятками по предотвращению инсультов.

Предмет исследования: контроль артериального давления, как фактора в профилактике инсультов.

Объект исследования: контроль артериального давления, как фактора в профилактике инсультов, на примере пациентов поликлиники ОГБУЗ «Областная больница».

Гипотеза: значительная часть пациентов поликлиники ОГБУЗ «Областная больница» поддерживают уровень артериального давления в пределах нормы, что может способствовать предупреждению инсульта.

Для проведения исследования использовались следующие методы:

- научно - теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
- субъективный метод клинического обследования пациентов;
- объективный метод обследования пациентов (измерение артериального давления);
- анкетирование пациентов.

Работа состоит из введения, анализа проведенного анкетирования, выводов, рекомендаций, списка использованной литературы.

Практическая часть. Анализ анкетирования пациентов

Материалы и методы исследования.

Исследование проведено следующими методами: субъективного, объективного обследования и анкетирования пациентов поликлиники ОГБУЗ «Областная больница».

В работе принимали участие следующие инициативные группы:

аналитическая: определила круг вопросов, актуальных при решении обозначенной проблемы;

творческая: провела анкетирование пациентов, опрос, измерение артериального давления, оформила обработанный материал в виде публикации, обеспечила памятками пациентов по профилактике инсультов и по первым симптомам заболевания.

В работе инициативных групп приняли участие студенты 43 ЛД группы. Было проанкетировано 370 пациентов, им же измерено артериальное давление по алгоритму.

В структуру анкет для пациентов включены вопросы, выявляющие возраст, пол, место жительства и приверженность к лечению, применяемые лекарственные препараты, а так же информированность о проблеме инсультов.

Результаты и обсуждения.

Из числа 370 обследованных пациентов 307 женщин и 63 мужчины.

Основная часть респондентов – 346 человек – жители города Биробиджана, жители области – 24 человека; большинство опрошенных не работают (267 человек), работают – 103 человека.

Возраст обследуемых составил от 18 до 91 года; из числа обследуемых преобладают пациенты в возрасте 61-70 лет – 115 человек и 71-80 лет – 89 человек, [51-60 лет – 67 человек, 21-30 лет – 30 человек, 41-50 лет – 25 человек, 31-40 лет – 16 человек, 81-90 лет – 14 человек, 18-20 лет – 10 человек].

Выявлены следующие уровни систолического артериального давления:

- 110 мм рт. ст. и ниже – 32 человека (8,65%);
- до 139 мм рт. ст. – 160 человек (43,25%);
- мягкая АГ – 140-159 мм рт. ст. – 118 человек (31,9%);
- умеренная АГ – 160-179 мм рт. ст. – 45 человек (12,17%);
- 180 мм рт. ст. и выше – 15 человек (4,06%).

Таким образом, наибольшее количество респондентов имеют нормальное артериальное давление (51,9%), почти половина пациентов имеет повышенное артериальное давление (48,1%).

Постоянно контролирует артериальное давление дома 74,1% пациентов, не систематически – 11,2%, не контролируют – 14,7%.

Регулярно принимают антигипертензивные лекарственные препараты 236 человек (69,79%), не лечатся регулярно 134 человека (36,21%).

Пациенты, получающие постоянную антигипертензивную терапию, наиболее часто принимают препараты из группы ингибиторов АПФ (эналаприл – 16,95%), каптоприл – 15,26%, периндоприл – 5,09%, амприлан – 3,39%, лизиноприл – 1,7%;

- антагонисты Са – амлодипин – 11,87%;
- из группы блокаторов рецепторов ангиотензина 2 – (лориста – 10,1%, валсартан – 8,48%, лозартан – 3,39%;
- из группы β -адреноблокаторов – нипертен – 6,78%, бисопорол – 5,09%, конкор – 1,7%, карведилол – 1,7%;
- комбинированные средства – экватор – 1,7%, престанс – 3,39%, тенорик – 1,7%;
- диуретики – индап – 13,56%, фуросемид – 1,7%;
- в комплексную терапию пациентов входят статины – аторис – 1,7%, дезагреганты – кардиомагнил, тромбоасс – 8,48%;

В процессе исследования установлено, что подавляющая часть респондентов знают о проблеме инсультов, многие осведомлены о проявлениях данного заболевания, факторах риска, в том числе о влиянии повышенного артериального давления на их развитие (236 человек) 63,79%.

Эти пациенты знают и понимают необходимость регулярного контроля артериального давления и приема назначенных врачом препаратов.

Никто из посетителей поликлиники ОГБУЗ «Областная больница» никогда не слышал о Всемирном дне борьбы с инсультом, но хотели бы расширить свои знания по этой проблеме.

Значительная часть пациентов согласилась на измерение артериального давления и приняли участие в анкетировании с желанием.

Выводы:

- среди посетителей поликлиники ОГБУЗ «Областная больница» преобладают люди старших возрастных групп;
- у большинства пациентов поликлиники ОГБУЗ «Областная больница» уровень артериального давления соответствует норме, в том числе и у тех, кто принимает лекарственные препараты (при этом значительная их часть измеряет артериальное давление дома);
- большинство гипертоников регулярно принимают лекарственные препараты;
- чаще всего пациентам назначают ингибиторы АПФ, β -адреноблокаторы и диуретики;
- значительная часть респондентов осведомлена о проблеме инсультов и влиянии повышенного артериального давления на его развитие, хотя никогда не слышали о Всемирном дне борьбы с инсультом.

Таким образом, основные цели исследования достигнуты, поставленные задачи решены. Гипотеза: «Значительная часть пациентов поликлиники ОГБУЗ «Областная больница» поддерживают уровень артериального давления в пределах нормы, что может способствовать предупреждению инсультов» - подтверждена.

Рекомендации:

1. Акцию по борьбе с инсультами проводить на регулярной основе с вовлечением студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

2. Продолжить разработку и распространение среди пациентов памяток по основным симптомам, первой помощи, профилактике инсультов.
3. При изучении ПМ «Профилактика заболеваний и санитарно-гигиеническое образование населения» продолжить составление программ школ борьбы с инсультами для пациентов.
4. Пациентам старшего возраста, особенно с повышенным уровнем артериального давления, соблюдать профилактические мероприятия по питанию, здоровому образу жизни, медикаментозному лечению.
5. В целях профилактики инсультов всему населению необходимо отказаться от курения, увеличить в рационе питания употребление овощей и фруктов, снизить количество употребляемой соли, обязательно выполнять посильные аэробные физические нагрузки в зависимости от своего возраста и состояния здоровья, контролировать вес, показатели глюкозы и липидного обмена.
6. Регулярно проходить диспансеризацию.

Список использованных источников:

1. Википедия, сводная энциклопедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org>
2. Виленский Б.С. Неотложные состояния в неврологии: Руководство для врачей. – СПб.: ФОЛИАНТ, 2004. – 259-338 с.
3. Всемирный день борьбы с инсультом в 2018 году [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://my-calend.ru/holidays/vsemimyu-...>
4. Всемирный день борьбы с инсультом [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ria.ru/spravka/20141029/...>
5. Гусев Е.И. Неврология: Национальное руководство / Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. – 2009.
6. Инсульт – виды, диагностика и лечение [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://nmedicine.net/insult-vidy-...>
7. Инсульт. Причины, симптомы, диагностика, современная диагностика, эффективное лечение, реабилитация и профилактика [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://poilysmed.com/articles-insul-t-01>
8. Инсульт – причины, симптомы, диагностика и лечение [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://krasotaimedicina.ru/diseases/...>
9. Орешникова С.Ф., Орешников Е.В. Диагностика и лечение инсульта [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://giduv.com/journal/2005/1/...>
10. Центр медицинской профилактики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/ru/>
11. Центр медицинской профилактики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.orbifond.ru/>
12. Центр медицинской профилактики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.takzdorovo.ru
13. Яхно Н.Н. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Д.Р. Шульмана. – Т.1. – М. Медицина, 2011. – 231-302 с.
14. 29 октября – Всемирный день борьбы с инсультом [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://gnicpm.ru/PublicHealth/143>

Роль медицинской сестры в уходе и выхаживании недоношенных детей II и III этапа в условиях ОГБУЗ «Областная детская больница»

*Тарусина Марина, студентка группы 30 СД
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Березань Е. В.*

Недоношенность остается актуальной проблемой медицины. Частота преждевременных родов относительно стабильна и составляет 5 – 10% от числа родившихся детей, но при этом увеличивается удельный вес «глубоко» и «экстремально» недоношенных детей. Такое явление объясняется возрастанием влияния пренатальных факторов риска, которые связаны с падением социального и нравственного уровня населения, социально обусловленными инфекциями, вредными пристрастиями, неполноценным питанием, стрессовыми и экологическими нагрузками, и это приводит к неудовлетворительному состоянию здоровья беременных женщин, патологическое течение беременности и родов.

Основным условием успешного выхаживания недоношенных детей является создание отделений трех этапов. Самым результативным является II этап, когда на 7 - 10-й день жизни детей с массой тела до 2000 г переводят из родильного дома в отделение выхаживания новорожденных детского стационара.

В последнее время сестринский процесс рассматривается как равнозначный врачебному элемент лечебно-диагностической работы, что, абсолютно, увеличивает качество медицинской помощи при уходе за недоношенными детьми..

С накоплением опыта интенсивного лечения и ухода за недоношенными отмечается прогрессивное снижение уровня смертности преждевременно рожденных детей, не только в других странах, но и в нашей стране.

Цель исследования - показать роль медицинской сестры в организации ухода за недоношенным ребенком в условиях стационара - II этапа выхаживания недоношенных детей.

Задачи исследования:

1. Изучить теоретические аспекты по теме исследования, литературы по данной теме.
2. Провести анкетирование среди медицинских сестер II этапа выхаживания недоношенных новорожденных в ОГБУЗ «Областная детская больница».
3. Сделать выводы по проведенному анкетированию.

Объект исследования: сестринский уход за недоношенным ребенком в условиях стационара - II этапа выхаживания.

Предмет исследования: роль медсестры в организации сестринского ухода за недоношенными детьми.

Гипотеза: мы предполагаем, что знание и реализация сестринского ухода за недоношенными детьми, с учетом предложенных в анкете элементов ухода, приведет к улучшению качества медицинской помощи и реабилитации недоношенных детей.

К недоношенным относят детей, родившихся до 37 недели беременности и имеющих массу тела менее 2500 грамм и рост менее 45 см. Антропометрические показатели вследствие их значительной индивидуальной вариабельности могут быть отнесены к условным критериям недоношенности, так как многие доношенные дети рождаются с массой тела менее 2500 г, в то же время недоношенный ребенок может иметь массу более 2500 г.

Степени недоношенности:

- I степень 35-37 недель вес примерно 2001--2500 г
- II степень 32-34 недель вес примерно 1501--2000 г

- III степень 29-31 недель вес примерно 1001--1500 г
- IV степень менее 29 недель вес менее 1000 г

Причина преждевременных родов может быть различной: соматические и инфекционные заболевания матери, многоплодие, неправильное положение плода, патология плаценты, токсикозы беременных, особенно тяжелая нефропатия, криминальные вмешательства. Также причиной может стать инфекционные заболевания, на первом месте стоят: острые респираторные заболевания, грипп, эпидемический гепатит, из соматических заболеваний — гипертоническая болезнь, сердечная и почечная патология, гипертоническая болезнь.

Среди других причин преждевременных родов необходимо отметить нервные потрясения, испуг, профессиональные вредности, несовместимость матери и ребенка по Rh-фактору, злоупотребление алкоголем и курением, недостаточное питание во время беременности. Провоцирующими моментами являются также подъем тяжести, падение и ушиб беременной женщины.

Бережный, заботливый, квалифицированный уход за новорожденными детьми имеет первостепенное значение в выхаживании глубоко недоношенных детей и тяжелобольных доношенных детей. Обеспечение комфортных условий (адекватная температура и влажность воздуха, достаточная оксигенация, покой, правильное вскармливание, регулярное питье, щадящие методы обследования и лечения) помогает новорожденному ребенку адаптироваться к новым условиям окружающей среды, способствует саморегуляции нарушенных обменных процессов и позволяет в ряде случаев избежать интенсивных методов лечения.

Было проведено анкетирование на тему «Роль медицинских сестер в уходе за недоношенными детьми» в ОГБУЗ «Детская областная больница» в отделении патологии новорожденных. В анкетировании приняло участие 5 медицинских сестёр. Результаты исследования были статистически обработаны.

Цель анкетирования выявить знания и умения медицинских сестер в уходе за недоношенными детьми.

Анализ анкетирования.

На вопрос № 1 «Соблюдаете ли вы температуру воздуха в реанимационном отделении: температуру 22-23°C, и влажность воздуха: 60-70%» ответили, что все медсестры (100%) соблюдают по инструкции температуру воздуха в реанимационном отделении.

На вопрос № 2 «Проветриваете ли вы помещение 3-6 раз в сутки?», были получены следующие результаты, что у 10% медсестер нет возможности проветривать помещение 3-6 раз в сутки в силу повышенной занятости.

На вопрос № 3 «Выполняете ли вы из сложенных в валик пеленок «Гнездо» для недоношенных детей?», были получены следующие ответы, что опрошенные медсестры 100% выполняют из сложенных в валик пеленок «Гнездо» для недоношенных детей.

На вопрос № 4 «Транспортируете ли вы ребенка в переносных инкубаторах?», что у 80% опрошенных нет возможности для транспортировки недоношенных детей в переносных инкубаторах, 20% опрошенных транспортируют недоношенных по экстренности в г. Хабаровск.

На вопрос № 5 «Привлекаете ли вы родителей к общению с ребенком «кенгуру», контакт «кожа к коже» - у 60% опрошенных нет возможности применять данный метод, 40% опрошенных применяют, но редко (причины не могут установить).

На вопрос № 6 «Осуществляете ли вы детальную термометрию каждые 2 часа?». Ответили, что все медсестры (100%) осуществляют детальную термометрию каждые 2 часа.

На вопрос № 7 «Меняете ли вы положения ребенка с боку на бок и на живот, в течение суток?», также 100% меняют положения ребенка с боку на бок и на живот, в течение суток.

На вопрос № 8 «Предаете ли вы ребенку возвышенное положение?», были получены следующие ответы, что все опрошенные медсестры (100%) предают ребенку возвышенное положение.

На вопрос № 9 «Входит ли в реабилитацию ребенка массаж?». Все опрошенные медсестры (100%) ответили, что в реабилитацию ребенка массаж входит.

На вопрос № 10 «Выполняете ли вы специальные упражнения при купании ребенка?», были получены следующие ответы. Из результатов следует, что у всех опрошенных (100%) нет возможности выполнять специальные упражнения при купании ребенка в силу объективных причин.

Проанализировав данные анкетирования можно сделать следующие выводы:

1. Осведомленность медицинских работников по уходу за недоношенными детьми охватывает все число респондентов, что является положительным результатом.

2. Учитывая данные показатели можно определить роль медицинской сестры в повышении дефицита знаний у родителей, так как это является прерогативой среднего медицинского персонала.

3. По итогам проделанной работы было выявлено, что медицинские сестры ОГБУЗ «Детская областная больница» соблюдают основные правила санитарно-эпидемиологического режима, выполняют все требования по уходу за недоношенным ребенком: выполняют из сложенных в валик пеленок «Гнездо», правильно транспортируют ребенка, измеряют температуру тела каждые 2 часа, меняют положения ребенка, предают ребенку возвышенное положение, выполняют массаж.

Недостатки сестринского ухода – не привлекают родителей к общению с ребенком с помощью метода «Кенгуру», «контакт кожа к коже», т.к. нет возможности не выполняются специальные упражнения при купании ребенка.

Рекомендации медицинским сестрам для улучшения качества ухода за недоношенными детьми: овладеть специальными навыками по упражнениям при купании ребенка, т.к. это благотворно влияет на физическое развитие ребенка, особо обратить внимание на метод «Кенгуру» и привлекать родителей к контакту с ребенком в первом и во втором периоде выхаживания недоношенного ребенка.

Для реабилитации недоношенных новорожденных в домашних условиях нами разработаны сестринские рекомендации родителям по особенностям ухода за недоношенным ребенком

1. При наличии грудного молока использовать режим свободного кормления.
2. При недостатке грудного молока использовать режим смешенного вскармливания.

3. При отсутствии грудного молока использовать режим искусственного вскармливания.

4. Температурный режим комнаты, где находится ребенок, необходимо в начале поддерживать в пределах 24-26 °С, постепенно снижать до 22-23°С.

5. Температура воздуха в помещении, где проводится купание ребенка, должна быть не ниже 25°С. Гигиенические ванны проводят ежедневно, вначале продолжительность ванны составляет 5-7 минут (температура воды 38,0-38,5°С, затем ее постепенно снижают, со второго месяца жизни до 37,0-36,0°С, к концу 2-го полугодия до 34,0-32,0°С).

6. Лечебные ванны, при раздраженной коже проводятся с настоями из трав: череды, шалфея, ромашки, зверобоя и др. (2-3 столовых ложки заливают 1 литром кипящей воды, настаивают в течении 15-20 минут, процеживают и добавляют в ванну с кипяченной водой). Белье для обсушивания и пеленания ребенка должно быть гигроскопичным и предварительно подогретым.

7. Большую роль для предупреждения перегревания и переохлаждения играет одежда недоношенного ребенка. Белье должно быть из мягких, тонких натуральных гигроскопичных тканей, без грубых швов, рубцов и пуговиц. Одежда должна быть многослойной, а пеленание – свободным.

8. Тренирующие методы закаливания (снижение температуры воды, контрастные обливания после купания, воздушные ванны) начинают применять

в зависимости от степени зрелости, индивидуальных особенностей и состояния здоровья ребенка.

9. Выкладывание на живот проводят с первого дня пребывания ребенка дома. Выкладывать рекомендуют на жесткую поверхность 2-4 раза в день кормлением. Воздушные ванны начинают проводить с 1,5-3 месяцев по 3-5 минут 3-4 раза в день, постепенно увеличивая время до 10-15 минут в сочетании с поглаживающим массажем. С 4-х месяцев начинают активнее вводить другие элементы закаливания: контрастные обливания после купания, увеличивают продолжительность воздушных ванн.

10. Поглаживающий массаж: начинают с 1-1,5 месяцев, с 2-3-х месяцев постепенно вводят другие приемы – растирание, разминание, пассивные движения рук и ног. Во втором полугодии массаж и гимнастика проводятся по тем же комплексам, что и доношенным детям. Для улучшения психомоторного развития ежедневно проводят массаж и гимнастику кистей рук, а с 8-9 месяцев, для стимуляции развития речевых центров и координации мелких движений, ребенку предлагаются игры с мелкими предметами (перебирание нитей бус, косточек на счетах, складывание пирамидок и др.).

11. Обучение родителей технологии психоэмоционального общения с ребенком. На ранних этапах рекомендуется выхаживание недоношенного непосредственно на груди матери («метод кенгуру») и лишь на непродолжительное время он помещается в кроватку. При этом создается непосредственный контакт ребенка с кожей матери, что обеспечивает поддержание у него постоянной температуры тела, облегчается процесс вскармливания, увеличивается его продолжительность, улучшается лактация грудного молока. Помимо, этого, непосредственная близость матери с ребенком позволяет постоянно следить за его состоянием.

Список использованных источников

1. Выготский Л. С. Причины недоношенности детей / Под ред. В.В.Давыдова. - М.: Медицина, 1991. - 87с.
2. Гладышева О. П. Системная модель сестринского ухода детей / О.П. Гладышева. - М.: Медицинская энциклопедия, 2009. – 100с.
3. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. Краткий медицинский словарь / В. А. Петровский, М. Г. Ярошевский. - М.: Политиздат, 2002. - 17с.
4. Сайдашева Э.И. Ретинопатия недоношенных детей /Э.И. Сайдашева. - Уфа: Здравоохранение Башкортостана, 2000. — 180 с.
5. Чупаха И.В. Реабилитация недоношенных в домашних условиях / Е.С. Путаева, И.Ю. Соколова. - М.: Илекса, 2001. - 143с.
6. Алгоритм комплексного подхода оказания офтальмологической помощи недоношенным детям с ретинопатией недоношенных / Терещенко А.В. [и др.] // Практическая медицина (Калужский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ). - 2012. - №4-2 (59). - С. 42-44.
7. Алтаева А.М. Вскармливание недоношенных детей и детей с пищевой аллергией / А.М. Алтаева // Медицинский журнал Западного Казахстана (Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова).- 2009. - №2 - (22). - С. 157-160.
8. Андреева И. Г. Особенности недоношенных детей России / И. Г. Андреева // Стандарты и мониторинг. - 2011. - №3. - С. 15-19.
9. Антипова Л. П. Питание недоношенных детей / Л.П. Антипова // Медицинская энциклопедия. - 2011. - №8. - С.106-108.
10. Базарный В. Ф. Группы риска рождения недоношенных детей и будущих матерей / В.Ф. Базарный // Медицинский журнал. - 1995. - №27 – С. 45.

11. Гурьев А. В. Недоношенный ребенок / А.В. Гурьев // Научный журнал - 2011. - №3. - С.20-126.
12. Черкасова С.В. Особенности вскармливания недоношенных детей. Тактика участкового педиатра / Е. Б. Худолеева, К. В. Аветисян // Практика педиатра (Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, г. Москва). - 2015.- С.59-65.
13. Глава 4. Недоношенные дети. Уход за ослабленными новорожденными [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://educ.wikireading.ru/8756>.
14. Причины недоношенности / Недоношенные дети [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medical-enc.ru/nedonoshennye-deti/prichiny.shtml>.

Диагностика и лечение хронической обструктивной болезни легких

*Бакаев Денис, студент группы 32 ЛД
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Климченко Т.Б.*

ХОБЛ – болезнь, которая является четвертой по частоте причиной смертности в мире, представляет серьезную угрозу здоровью населения и которую можно как предупредить, так и лечить. Для борьбы с ней разработан комплекс лечебных и профилактических мероприятий. ХОБЛ является одной из основных причин хронической заболеваемости и смертности во всем мире; многие люди долгие годы страдают данным заболеванием и преждевременно умирают от него или его осложнений. В течение ближайших десятилетий прогнозируется рост заболеваемости ХОБЛ в результате сохраняющегося влияния факторов риска и старения популяции. В 1998 г. при сотрудничестве Национального института сердца, легких и крови, Национальных институтов здравоохранения и Всемирной организации здравоохранения была сформирована «Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких». Целями GOLD являются повышение уровня знаний о ХОБЛ и снижение уровня болезненности и смертности от нее. GOLD ставит перед собой цель улучшить профилактику и лечение ХОБЛ путем объединения усилий людей, работающих в различных областях здравоохранения и медицинской политики, а также повысить уровень и широту исследовательского интереса к этой весьма распространенной болезни. Ежегодные обновления публиковались на сайте GOLD.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – заболевание, которое можно предотвратить и лечить, характеризующееся персистирующим ограничением скорости воздушного потока, которое обычно прогрессирует и связано с повышенным хроническим воспалительным ответом легких на действие патогенных частиц или газов.

У ряда пациентов обострения и сопутствующие заболевания могут влиять на общую тяжесть ХОБЛ. Хроническое ограничение скорости воздушного потока, характерное для ХОБЛ, вызывается как поражением мелких бронхов (обструктивный бронхит), так и деструкцией паренхимы (эмфизема), причем степень преобладания того или другого различается у разных больных.

Зачастую заболеваемость ХОБЛ прямо зависит от распространенности курения табака; однако во многих странах значимым фактором риска ХОБЛ также является загрязнение воздуха внутри помещений в результате сжигания древесины и других видов биоорганического топлива. По прогнозам, распространенность ХОБЛ и ущерб от нее в ближайшие десятилетия будут увеличиваться, что обусловлено продолжающимся воздействием факторов риска ХОБЛ и изменениями возрастной структуры населения мира (чем дольше люди живут, тем длительнее подвергаются воздействию факторов риска

развития ХОБЛ). Возраст сам по себе является фактором риска развития ХОБЛ, процессы старения в дыхательных путях и паренхиме напоминают процессы, происходящие при ХОБЛ.

По прогнозам «Исследования глобального ущерба от заболеваний», ХОБЛ, занимавшая 6-е место по числу смертей в 1990 г., к 2020 г. выйдет на 3-е место, а к 2030 г. – на 4-е место среди причин смерти. Такое увеличение смертности обусловлено распространяющейся эпидемией курения, снижением смертности вследствие других причин (например, от ишемической болезни сердца, инфекционных заболеваний) и ростом продолжительности жизни в мире.

ХОБЛ связана с высоким экономическим ущербом. По расчетам, в Европейском союзе общие прямые затраты на болезни органов дыхания составляют примерно 6% всего бюджета здравоохранения, при этом затраты на лечение ХОБЛ достигают 56% от этих затрат (38,6 млрд. евро). В США прямые затраты на лечение ХОБЛ составили 29,5 млрд. долл., а не прямые достигли 20,4 млрд. долл.. Наибольший экономический ущерб приносит лечение обострений ХОБЛ. Неудивительно, что имеется выраженная прямая взаимосвязь между степенью тяжести ХОБЛ и затратами на ее лечение и что по мере прогрессирования заболевания происходит перераспределение затрат.

Цель курсовой работы:

- провести анализ современных методов диагностики и лечения хронической обструктивной болезни легких

Задачи:

- провести обзор литературы по данной проблеме;
- разработать анкету для проведения исследования;
- установить частоту и эффективность применения основных группы лекарственных препаратов для лечения хронической обструктивной болезни легких;
- сделать выводы.

Исследование проведено во время курации пациентов на практических занятиях, учебной и производственной практике на базе ОБГУЗ «Областная больница». Контрольную группу составили 24 пациента с хронической обструктивной болезнью легких. Из них 19 мужчин (79%) и 5 женщин (21%), что прослеживается на рис. 1.



Рисунок 1. Распределение пациентов по половой принадлежности

Хроническая обструктивная болезнь легких встречается во всех возрастных группах. Наибольшее количество пациентов составляет группа в возрасте от 60-75 лет, т.е. 15 человек (62,5%); на втором месте группа пациентов в возрасте от 45-60 лет, т.е. 7 (29,5%) человек и одинаковый процент заболеваемости встречается в возрасте от 18-45 лет – 1 пациент (4%) и старше 75 лет - 1 человек (4%) . Распределение в следующих возрастных группах представлено на рисунке 2.

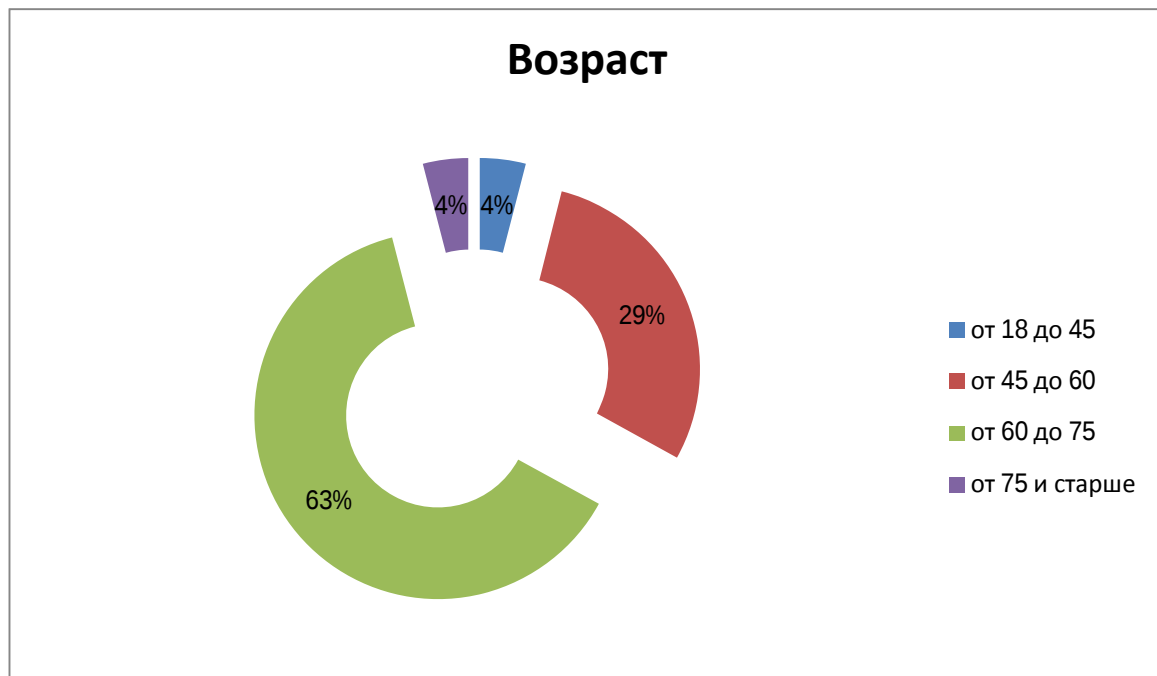


Рисунок 2. Распределение пациентов с ХОБЛ по возрасту

По профессиональной занятости: трудоспособные пациенты составили 8 человек (33,3%); пенсионеры по возрасту 13 человека (54,1 %) и 3 пациентов имеют инвалидность (12,6%); из них все пациенты находятся на второй группе инвалидности. Рис. 3.

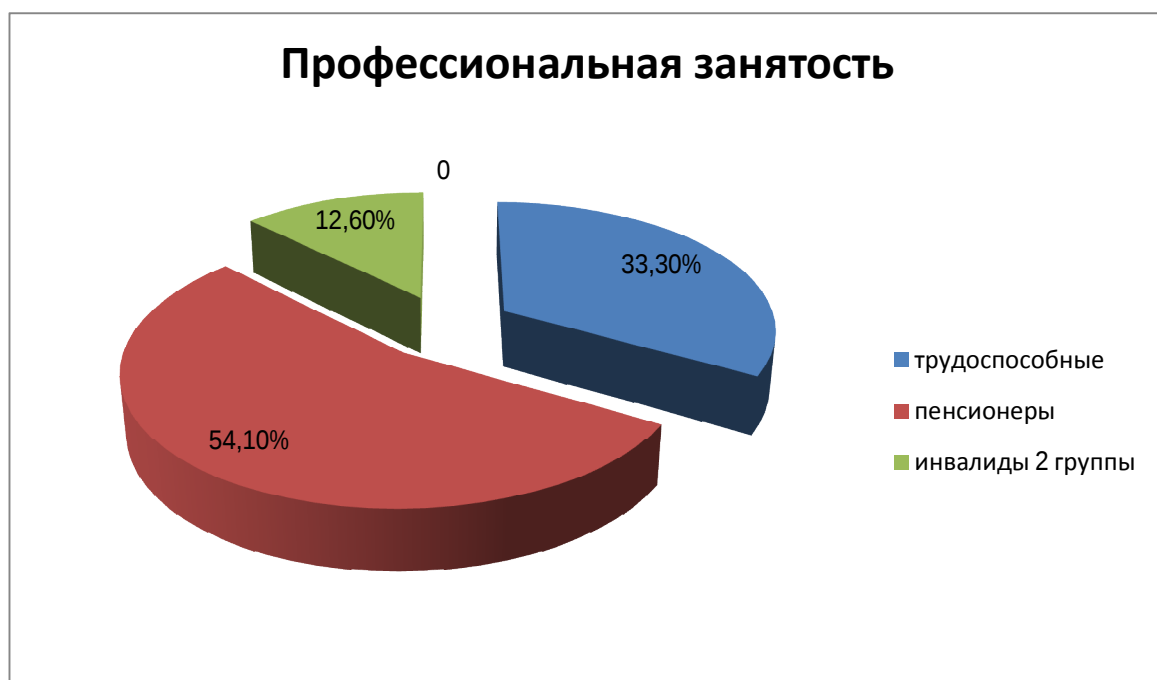


Рисунок 3. Распределение пациентов с ХОБЛ по профессиональной занятости

Факторами риска хронической обструктивной болезни легких по данным анамнеза явились следующие факторы: курение - 19 пациентов (79,1%); инфекционный фактор 3 человек (12,5%); профессиональные вредности 2 человека (8,4%) (Рис. 4).



Рисунок 4. Факторы риска пациентов с ХОБЛ

Анализируя длительность анамнеза заболевания хронической обструктивной болезни легких 2 пациента (8,4%) имеют длительность заболевания до 5 лет; от 5 до 10 лет - 8 пациентов (33,3%); от 10 до 15 лет – 7 пациентов (29,1%); от 15 до 20 лет – 4 пациента (16,7%) и 3 пациента (12,5%) имеют длительный анамнез более 20 лет (См. Рис. 5).

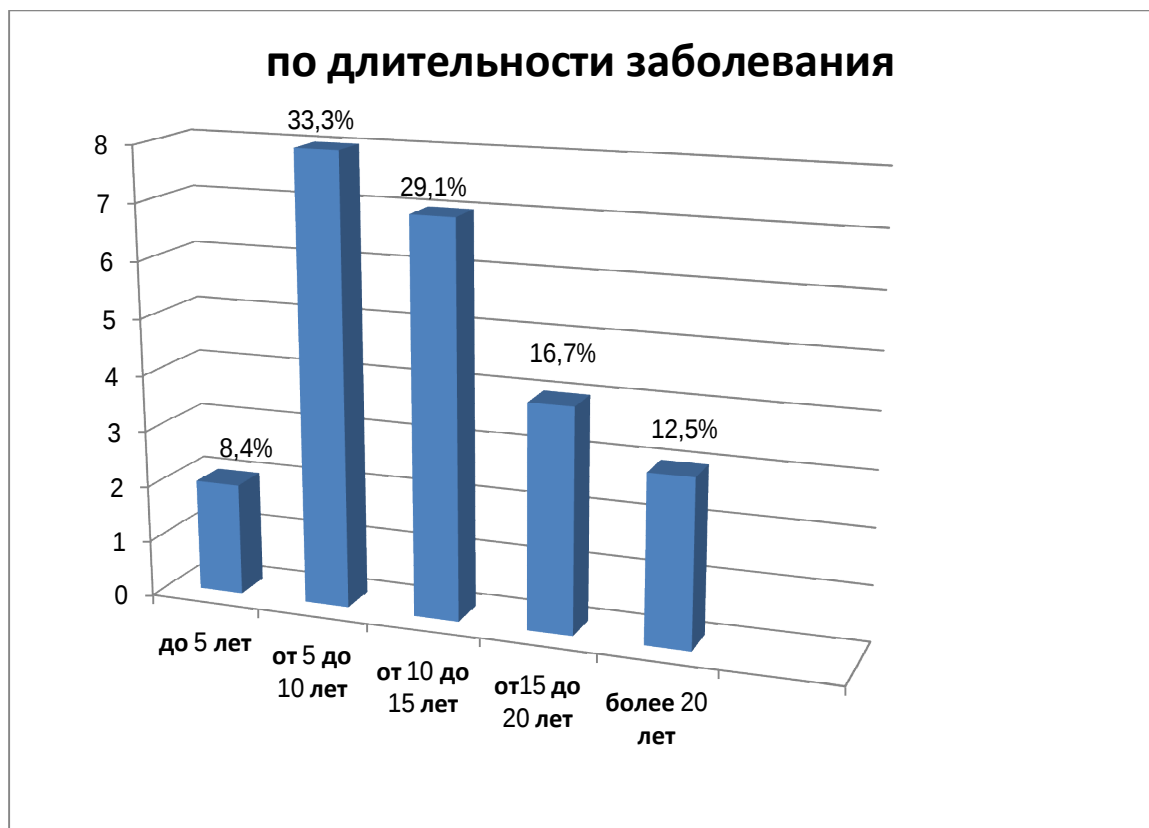


Рисунок 5. Длительность анамнеза у пациентов с ХОБЛ

Анализируя данные спирографии выявлено, что 19 пациентов (79,1%) имеют нарушение вентиляционной способности по обструктивному типу и 5 человек (20,9%) по смешанному типу. Рис.6.

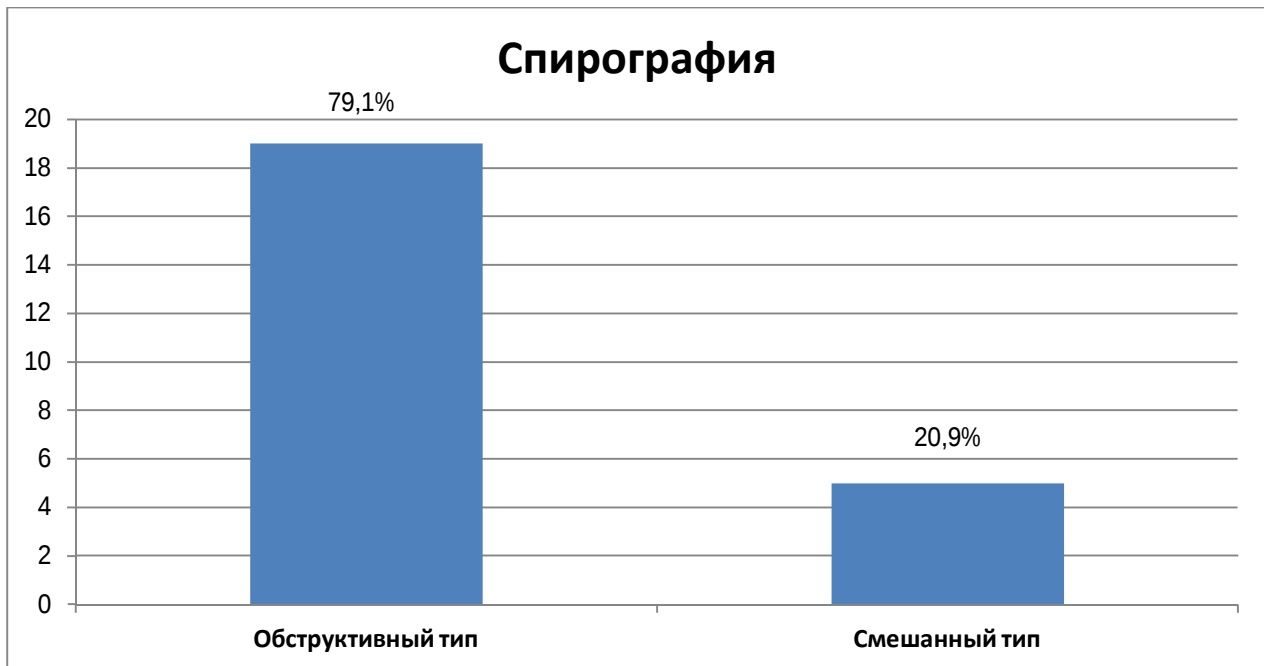


Рисунок 6. Данные спирографии пациентов с ХОБЛ

Анализ общего показателя крови выявил, что у 3 пациентов (12,5%) имеется повышение эритроцитов более $5,0 \times 10^{12}/л$ и повышение гемоглобина более 150 г/л. У остальных 21 пациента анализ крови в пределах нормы (См. Рис. 7).

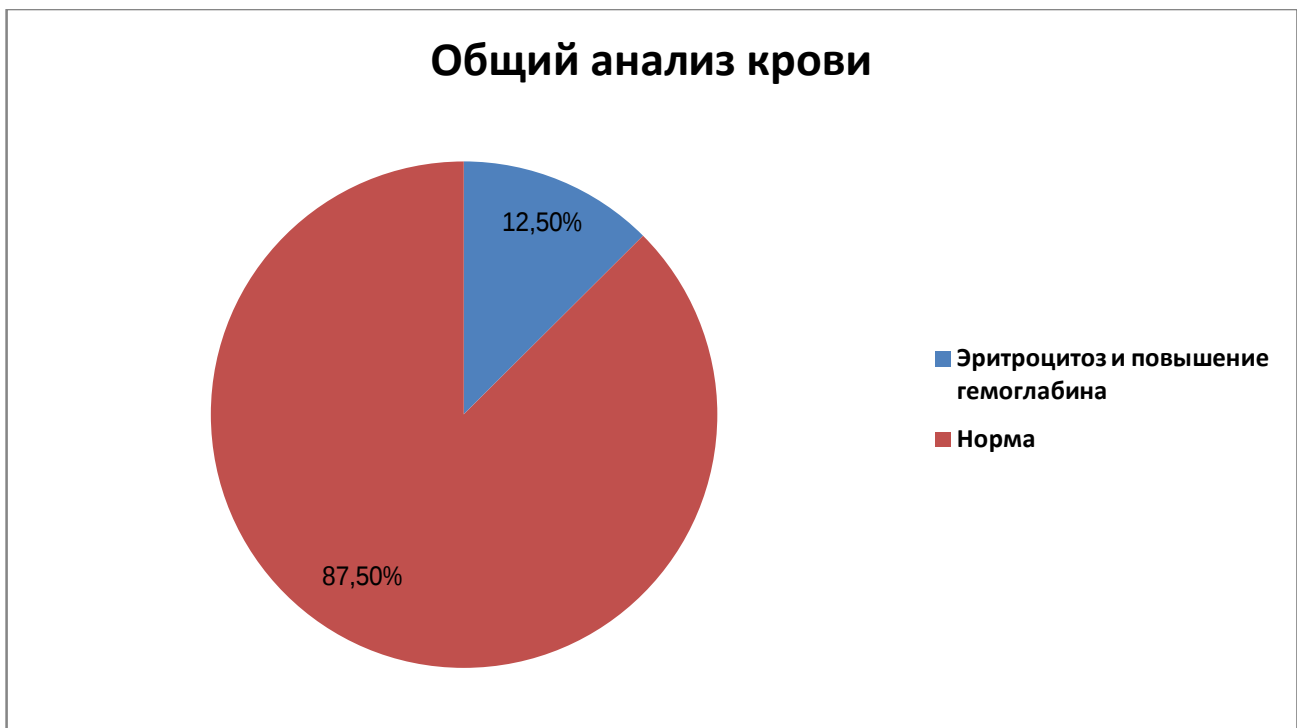


Рисунок 7. Общий анализ крови пациентов с ХОБЛ

Анализ ЭКГ показал, что у 3 пациентов (12,5%) имеются постоянные признаки легочного сердца, у 10 пациентов (41,7%) после нагрузки признаки перегрузки правых отделов сердца, у остальных 11 пациентов (45,8%) ЭКГ в норме (См. Рис. 8).

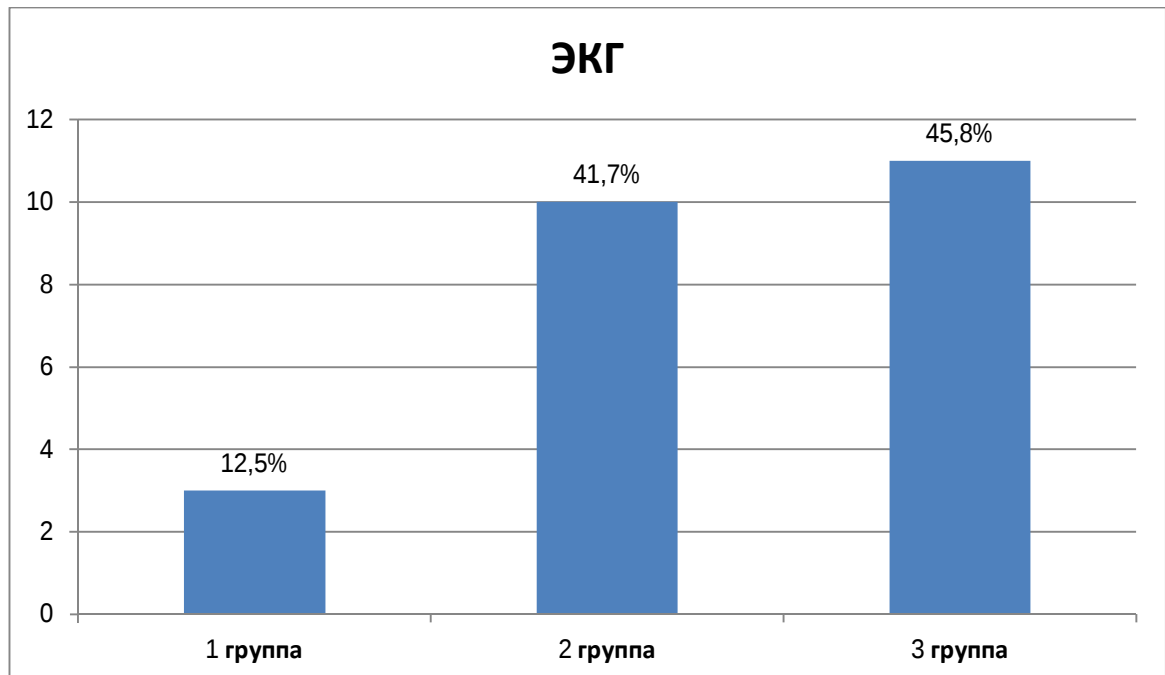


Рисунок 8. Анализ ЭКГ пациентов с ХОБЛ

Рентгенография органов грудной клетки выявила, что у 3 пациентов (12,5%) низкое стояние купола диафрагмы, ограничение её подвижности, эмфизема легких; у 14 пациентов (58,3%) усиление и деформация легочного рисунка, уплотнение стенок бронхов; у 7 пациентов на рентгенографии легких патологии не выявлено (См. Рис. 9).

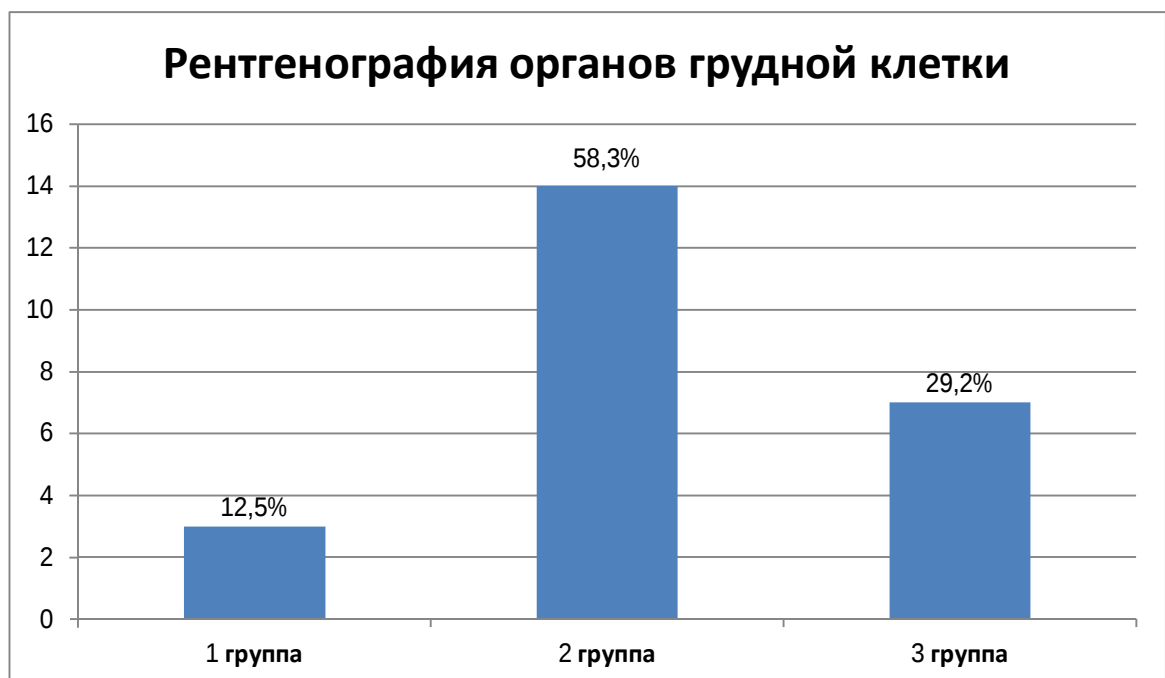


Рисунок 9. Рентгенография органов грудной клетки пациентов с ХОБЛ

Клинические стадии у данных пациентов поставлены с учетом субъективного и физикального обследования, а также данных лабораторных и инструментальных исследований.

Степени тяжести хронической обструктивной болезни поставлены с учетом субъективного и физикального обследования, а также данных лабораторных и инструментальных исследований. Клинический анализ степеней тяжести ХОБЛ выявил следующую картину представленную на рисунке 10. Наибольшее количество пациентов имеют среднюю степень тяжести 19 человек - (79,1%); тяжелого течения 3 человека – (12,5%); легкого течения 2 человека – (8,4%).



Рисунок 10. Распределение ХОБЛ по степеням тяжести

Купирование бронхообструктивного синдрома на догоспитальном этапе проводилось у 18 пациентов, из них получали: эуфилин – 5 человек (27,8%), комбинацию эуфилина и преднизолона – 7 человек (33,3%) и комбинацию эуфилина и дексаметазона – 6 человек (38,9%). (См. Рис. 11).

Купирование бронхообструктивного синдрома

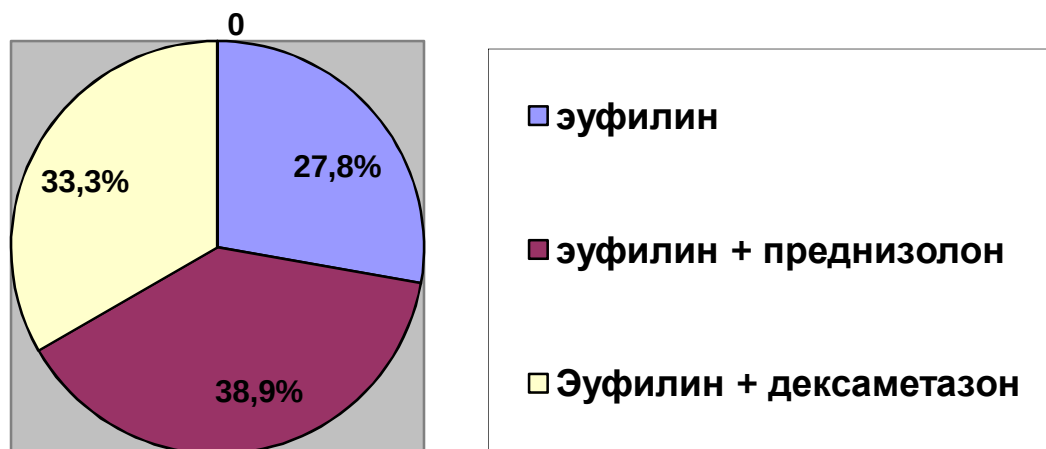


Рисунок 11. Купирование бронхообструктивного синдрома ХОБЛ

Анализ муколитической терапии показал, что 11 пациентов (45,8%) принимали АЦЦ-лонг, 7 пациентов (29,2%) - АЦЦ и 6 пациентов (25%) – амброксол. (См. Рис. 12).

Муколитическая терапия

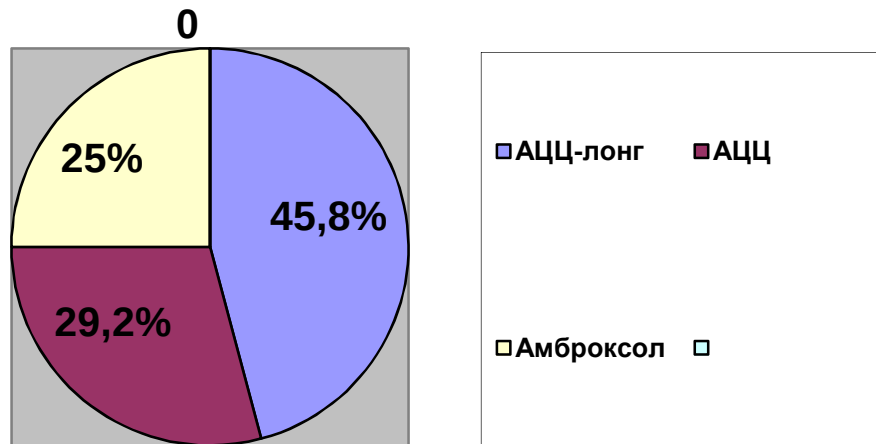


Рисунок 12. Муколитическая терапия ХОБЛ

Важное место в лечении ХОБЛ занимали бронхолитики. Анализ бронхолитической терапии показал, что В2-агонисты получали 9 человек (37,5%), комбинацию короткодействующих В2-агонистов и антихолинергетиков - 8 человек (33,3%), глюкокортикостероиды – 5 человек (20,8%) и комбинацию длительнодействующих В2-агонистов и глюкокортикостероидов – 2 человека (8,4%). (См. Рис. 13).

Бронхолитическая терапия

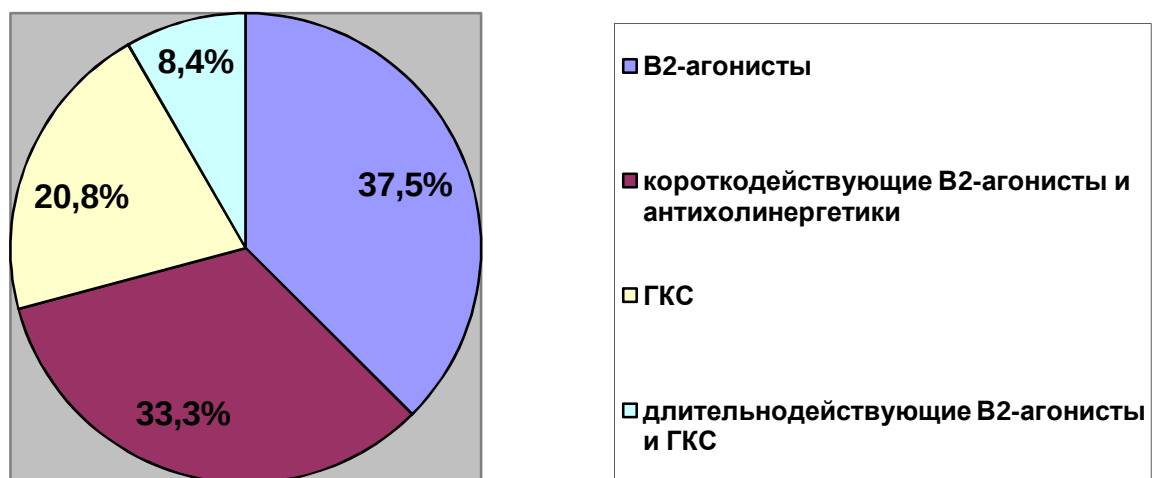


Рисунок 13. Бронхолитическая терапия ХОБЛ

Анализ антибактериальной терапии показал, что фторхинолоны (левофлоксацин) получали 2 человека (8,3%), комбинацию фторхинолонов (левофлоксацин) и цефалоспорины 3 поколения (цефтриаксон) – 3 человека (12,5%), макролиды (сумамед) – 5 человек (20,9%), амоксиклав – 4 человека (16,7%), амоксициллин – 2 человека (8,3%) и 8 человек (33,3%) не получали антибактериальную терапию. (См. Рис. 14).

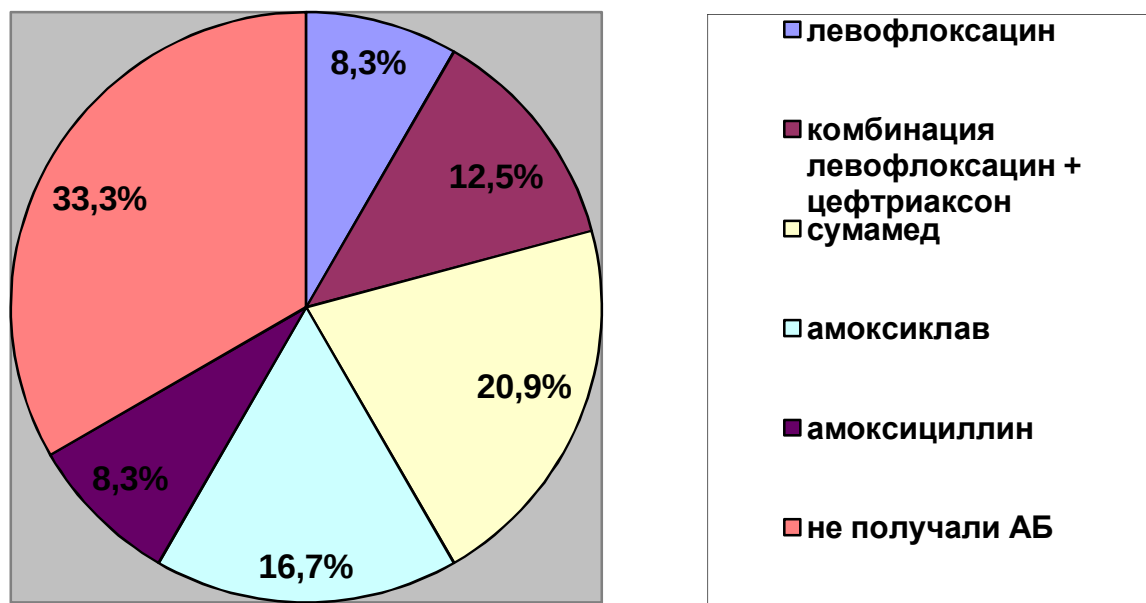


Рисунок 14. Антибактериальная терапия ХОБЛ

Исследовательская работа посвящена изучению диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких. Материалы позволяют сделать ряд выводов.

1. Анализ современных методов диагностики хронической обструктивной болезни легких подтверждает тесную взаимосвязь диагностических подходов в анализируемой литературе и их практическое применение у реальных пациентов для установления степени тяжести течения ХОБЛ и назначения лечения. Установлена частота и эффективность применения основных групп лекарственных препаратов для лечения пациентов с ХОБЛ. По этиологическому принципу основной причиной ХОБЛ является курение. Отказ от курения предотвращает прогрессирование заболевания и снижает смертность от ХОБЛ. Тяжесть течения ХОБЛ зависит от возраста пациента и длительности заболевания. Установлено что мужчины болеют, чаще чем женщины. Современные методы диагностики позволяют наиболее точно определить степень тяжести ХОБЛ и выбрать необходимую медикаментозную терапию.

2. Комплексное применение современных медикаментозных методов лечения достоверно снижает процент ХОБЛ тяжелого течения. Анализ применения современной медикаментозной терапии показал, что основными группами лекарственных средств являются бронхолитики, муколитики и антибактериальные средства. В терапии догоспитального этапа первое место занимают системные глюкокортикоиды парентерального применения. Лечение бронхообструктивного синдрома в стационаре осуществляется с использованием современных групп бронхолитиков с учетом степени течения ХОБЛ. Анализ антибактериальной терапии направлен на купирование обострений с применением б-лактамов, фторхинолонов, цефалоспоринов 3 поколения и их комбинации. В муколитической терапии первое место занимает АЦЦ-лонг в дозе 600 мг в день.

3. Перспективой в медикаментозном лечении ХОБЛ остаются длительнодействующие ингаляционные бронхолитики в сочетании с ингаляционными ГКС и без них, а также

применение иммуномодуляторов. Для предотвращения обострений необходима вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции.

Список использованных источников:

1. Руководство по скорой медицинской помощи / С.Ф. Багненко [и др.] - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2007. – 302 с.
2. Кузнецова Н.В. Клиническая фармакология. Учебник для медицинских училищ и колледжей / Н.В. Кузнецова. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2011. – 527 с.
3. Внутренние болезни / А.И Мартынов [и др.] - М.: ГЭОТАР – МЕД, 2002. – 436 с.
4. Мухин Н.А. Пропедевтика внутренних болезней; учебник / В.С. Моисеев. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 286 с.
5. Околоков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов / А.Н. Околоков. - М.: Мед. лит., 2000. – 355 с.
6. Околоков А.Н. Лечение болезней внутренних органов / А.Н.Околоков. - М.: Мед. лит., 2000. – 423 с.
7. Смолева Э.В. Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи: Учебное пособие / Э.В. Смолева, Е.Л. Аподиакос. – Изд. 10-е, доп.- Ростов н/Д: Феникс, 2012. – 652 с.
8. Трисветова Е.Л. и соавт. Диагностика и лечение антибактериальными препаратами инфекционного обострения хронической обструктивной болезни легких // Мед. новости. – 2009. – № 8. – С. 39-42.
9. Зайцев А.А. Современные режимы антибактериальной терапии инфекций нижних дыхательных путей / А.А. Зайцев, И.Ц. Кулагина, Т.В. Пучнина // Леч. врач. – 2011. – № 9. – С. 56-71.
10. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2011 г.) / Пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. — М.: Российское респираторное общество, 2012. — 80 с., ил.
11. Хронические обструктивные болезни легких — М.: ЗАО «Издательство БИНОМ», 1999. — 512 с., ил.

Питание при заболеваниях печени и желчного пузыря

*Лужкова Татьяна, студентка группы 13 ЛД
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Солдатенко И. В.*

Организм человека устроен таким образом, что все органы можно подразделить на жизненно важные и вспомогательные. Печень однозначно относится к первой группе. Её значение для поддержания жизнеспособности организма нельзя переоценить. Ведь это мощный паренхиматозный орган, соединяющий в себе функции пищеварительной железы и своеобразной биохимической лаборатории. Именно здесь происходят все центральные биохимические реакции и ответственные за поддержание жизни процессы. Столько функций, сколько их выполняет печень, не обеспечивает ни один орган в человеческом организме.

Естественно, что чем сложнее структура органа и выше нагрузки на него, тем более уязвимым он является и, несмотря на отличные регенераторно-восстановительные способности печени, количество её заболеваний, переходящих в печеночную недостаточность, продолжает неуклонно расти. Симптомы болезни печени и желчного пузыря у всех видов патологий данных органов очень схожи: желтоватые белки глаз,

изменение кожных покровов, горьковатый привкус во рту, снижение аппетита, нарушение стула, слабость и апатия, боли в правом подреберье. Заболеваниям печени и желчного пузыря подвержен очень большой процент населения нашей страны. В первую очередь это связано с несбалансированным приемом пищи, стрессовыми ситуациями, курением, употреблением наркотических средств.

Важным залогом успешного лечения и предупреждение обострения заболеваний печени, желчного пузыря является строгое соблюдение больными принципов назначенного врачом диетического питания.

Большое значение имеет режим и характер питания больных, так как диета является наилучшим средством предупреждения довольно часто наблюдаемого возврата болезни.

Организация лечебного питания больных с заболеваниями печени и желчного пузыря в лечебно-профилактических учреждениях является одним из важных разделов в комплексе лечебных мероприятий.

Актуальность данной темы позволила определить цель и задачи исследования.

Цель исследовательской работы: изучить и исследовать организацию питания больных заболеваниями печени и желчного пузыря в ЛПУ стационарного типа.

Для достижения поставленной цели сформулированы следующие задачи:

1. Подобрать, изучить, проанализировать литературу, интернет ресурсы по теме работы.
2. Исследовать организацию питания пациентов заболеваниями печени и желчного пузыря в ОГБУЗ «Областная больница».
3. Разработать анкету, провести анкетирование пациентов заболеваниями печени и желчного пузыря ОГБУЗ «Областная больница».
4. Обработать полученные данные, сделать вывод по материалам проделанной работы.
5. Подготовить памятку пациента с рекомендациями по питанию.

Объект исследования: диетическое питание при заболеваниях печени и желчного пузыря.

Предмет исследования: организация диетического питания пациентов с заболеваниями печени и желчного пузыря в ОГБУЗ «Областная больница».

Гипотеза: в ОГБУЗ «Областная больница» пациенты заболеваниями печени и желчного пузыря соблюдают назначенную врачом диету.

Методы исследования:

- ✓ научно-теоретический анализ литературы, интернет ресурсов;
- ✓ анкетирование;
- ✓ наблюдение, описание.

Для решения поставленной цели, поставленных задач и проверки гипотезы был применен комплекс методов исследования с проведением анкетирования пациентов, статистическая обработка и анализ полученных данных.

Организация питания больных в лечебно-профилактических учреждениях является одним из важных разделов в комплексе лечебных мероприятий. Лечение заболеваний печени и желчного пузыря назначается врачом и определяется в зависимости от стадии заболевания и состояния больного. Доктором М.И. Певзнером разработана специальная номерная диета - стол № 5, которая считается одной из лучших для людей, страдающих заболеваниями печени, желчевыводящих путей и желчного пузыря. Диета Певзнера обеспечивает питание с полноценной калорийностью, но с ограничением в жирах и холестеринсодержащих продуктах. Также исключены жареные продукты, но присутствует много фруктов и овощей.

Питание полностью удовлетворяет физиологические потребности организма, как в энергии, так и в биологически активных веществах. Режим диеты позволяет не только нормализовать биологическое функционирование поджелудочной железы, печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей и восстановить оптимальную работу органов пищеварения, но и похудеть. По отзывам пациентов, соблюдавших диету №5 — снижение веса происходит гармонично, плавно и постоянно. Существенное ограничение липидов полезно всем людям,

которым требуется поберечь органы ЖКТ. Придерживаясь указанного меню на протяжении долгосрочного периода времени, можно избавиться от болевых проявлений и неприятных ощущений в правом подреберье, а также оздоровить и очистить весь организм.

При обострении заболеваний печени и желчного пузыря, сопровождающихся гастритом или панкреатитом, блюда диеты № 5 готовят в протертом виде. Исключают сырые овощи и фрукты, черный хлеб; все блюда варят на пару или в воде (не запекают).

Стол № 5 облегчает состояние больных при проблемах с печенью, желчным пузырем.

Показания к применению

- хронические гепатиты, вне обострения;
- хронические холециститы;
- холециститы при выздоровлении;
- цирроз печени, если нет недостаточности функции;
- желчнокаменная болезнь;
- острые гепатиты и холециститы в период выздоровления;

Цель диеты – химическое щажение печени при условиях полноценного здорового питания и нормальной функций желчевыводящей системы организма (щадящее питание).

Общая характеристика диеты

- нормальное содержание белка и углеводов (с небольшим уменьшением);
- ограниченное содержание жира;
- все блюда могут быть приготовлены следующими способами – варка, запекание, изредка – тушение. Протирать при этом нужно только овощи, которые богаты клетчаткой. Жилистое мясо рекомендуется мелко рубить. Жарить овощи и муку нельзя;

Жилистое мясо рекомендуется мелко рубить. Жарить овощи и муку нельзя;

- холодные блюда при диете 5 не рекомендуются;
- противопоказаны продукты с большим содержанием таких веществ, как пурины, щавелевая кислота;

исключаются продукты, вызывающие вздутие кишечника, содержащие грубую клетчатку, богатые экстрактивными веществами, стимулирующие секрецию пищеварительных соков;

- предусмотрено умеренное ограничение соли.

Суточный рацион (энергетическая ценность и химический состав):

- белки – до 80 гр. (50% из которых животного происхождения);
- жиры – до 80-90 гр. (30% из которых растительного происхождения);
- углеводы – до 400 гр.;
- жидкость 1,5 -2 литра минимум;
- общая энергетическая ценность – приблизительно 2400 - 2800;
- Употребление соли не более 10 г.
- Температура горячих блюд 57– 62 градусов, холодных – не ниже 15 градусов.

Режим питания дробный – 5-6 раз в день, приблизительно равными порциями.

При проведении исследования была изучена и исследована организация лечебного питания пациентов ОГБУЗ « Областная больница, которая входит в число основных мероприятий по медицинскому обслуживанию больных и выявлено:

- В ОГБУЗ « Областная больница» применяется единая номерная система лечебных диет (от № 1 до № 15), обеспечивающая индивидуализацию лечебного питания при обслуживании большого количества людей с различными заболеваниями.

- При поступлении в отделение больного с заболеваниями печени и желчного пузыря ему назначается диета №5.

- Номерную диету пациент получает в соответствии с порционным требованием и данными палатного порционника, за составление которых несет ответственность старшая сестра отделения.

- Меню раскладку составляет диетсестра в соответствии с требованиями диетического стола по М. Певзнеру и наличием продуктов на кухне.

- Палатная сестра отделения следит, чтобы больной получал питание в строгом соответствии с назначенной диетой.
- Кроме того, медицинская сестра контролирует соответствие продуктов, в передачах пациента и ведет разъяснительную работу по требованиям диетического питания с пациентами и посетителями.
- Палатная медицинская сестра ведет информационную работу по ежемесячному плану, выпускает информационные листы, проводит беседы по соблюдению диетического питания пациентами отделения, обращая внимание пациентов на то, что нарушение и несоблюдение режима и характера диетического питания может привести к обострению заболевания.
- Старшая сестра отделения осуществляет организацию санитарно-просветительной работы и контроль за проведением санитарно-просветительной работы сестринским персоналом среди пациентов отделения.

В целях исследования организации лечебного питания при заболеваниях печени и желчного пузыря пациентов ОГБУЗ «Областная больница» была разработана анкета и проведено анкетирование.

Респонденты: пациенты терапевтического, урологического и неврологического отделений, в количестве 8 человек, в возрасте от 38 до 68 лет.

Все респонденты при работе с анкетой отметили, что врачом им назначен диетический стол №5.

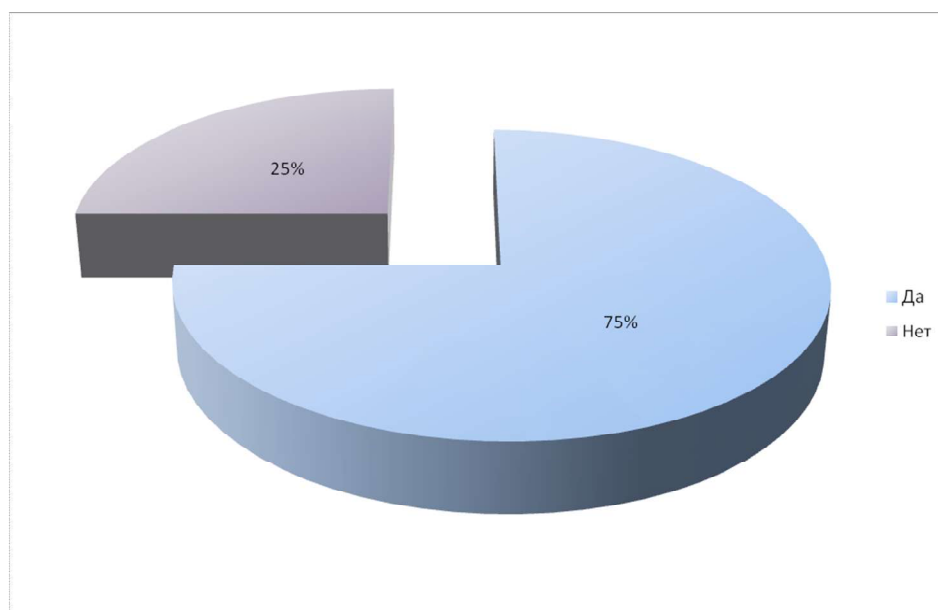


Рисунок 1. Давали ли Вам рекомендации по диете?

75% опрошенных респондентов ответили, что им давали рекомендации по диете, а 25% рекомендаций по диете не получали, в связи с чем, необходимо уделить особое внимание разъяснению пациентам больницы принципов соблюдения правильного питания в заболевании.

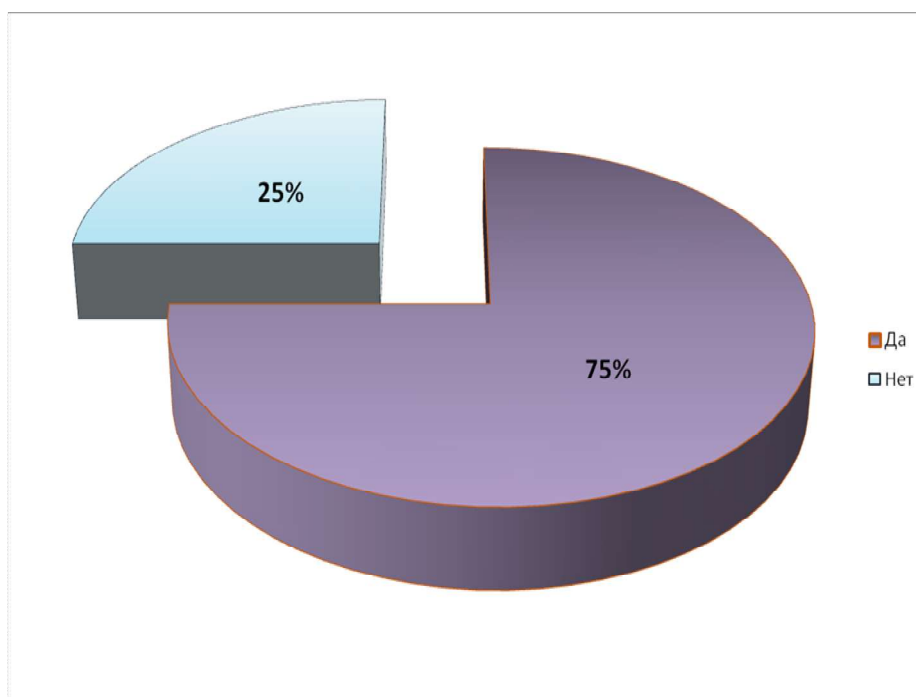


Рисунок 2. Придерживаетесь ли вы назначенной диеты?

Назначенной диеты придерживаются 75% респондентов, 25% - придерживаются диеты не всегда, что является недопустимым т.к. может вызывать обострение заболевания при положительных результатах лечения.

Все опрошенные ответили что, принимают пищу 4-5 раз в сутки и знают, что соблюдение диеты №5 способствует снижению массы тела.

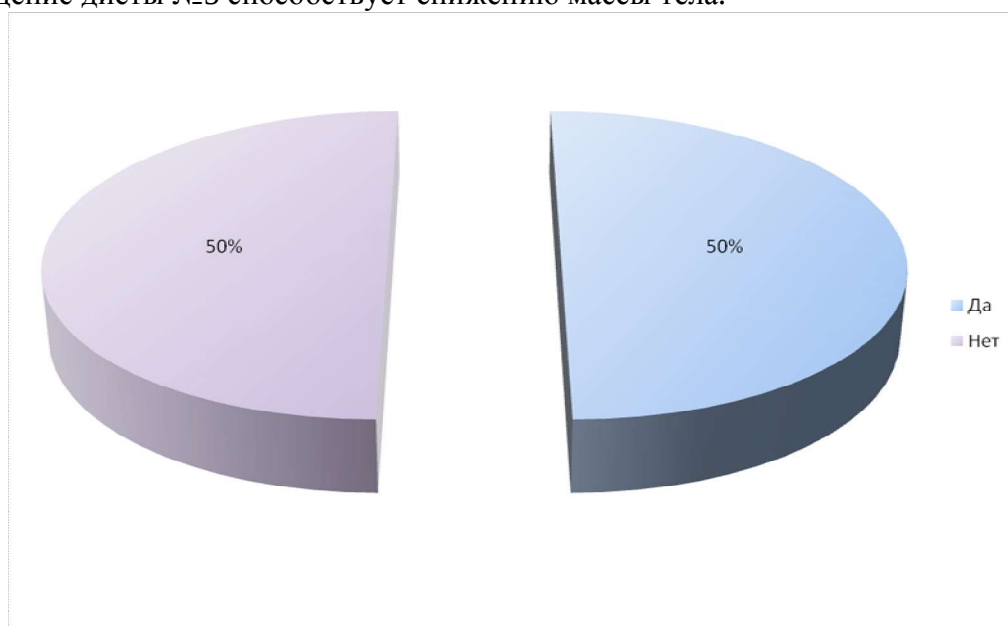


Рисунок 3. Следите ли вы за своим весом?

Однако в соответствии с данными анкеты 50% опрошенных респондентов не следят за своим весом.

На вопрос анкеты «Довольны ли Вы качеством питания в больнице», все опрошенные респонденты ответили, что довольны, а также отметили что, соблюдение диеты в больнице способствует улучшению состояния их здоровья в болезни, и что они знают, что нарушение и не соблюдение диеты приводит к обострению заболевания.

Таким образом, в результате проведенной работы по анкетированию и обработке анкет респондентов ОГБУЗ «Областная больница», можно сделать следующий вывод:

Пациенты заболеваниями печени и желчного пузыря ОГБУЗ «Областная больница», получают питание в соответствии с разработанной М. Певзнером диетой №5, которая способствует улучшению их состояния в болезни, но не все пациенты информированы об особенностях лечебного диетического питания и не все его соблюдают.

Выдвинутая гипотеза опровергнута, в связи с чем, необходимо уделить особое внимание разъяснению пациентам больницы принципов соблюдения правильного питания.

В связи с чем, для пациентов ОГБУЗ «Областная больница» были разработаны рекомендации по правильному питанию, которые оформлены в виде памятки.

Список использованных источников:

1. Основы сестринского дела: Учебное пособие / В. Р. Вебер [и др.] - М.: Медицина, 2007. - 496 с.
2. Основы сестринского дела : учеб. для студ. сред. проф. учеб. заведений / И. Х. Аббясов [и др.]; под ред. С. И. Двойникова. — М.: Издательский центр «Академия», 2007. — 336 с.
3. Мухина С.А. Теоретические основы сестринского дела / И.И. Тарановская - 2-е изд., испр.и доп. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. – 368 с.
4. Организация специализированного сестринского ухода: учебное пособие/ Н.Ю.Корягина [и др.]; Под ред. З. Е. Сопиной. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2009. - 464 с.
5. Островская И.В. Основы сестринского дела/ Н.В. Широкова. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2013. – 320 с.
6. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела. Серия «Медицина для вас»/ О.В. Чернова; под ред. Б.В. Кабарухина - изд. 17-е, стер. - Ростов н/Д.: Феникс, 2011. – 766 с.
7. Скурихина И.Н. и Волгарева М.Н. Химический состав пищевых продуктов. Справочные таблицы содержания основных пищевых веществ и энергетической ценности пищевых продуктов/– В 2 томах, том 1. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Агропромиздат, 1987. – 224 с.
8. Турьянова М. Х. Справочник медицинской сестры / Под ред. О. Л. Задворной. - М.: ООО «Издательство Новая Волна», 2001. – 122 с.
9. . «Что можно есть при заболеваниях печени?» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.ayzdorov.ru>
10. Диетический стол №5: меню и продукты. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: vseoprecheni.ru

