

Государственное автономное профессиональное
образовательное учреждение
Республики Башкортостан
«Белебеевский медицинский колледж»

Допущен(а) к защите
Зав. отделом по учебной работе
_____/Л.Р. Логанова/
« ____ » _____ 201__ г.

МУХАМАДИЕВ ДИНАР ФИЛЮСОВИЧ

РОЛЬ УЧАСТКОВОГО МЕДИЦИНСКОГО БРАТА В ПРОФИЛАКТИКЕ
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

Дипломная работа
по специальности 34.02.01 Сестринское дело

Студент
группа № 4м11

(подпись)

Д.Ф.Мухамадиев

Руководитель

(подпись)

Л.Н.Ибатуллина

Работа сдана руководителю

Работа сдана на рецензирование

Белебей, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ.....	6
1.1. Этиология, патология, клиника, диагностика и классификация ЯБЖ.....	6
1.2. Возникновение гастрита <i>Helicobacter Pylori</i> , факторы риска по ЯБЖ.....	8
1.3. Профилактика, осложнения при ЯБЖ, факторы риска заболеваний желудка и ЯБЖ	13
1.4. Медикаментозное лечение язвенной болезни.....	17
ГЛАВА II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА БАЗЕ ГБУЗ РБ Белебеевская ЦРБ.....	19
2.1. Задачи, методы и организация исследования, исследование + анкетирование.....	19
2.2. Работа медицинской сестры с пациентами при язвенной болезни.....	26
2.3. Современные направления совершенствование сестринского процесса.....	32
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	35
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	41
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	42

Тема: «роль участкового медицинского брата в профилактике язвенной болезни желудка».

Введение

Актуальность данной темы определяется тем, что роль медицинской сестры в профилактике язвенной болезни желудка очень велика. Диагностика этого заболевания является важным пунктом при решении распространенной медицинской проблемы. Учитывая высокую распространенность болезни и ее социальную значимость, изучение особенностей диагностики при данной патологии представляется весьма актуальным.

Хронический является достаточно распространенным заболеванием органов пищеварения. С каждым столетием течение данного заболевания усугубляется, так как экология ухудшается, ЗОЖ не в чести, ухудшение продуктов питания. Действие лекарственных препаратов слабеет, летальность заболевания увеличивается. Именно поэтому роль медицинской сестры в профилактике язвенной болезни желудка является важным пунктом при решении распространенной медицинской проблемы.

Цель исследования: изучить роль медицинской сестры в профилактике язвенной болезни желудка и разработать рекомендации по сестринскому процессу при язвенной болезни желудка.

Объект исследования: роль медицинской сестры в профилактике язвенной болезни желудка.

Предмет исследования: процесс изучения роль медицинской сестры в профилактике язвенной болезни желудка.

Теоретическая значимость:

- уточнена содержательная характеристика понятия «роль медицинской сестры в профилактике обострений язвенной болезни желудка»;
- дано теоретическое обоснование организации роли медицинской сестры в профилактике обострений язвенной болезни желудка.

Методы исследования: анализ медицинской литературы и документации, опрос, наблюдение за пациентом, цитирование, анализ, синтез, составление библиографии.

Структура дипломной работы: соответствует логике исследования и включает в себя введение, теоретическую часть, заключение, список литературы, приложения.

Анализ литературы и источников информации (стр. 36):

1, 2, – отсюда была взята основная теоретическая информация первейшей свежести, более современные данные и ранее до конца не утверждённые методы. Отсюда же было взято всё о Хеликобактере Пилори, его определение, диагностика, патогенез, распространение, клиника.

3, 5, 6 – заболевания и профилактика заболеваний желудочно – кишечного тракта, этиология и патогенез этих заболеваний, дифференцированные с Хеликобактером Пилори и язвенной болезнью желудка и 12ПК. Действия медперсонала при выявлении болезней желудочно – кишечного тракта.

11 – здесь была взята вся информация о язвенной болезни желудка: диагностика, лечение и уход за больным, профилактика. Кратко описана медикаментозная терапия.

4, 7, 8, 10 - задачи, методы и организация исследований; современные направления совершенствование сестринского процесса. Здесь всё о новейших исследованиях, а также о нововведениях в сестринском процессе и профилактике при язвенной болезни желудка (и 12ПК).

Отдельно рассмотрим пособие под номерами 9 - из него была взята информация, лёгшая в основу информации именно о сестринском процессе при язвах.

В данном пособии изложение материала рассматривается в следующей последовательности:

Раздел 1. Теория и практика сестринского ухода.

Раздел 2. Безопасная среда для пациента и персонала.

Раздел 3. Оказание медицинских услуг в пределах своих полномочий.

Первый раздел поможет освоить современную концептуальную терминологию, воспитать у обучающихся бережное отношение к историческому наследию, культурным традициям разных народностей для успешного оказания

медицинских услуг и решения проблем пациента путем сестринского ухода. Здесь рассматриваются в пределах профессиональных и общих компетенций этические основы современного медицинского законодательства, биоэтические аспекты профессиональной деятельности, принципы профессиональной этики и морали, основы профессионального общения и обучения пациентов самоуходу.

Второй раздел посвящен развитию умений, приобретению опыта применения современной нормативно-правовой базы сестринского дела, соблюдения охраны труда медицинской сестры, фельдшера, акушерки.

Третий раздел направлен на освоение технологий медицинских услуг и овладение навыками оказания медицинских услуг в пределах полномочий медсестер и правильное оформление сестринской документации.

Освоение этого материала поможет учащемуся оказывать в дальнейшем качественную медицинскую помощь и уход в соответствии с определением, данным Всемирной организацией здравоохранения.

Из источников информации, что в списке литературы на странице 36, была получена информация о желудочно – кишечных заболеваниях и плюс о язвенной болезни желудка (и дополнительная информация о Хеликобактере Пилори): патогенез, клиника, диагностика, профилактика, лечение (и сестринский процесс в период лечения и ухода за пациентом), этиология. Эти данные современные, им не более 5 лет, а значит некоторые регламенты были улучшены и усовершенствованы.

Мной была взята вся необходимая информация, изучена, структурирована и послужила основным костяком моей работы. Так же отсюда были позаимствованы графические данные: таблицы, графики, изображения.

Полученные знания и умения позволят освоить профессиональные компетенции (ПК), которые определены стандартом профессионального образования.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

1.1 Этиология, патология, клиника, диагностика и классификация ЯБЖ

Согласно статистическим данным, самым распространенными у жителей России являются заболевания желудочно-кишечного тракта. 90% пациентов, обратившихся в больницу за 12 лет приёма, имеют проблемы в работе органов пищеварения.

К заболеваниям желудочно-кишечного тракта относятся:

- Хронический гастрит (воспаление слизистой желудка)
- Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
- Воспаление слизистой пищевода (эзофагит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь)
- Хронический панкреатит (воспаление поджелудочной железы)
- Различные воспалительные процессы в печени (хронический гепатит)
- Воспаления желчного пузыря (хронический холецистит)
- Воспаление тонкого и толстого отделов кишечника (хронический колит и энтероколит)
- Дисбактериоз кишечника (нарушения микрофлоры кишечника)
- Ферментопатии у взрослых и детей

Причины возникновения заболеваний желудочно-кишечного тракта могут быть самыми разнообразными:

- Поражение органов пищеварения бактериями и вирусами (хеликобактер, лямблии, стафилококк, герпес, цитомегаловирус, хламидии и др.);
- Систематические нарушения режима и качества питания, стрессы;
- Различные виды глистной инфекции;
- Наследственный фактор;

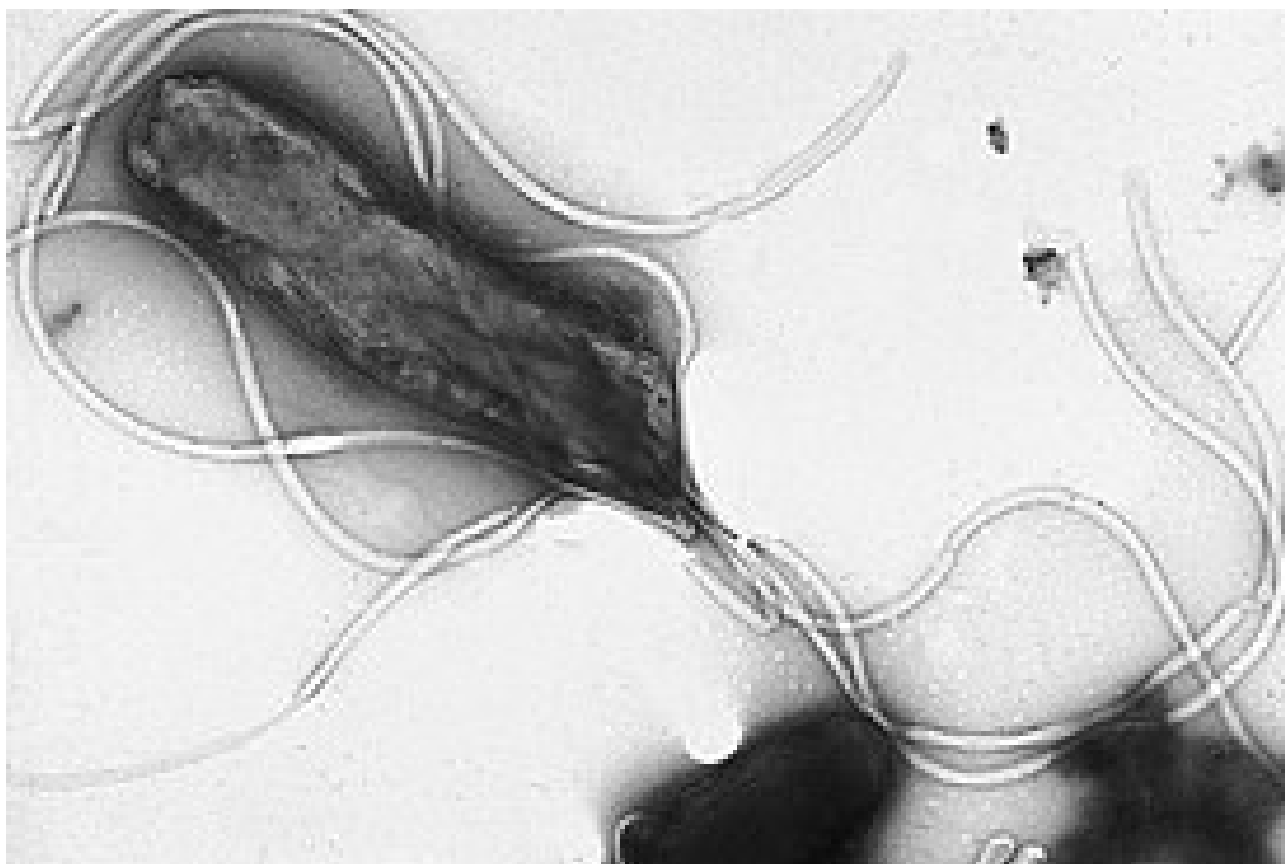
- Различные отравления;
- Острые инфекционные заболевания (вирусный гепатит, сальмонеллез, энтеровирус или кишечный грипп и др.);
- Длительное применение антибиотиков и других химических препаратов.

В наших больницах успешно лечатся все указанные заболевания, не зависимо от причины, которой они вызваны. Поскольку работа органов пищеварения тесно взаимосвязана, то заболевание в одном из них, всегда вызывает нарушения всего желудочно-кишечного тракта. Поэтому лечение всегда направлено на нарушения и воспалительные процессы во всех органах пищеварения.

1.2 Возникновение гастрита *Helicobacter Pylori*, факторы риска по ЯБЖ

Helicobacter pylori (лат. спиралевидная бактерия, обитающая в привратнике желудка, традиционная транскрипция — Х(Г)еликобáктер пилóри) — спиралевидная грамотрицательная бактерия, которая инфицирует различные области желудка и двенадцатиперстной кишки. Многие случаи язв желудка и двенадцатиперстной кишки, гастритов, дуоденитов, рака желудка и, возможно, некоторые случаи лимфом желудка этиологически связаны с инфекцией *Helicobacter pylori*. Однако у большинства (до 90 %) инфицированных носителей *Helicobacter pylori* не обнаруживаются никаких симптомов заболеваний.

Спиральная форма бактерии, от которой произошло родовое название *Helicobacter*, как полагают, определяет способность этого микроорганизма проникать в слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки и облегчает движение бактерии в слизистом геле, покрывающем слизистую желудка.



Хеликобактер Пилори

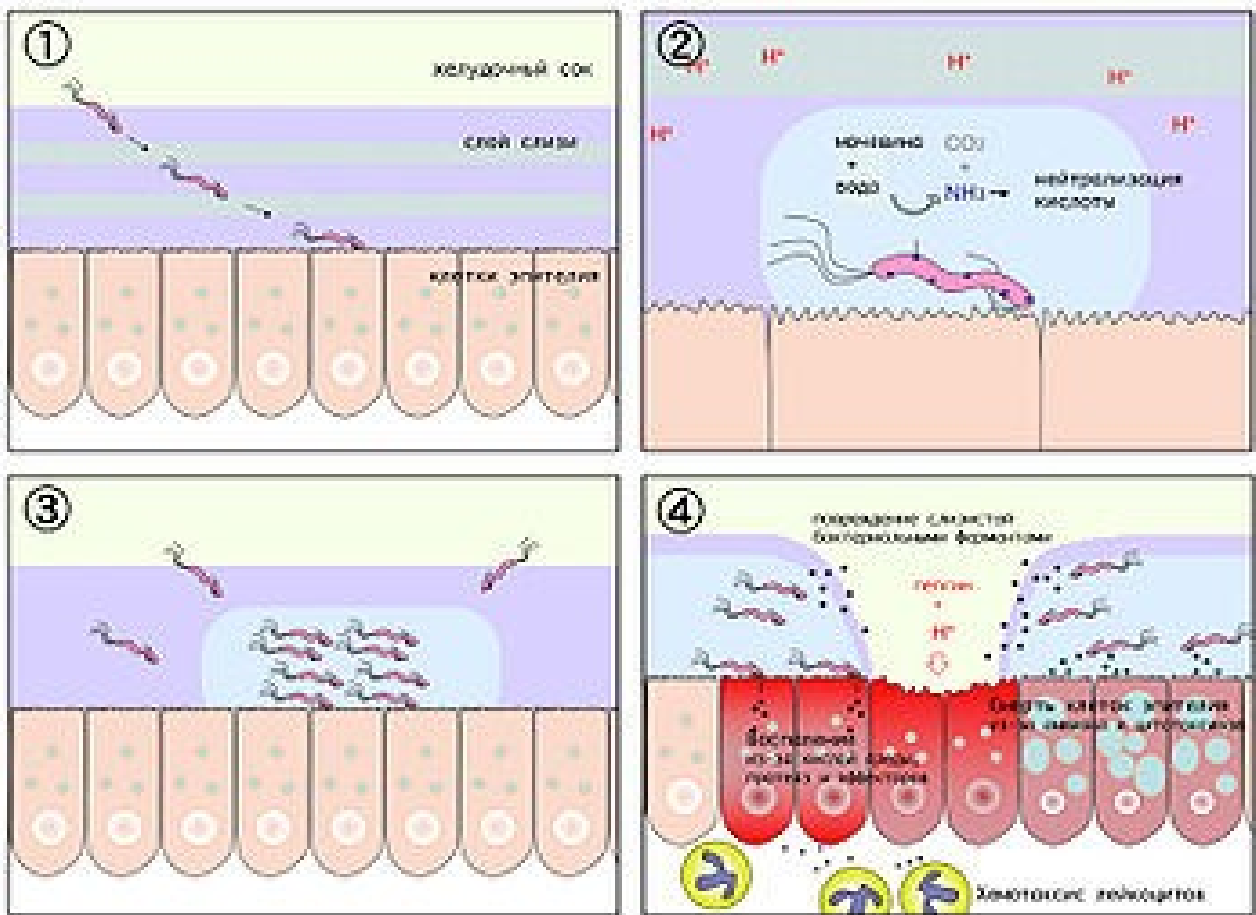
Патогенез

На начальном этапе после попадания в желудок *H. pylori*, быстро двигаясь при помощи жгутиков, преодолевает защитный слой слизи и колонизирует слизистую оболочку желудка. Закрепившись на поверхности слизистой, бактерия начинает вырабатывать уреазу, благодаря чему в слизистой оболочке и слое защитной слизи поблизости от растущей колонии растёт концентрация аммиака и повышается pH. По механизму отрицательной обратной связи это вызывает повышение секреции гастрина клетками слизистой желудка и компенсаторное повышение секреции соляной кислоты и пепсина, с одновременным снижением секреции бикарбонатов.

Муциназа, протеаза и липаза, вырабатываемые бактерией, вызывают деполимеризацию и растворение защитной слизи желудка, в результате чего соляная кислота и пепсин получают непосредственный доступ к оголённой слизистой желудка и начинают её разъедать, вызывая химический ожог, воспаление и изъязвление слизистой оболочки.

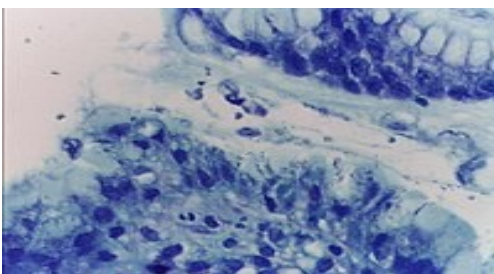
Эндотоксин VacA, вырабатываемый бактерией, вызывают вакуолизацию и гибель клеток эпителия желудка. Продукты гена *cagA* вызывают дегенерацию клеток эпителия желудка, вызывая изменения фенотипа клеток (клетки становятся удлинёнными, приобретая так называемый «колибри фенотип»). Привлечённые воспалением (в частности, секрецией интерлейкина-8 клетками слизистой желудка) лейкоциты вырабатывают различные медиаторы воспаления, что приводит к прогрессированию воспаления и изъязвления слизистой, бактерия также вызывает окислительный стресс и запускает механизм программируемой клеточной смерти клеток эпителия желудка.

Ниже приведена схема патогенетического процесса:



Распространение и протекание инфекции

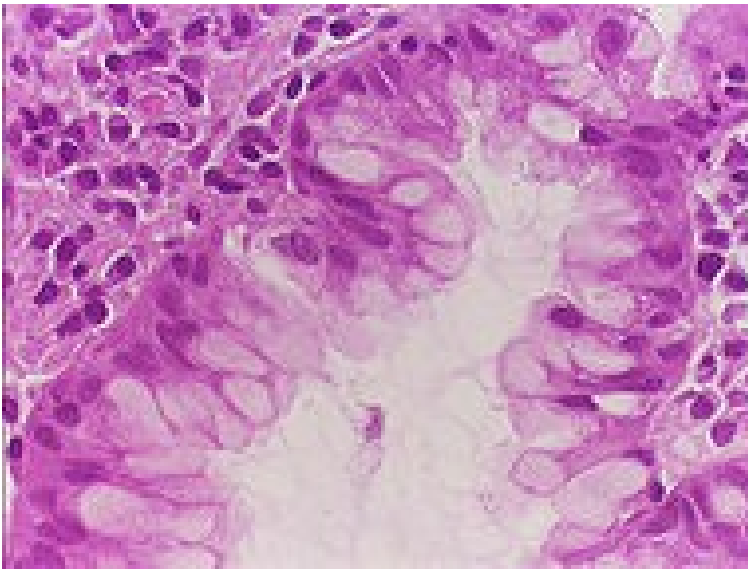
Ни один из методов диагностики инфекции не является полностью достоверным и защищённым от диагностических ошибок и неудач. В частности, результативность биопсии в диагностике хеликобактерной инфекции зависит от места взятия биоптата, поэтому при эндоскопическом исследовании обязательно взятие биоптатов из разных мест слизистой желудка. Тесты на наличие антител к антигенам *H. pylori* имеют чувствительность всего лишь от 76 % до 84 %. Некоторые лекарства могут повлиять на активность уреазы, продуцируемой хеликобактером, в результате чего при исследовании уреазной активности при помощи меченой мочевины могут получиться ложноотрицательные результаты.



Заражение *H. pylori* может сопровождаться симптомами или протекать бессимптомно (без каких-либо жалоб со стороны инфицированного). Предполагается, что до 70 % случаев инфекции протекают бессимптомно и что около 2/3 населения Земли инфицированы хеликобактером, что делает эту инфекцию самой распространённой в мире. Истинная частота встречаемости бессимптомного носительства хеликобактера варьирует от страны к стране. В развитых странах (Западная Европа, США, Австралия) эта частота составляет примерно 25 %; она значительно выше в странах так называемого «третьего мира», а также в странах Восточной Европы и в особенности в странах бывшего Советского Союза, где не редкостью является обнаружение хеликобактерной инфекции у детей и подростков. В Соединённых Штатах и Западной Европе хеликобактер чаще всего выявляется в старших возрастных категориях (около 50 % у лиц старше 60 лет, по сравнению с 20 % у лиц моложе 40 лет) и в наиболее бедных социально-экономических слоях.

Разница в частоте встречаемости хеликобактерной инфекции в развитых странах Запада и в странах «третьего мира» приписывается более строгому соблюдению гигиенических стандартов и широкому использованию антибиотиков. Однако со временем стала проявляться проблема антибиотикоустойчивости *H. pylori*. В настоящее время многие штаммы в Европе, США и даже в развивающихся странах уже устойчивы к метронидазолу.

Хеликобактер был выделен из кала, слюны и зубного налёта инфицированных пациентов, что объясняет возможные пути передачи инфекции — фекально-оральный или орально-оральный (например, при поцелуях, пользовании общей посудой, общими столовыми приборами, общей зубной щёткой). Возможно (и весьма часто встречается) заражение хеликобактером в учреждениях общественного питания. Иногда возможно заражение через инфицированные эндоскопы при проведении диагностической гастроскопии.



H. pylori в слизистой желудка. Окраска гематоксилин-эозином.

Считается, что в отсутствие лечения *H. pylori*, однажды колонизовав слизистую желудка, может существовать в течение всей жизни человека, несмотря на иммунный ответ хозяина. Однако у пожилых людей, а также у больных с давно существующим гастритом, хеликобактерная инфекция, вероятно, может самостоятельно исчезать, поскольку с возрастом или с давностью заболевания гастритом слизистая желудка становится всё более атрофичной, истончённой и менее благоприятной для обитания этого микроба. Вместе с тем, атрофический гастрит у пожилых или гастрит, перешедший в стадию атрофического гастрита после многих лет болезни, поддаётся лечению гораздо труднее, чем хеликобактерные гастриты.

Процент острых хеликобактерных инфекций, которые переходят в хроническую персистирующую форму, точно неизвестен, однако в нескольких исследованиях, в которых изучалось естественное течение болезни без лечения в человеческих популяциях, сообщалось о возможности спонтанного самоизлечения (спонтанной элиминации микроба-возбудителя).

1.3 Профилактика, осложнения при ЯБЖ, факторы риска заболеваний желудка и ЯБЖ



Заболевания желудочно-кишечного тракта встречаются у всех групп населения, и являются одними из наиболее распространенных в сравнении с патологиями других органов. Статистические данные свидетельствуют о том, что около 95% населения в той или иной степени нуждается в регулярных консультациях гастроэнтеролога. Разные заболевания имеют различные предрасполагающие факторы, например, группой риска по язвенной болезни являются мужчины в возрасте 20-40 лет, а злокачественные новообразования встречаются чаще у людей старше 50 лет. Кроме того, имеет значение пол человека: раковые заболевания в 2 раза чаще встречаются у мужчин, а патологии секреторного аппарата ЖКТ в 3-5 раз чаще развиваются у женщин. К группе риска по заболеваниям желудочно-кишечного тракта относятся и

люди, имеющие отягощенную наследственность по таким патологиям. Симптомы заболеваний ЖКТ очень многообразны и напрямую зависят от того, какой именно орган поражен. К общим признакам, сопровождающим патологию пищеварительной системы, относятся: боль в животе различной интенсивности и локализации, отсутствие аппетита, отрыжка и изжога, тошнота и рвота, похудание, расстройства стула, общая слабость, метеоризм. Основные причины, которые провоцируют развитие патологий ЖКТ: избыточный вес, курение, злоупотребление алкоголем, неправильное питание и нарушение его режима, стрессы, заболевание сахарным диабетом, злоупотребление газированными напитками и кофе, низкая физическая активность, инфекционные поражения организма.

Профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта

- 1) Соблюдайте условия питания и его режим. Полезным будет частое питание, разделенное на мелкие порции. Нежелательно пропускать приемы пищи, особенно завтраки. Перед едой обязательно необходимо тщательно мыть руки и все те продукты, которые не будут подвергнуты тепловой обработке. Это обезопасит ваш организм от проникновения в него болезнетворных микроорганизмов.
- 2) Соблюдайте правильный рацион питания. Полезным будет снижение употребления жареной, жирной, копченой, пересоленной еды. Кроме того, необходимо увеличить в рационе содержание клетчатки (овощи и фрукты, хлеб с отрубями, каши). Употребляйте как можно больше грубоволокнистой пищи, свежих салатов, старайтесь использовать при готовке меньше уксуса и подобных ему компонентов.
- 3) Избегайте переедания. Питайтесь в меру, помните, что стандартная порция пищи не должна превышать 300-400 мл, если ее представить в жидком состоянии. С другой стороны, нельзя заставлять себя голодать, питаться необходимо упорядоченно и правильно.
- 4) Контролируйте массу своего тела. Если вы имеете избыточный вес, то необходимо попытаться похудеть. Помните, что делать это нужно правильно: снижение веса не должно составлять более 0,5 кг для женщин и 1 кг для мужчин в

неделю.

5) Откажитесь от алкоголя полностью или сведите его потребление к минимуму. Максимальная безопасная доза употребления алкоголя составляет не более 30 мл этанола для мужчин и 20 мл для женщин в день. Помните также, что некачественные алкогольные напитки содержат различные красители, химические компоненты, избыточное количество сахара, консерванты и ароматизаторы. Все эти вещества пагубно влияют на пищеварительную систему. Потребляйте только натуральные, чистые и качественные алкогольные напитки, а лучше откажитесь от них вовсе.

6) Откажитесь от курения. При воздействии на организм никотина не существует «нормальной» или минимальной дозы. Чтобы действительно снизить уровень патологического воздействия смол и никотина на органы пищеварения, необходимо отказаться от курения полностью.

7) Научитесь справляться со стрессовыми ситуациями. Старайтесь не нервничать, гуляйте, отдыхайте и полноценно высыпайтесь. Подобные меры не только улучшат состояние пищеварительной системы, но и укрепят ваше здоровье в целом.

8) При сахарном диабете необходимо тщательно контролировать заболевание. Не пренебрегайте рекомендациями вашего лечащего врача, правильно питайтесь, внимательно следите за самочувствием и контролируйте содержание сахара в крови. При появлении болезненных ощущений в желудочно-кишечном тракте необходимо немедленно проконсультироваться со своим врачом с целью предотвращения осложнений.

9) Ограничьте употребление газированных напитков и кофе. Безопасная доза кофе составляет в день 300-400 мл готового натурального напитка (2-3 кофейные чашки). Газированных напитков также необходимо пить как можно меньше. Желательно ограничиться одним стаканом за день или полностью от них отказаться.

10) Больше двигайтесь. В норме интенсивная двигательная активность взрослого человека должна составлять минимум 150 минут в неделю. При недостаточности этого показателя постарайтесь его повысить, например, занявшись спортом.

Ни для кого не секрет, что пищеварительный тракт играет очень важную роль

в жизнедеятельности организма. С его помощью мы получаем витамины, микроэлементы, белки, жиры, углеводы, клетчатку и полезные кислоты. Часть из них служит строительным материалом для клеток, обеспечивает нас энергией. Другие вещества способствуют бесперебойному функционированию органов и систем. Поэтому заболевания ЖКТ могут не только нарушить нормальный ритм жизни человека, но и серьезно отразиться на его здоровье.

1.4. Медикаментозное лечение язвенной болезни

Существует несколько стандартных схем лечения:

1. Антибиотики (пенициллинового ряда: амоксицилин, макролиды-кларитромицин)
2. Ингибиторы протонной помпы (омепразол, рабепразол, эзомепразол, пантопразол)
3. Препараты висмута (новобисмол, де-нол)

У пациентов с язвой желудка, язвой двенадцатиперстной кишки, атрофическим гастритом, MALT-омой, состоянием после резекции желудка, близким родством с больными, страдающими раком желудка с доказанной геликобактерной этиологией обязательным является эрадикация *Helicobacter pylori*, то есть лечебный режим, направленный на полное уничтожение этого микроба в желудке. В то же время, уничтожение доказанной инфекции *H. pylori* в отсутствие перечисленных выше заболеваний (состояний) не всегда целесообразно, так как возможный вред от приёма антибиотиков может перевесить возможную пользу от лечения. Некоторые источники к числу обязательных для эрадикации *H. pylori* заболеваний (при наличии инфекции *H. pylori*) относят только язвенную болезнь.

Австралийский гастроэнтеролог Томас Бороди в 1987 году ввёл первый известный режим «трёхкомпонентной терапии» (англ. triple therapy).

Возрастающая резистентность *H. pylori* к «стандартным» антибиотикам, необходимость уменьшить побочные эффекты от приёма антибиотиков, а также понизить стоимость лечения стимулировали создание новых схем эрадикации. За последние десятилетия были разработаны различные варианты эрадикационной терапии, направленные на использование других антимикробных средств, а также более современных ингибиторов протонного насоса.

Отмечены случаи непродуктивности антибиотикотерапии хеликобактерной инфекции, связанные как с антибиотикорезистентностью, так и с наличием зон в

желудочно-кишечном тракте, в которых бактерии защищены от действия антибиотиков. Отмечено появление полирезистентных к антибиотикам изолятов *H. pylori*, в том числе и кларитромицин-резистентных штаммов. Также отмечены случаи появления хинолон-резистентных штаммов *H. pylori*.

Также ведутся исследования по поиску и синтезу более эффективных и менее токсичных препаратов, направленных на эрадикацию *H. pylori*, показана эффективность *in vitro* препарата TG44, препарат NE-2001 в опытах *in vitro* проявлял высокую селективность по отношению к *H. pylori*. Показана эффективность пероральной вакцинации клеточным лизатом *H. pylori* на мышинной модели.

ГЛАВА II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДБРАТА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА БАЗЕ ГБУЗ РБ Белебеевская ЦРБ

2.1. Задачи, методы и организация исследования, исследование + анкетирование

Диагностика геликобактерной инфекции обычно производится путём опроса больного на наличие диспептических жалоб и симптомов и затем выполнения тестов, подтверждающих или опровергающих наличие инфекции.

Неинвазивные (не требующие эндоскопии) тесты на наличие геликобактерной инфекции включают определение титра антител в крови к антигенам *H. pylori*, определение наличия антигенов *H. pylori* в кале, а также уреазный дыхательный тест, состоящий в том, что пациент выпивает раствор меченной углеродом ^{14}C - или ^{13}C мочевины, которую бактерия расщепляет с образованием, соответственно, ^{14}C - или ^{13}C -диоксида углерода, которую затем обнаруживают в выдыхаемом воздухе при помощи масс-спектрометрии или диодной лазерной спектроскопии.

Существуют также уреазные дыхательные тесты, основанные на определении концентрации аммиака в выдыхаемом воздухе. Данные методы предполагают приём пациентом мочевины нормального изотопного состава и последующее измерение концентрации аммиака с помощью газоанализатора. К достоинствам метода можно отнести невысокую стоимость обследования, скорость получения результатов, высокую чувствительность (96 %), значительно меньшую стоимость оборудования по сравнению с масс-спектрографами.

Инвазивным методом является взятие биопсии слизистой оболочки желудка. Полученную ткань можно подвергнуть быстрому тестированию на наличие уреазы и антигенов *H. pylori*, гистологическому исследованию, а также культуральному исследованию с выделением возбудителя на искусственных питательных средах.

Гистологический метод

Первым методом, который стали использовать для диагностики геликобактерной инфекции, является гистологический метод. Материалом исследования являются клетки тканей, полученных с помощью биопсии,

производимой во время эндоскопического обследования желудка и двенадцатиперстной кишки. Специфичность гистологического метода может достигать 100%, а чувствительность — 91-93%, ввиду того, что бактерии неравномерно распределены по слизистой оболочке желудка: взятие производится из мест с максимально выраженной гиперемией и отёком, при этом взятие из дна язв и эрозий, а также из их краев, является ошибкой, поскольку в них нет эпителиальных клеток, необходимых для колонизации бактерий. Кроме того, приём антибиотиков и ингибиторов протонной помпы может трансформировать бактерии из спиралевидной формы в кокковую, которую невозможно выявить с помощью обычной микроскопии.

Неинвазивные и малоинвазивные методы диагностики

Анализ кала на ДНК *H. pylori* — Выявление *H. pylori*, в ходе которого с помощью метода полимеразной цепной реакции в реальном времени (РТ-ПЦР) определяется генетический материал (ДНК) микроорганизма в образце кала. Тест очень чувствителен к качеству исследуемого материала, что может приводить к ложноотрицательным результатам, из-за того, что исследуемый кал может содержать вещества, подавляющие ПЦР: термолабильные белки, гликолипиды, ДНК других бактерий, сложные полисахариды (остатки растительной пищи), внеклеточные полисахариды других бактерий, кровь, желчь, избыток неорганических солей, и т. п. Чувствительность и специфичность этого метода исследования примерно такая же, как и у других методов. Недостаток этого теста — его неудобно использовать для контроля проведенного лечения, так как следы ДНК остаются в кале ещё минимум 12 недель после успешно проведённой антихеликобактерной терапии. Следы ДНК выявляются, в том числе, благодаря наличию кокковых форм бактерии, которые, со временем, начинают снижаться и полностью исчезают на 8-12 неделе.

Анализа кала на антиген *H. pylori* (HpSA-test) — Одностадийный иммунохроматографический метод. Может давать ложноотрицательные результаты, вызванные низкой колонизацией бактерий в желудке, что приводит к низкой концентрации антигенов *H. pylori* в фекалиях и неспособности реагировать в тесте.

Причинами ложноотрицательных результатов также могут являться неравномерное распределение антигена в каловых массах, разрушение антигена при замедлении эвакуации каловых масс (запоры), желудочно-кишечное кровотечение. Диагностическая точность HpSA-теста, особенно чувствительность, снижается при кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, приеме ингибиторов протонной помпы (антацидов) в течение 2-х недель, антибактериальных препаратов в течение последнего месяца, наличия атрофии и метаплазии желудочного эпителия, а отрицательный результат теста должен подтверждаться дальнейшими диагностическими методами.

Анализ крови на антитела (IgG, IgA) — Выявление иммуноглобулинов класса G и A к *H. pylori* в сыворотке крови. Может давать ложноотрицательные результаты у пациентов со слабым иммунным ответом, ранней стадией инфицирования. Диагностическая точность варьируется в зависимости от продолжительности воздействия бактерии, перекрёстной антигенности с другими антигенно-родственными бактериями, степени гастрита и обсеменённости. Кроме того, антитела сохраняются долгое время после успешного лечения, и использовать этот метод для проверки успешности лечения затруднительно. Однако, поскольку инфекция *H. Pylori* является хронической и ее спонтанный клиренс (полное и окончательное самоизлечение лишь силами организма) невозможен, то положительные тесты на антитела у нелеченых пациентов указывают на наличие текущей инфекции. Между тем, после успешного лечения, титр антител, со временем, снижается. Достоинством этого метода является то, что анализ крови на антитела можно делать во время приёма антибиотиков.

На базе ГБУЗ РБ Белебеевская РКБ было проведено исследование/анкетирование (Приложение 2) с 20 респондентами, взятых из опросника РФ при ЯБЖ и вот его результаты:



Рис 1: 13 из 20 (65%) курят, 7 из 20 (35%) – не курят



Рис 2: 1 из 20 (5%) употребляет регулярно, 2 из 20 (10%) –не употребляют вообще, 17 из 20 (85%) – употребляют средне, «как и все»

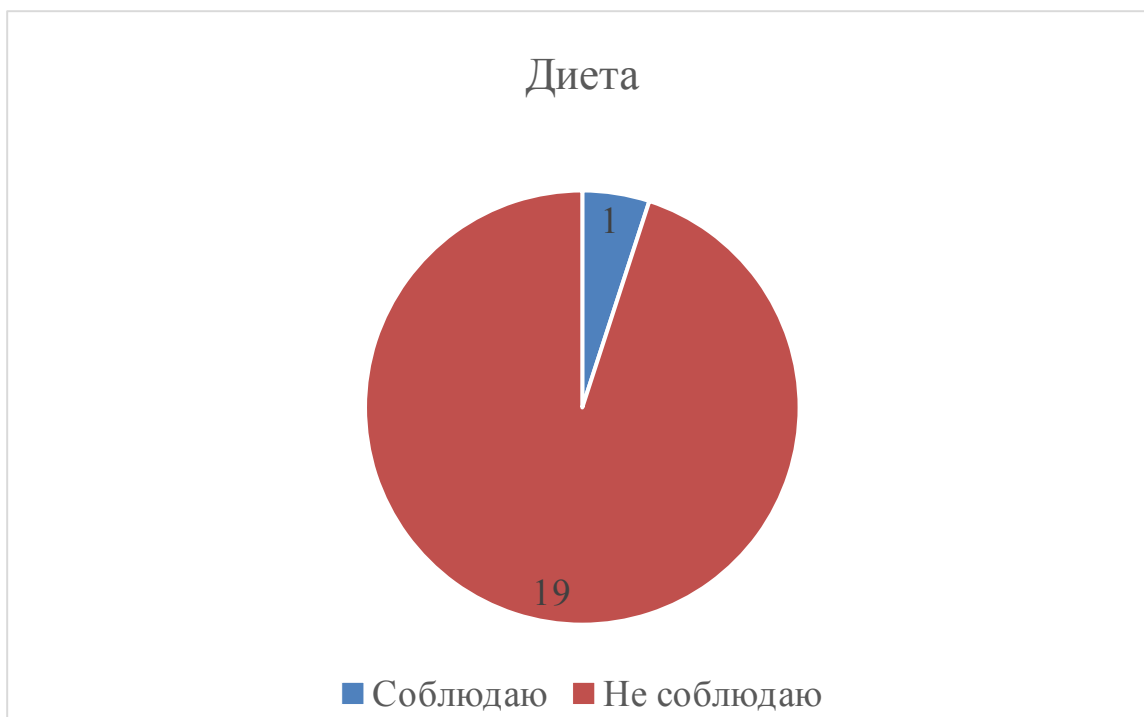


Рис. 3: 1 из 20 (5%) соблюдает диету строго, 19 из 20 (95%) – вообще не соблюдают

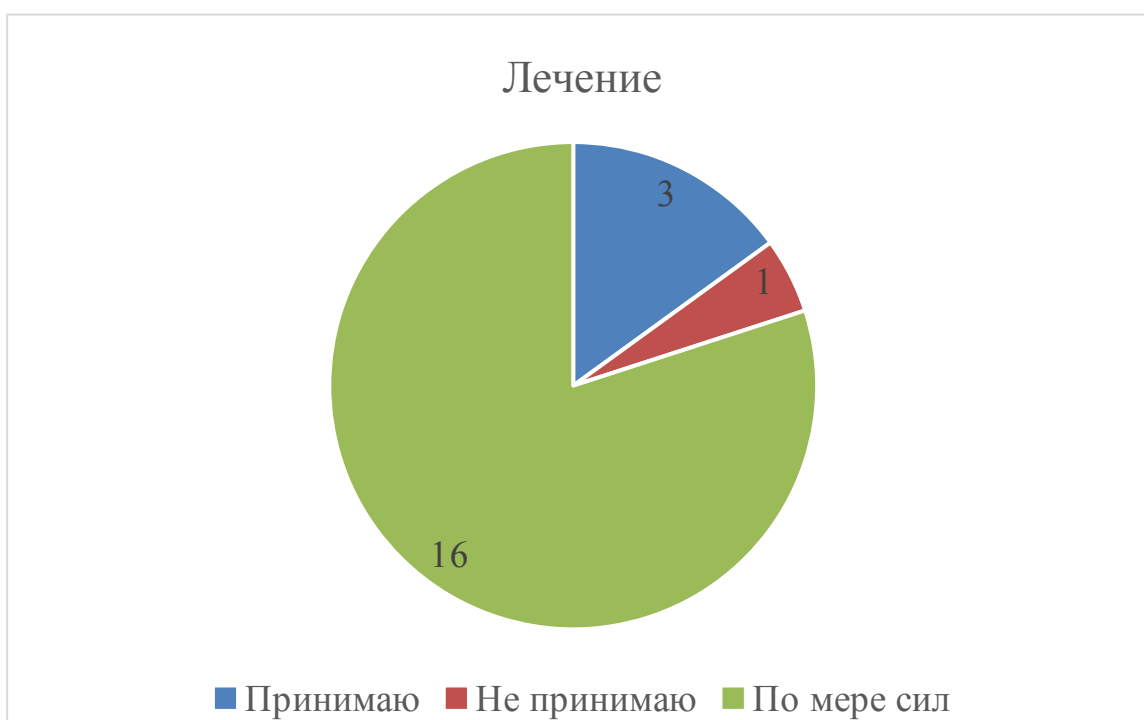
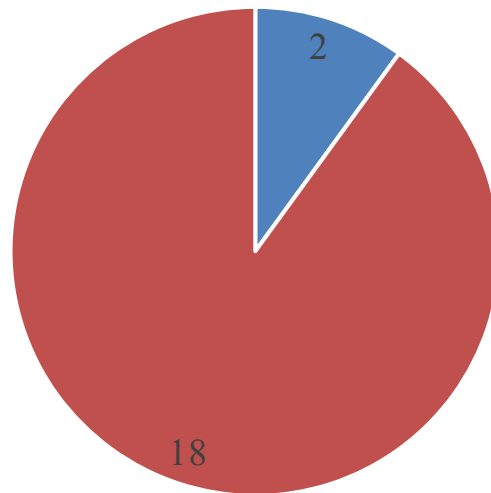


Рис 4: 1 из 20 (5%) не принимает лечение, 3 из 20 (15%) принимает регулярно, 16 из 20 (80%) – пустили на самотёк, принимают лечение «при случае»

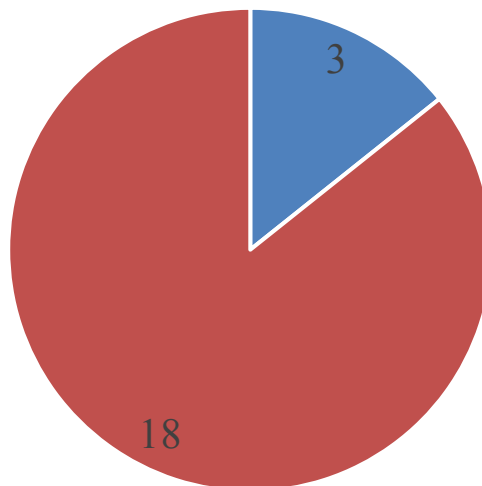
Обстрелы и неотложные ситуации



■ Знаю что делать ■ Не знаю что делать

Рис 5: 2 из 20 (10%) знают, что делать при экстренных ситуациях при ЯБЖ и 12ПК, 18 из 20 (90%) – не знают

Наследственность



■ Отягощена ■ Не отягощена

Рис 6: у 3 из 20 (15%) наследственность отягощена, у 17 из 20 (85%) – с наследственностью по фактору ЯБЖ проблем нет



Рис 7: 1 из 20 (5%) ЯБЖ не мешает жить вообще, 1 из 20 (5%) мешает жить, 18 из 20 (90%) – замечают проявления болезни, но они не критичны.

Вывод: подавляющее большинство пациентов не ознакомлено с профилактикой, диетическим питанием, правилом приёма ЛС, вредными факторами -> необходимо повышать грамотность населения за счёт их информирования и обучения медсестрами и врачами, так же необходим патронаж!

Пациенты же, знающие о лечении, профилактике, диете, факторах риска – просто не соблюдают режим лечения, нанося вред себе и окружающим! Нужно с ними проводить патронаж и постоянно напоминать о том, что им следует делать и на что поставить акценты в лечении язв желудка и двенадцатипёрстной кишки.

Видимо, такая ситуация сложилась в силу того, что 90 – 95% опрошенных не «чувствуют» болезни, вдобавок режим лечения выматывает человека морально. Тут следует попросит контроля и помощи (моральной в том числе) со стороны родных и близких. Их следует тоже обучить и провести медсестре (или врачу) с ними беседы.

2.2. Работа медицинской сестры с пациентами при язвенной болезни

Язвенная болезнь - хроническое, циклическое, рецидивирующее заболевание, при котором образуются язвы, как результат нарушения соотношения факторов агрессии с факторами защиты.

Места локализации язвы: малая кривизна и пилорический отдел желудка, луковица двенадцатиперстной кишки.

Факторы агрессии:

- повышенная продукция соляной кислоты и пепсина (кислотно-пептический фактор);

- заброс желчных кислот в желудок;

- воздействие грамотрицательным микробом *Helicobacter pylori*;

- нарушение моторики и кровообращения.

Факторы защиты:

- слизистый барьер;

- тормозной механизм кислотопродукции, т. е. цепь гуморальных рефлексов, которые обеспечивают торможение выделения соляной кислоты в момент, когда пищеварение в желудке заканчивается:

- пристеночная секреция бикарбонатов;

- нормальная микроциркуляция.

Заболевание начинается, когда происходит нарушение соотношения факторов агрессии и защиты, причем снижение факторов защиты играет ведущую роль.

Факторы риска при язвенной болезни:

Наследственная предрасположенность (так как факторы агрессии и факторы защиты определены генетически).

Группа крови 0.

Нервно-психические перегрузки.

Вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем).

Нерациональное питание.

Длительный прием нестероидных противовоспалительных препаратов (аспирин,

гормоны коры надпочечников).

Предшествующий хронический гастрит типа В.

Основными симптомами язвенной болезни любой локализации являются боль, изжога, запоры.

Сестринский процесс при язвенной болезни:

Проблемы пациента:

А. Существующие (настоящие):

Боли в животе.

Изжога.

Тошнота.

Рвота.

Запоры.

Слабость.

Потеря массы тела.

Необходимость длительно соблюдать диету.

Необходимость отказа от курения и приема алкоголя.

Необходимость длительного приема лекарственных препаратов.

Недостаток информации о заболевании.

Страх развития осложнений.

Недостаток знаний диетотерапии.

Страх перед возможностью оперативного лечения.

Б. Потенциальные:

Кровотечение.

Прободение язвы.

Развитие стеноза привратника.

Смена профессиональной деятельности, места работы.

Сбор информации при первичном обследовании:

Расспрос пациента о:

Болевом синдроме (причина его появления, локализация, характер боли, связь с приемом пищи, чем купируется боль).

Изжоге (с приемом какой пищи связывает ее появление, что помогает ее уменьшить или устранить).

Запорах (частота опорожнения кишечника, характер, цвет каловых масс, справляется ли самостоятельно с этой проблемой или принимает слабительные средства, применяет очистительную клизму).

Длительности заболевания, частоте обострений. Наличии в анамнезе осложнений (кровотечения, перфорация). Наличии язвенной болезни у ближайших родственников. Группе крови пациента.

Особенностях и режиме питания пациента (употребление острой, соленой пищи, соусов, специй и пр.). Соблюдении диеты и режима питания. Вредных привычках (курении, употреблении алкоголя). Профессиональной деятельности, характере работы. Перенесенных заболеваниях (хронический гастрит типа В). Наблюдении гастроэнтерологом.

Регулярности обследования (в частности, дата последней ФГДС.). Приеме лекарственных препаратов (какие лекарства принимает, омепразол, париет, гастроцепин, атропин, антацидные средства и пр. - дозы, регулярность их приема, переносимость).

Жалобах в момент осмотра.

Б. Осмотр пациента:

Цвет кожных покровов и видимых слизистых. Масса тела пациента.

Определение пульса и артериального давления.

Цвет, влажность языка, выраженность сосочков, наличие налета на языке.

Состояние зубов, наличие зубных протезов.

Поверхностная пальпация живота.

Сестринские вмешательства, включая работу с семьей пациента:

1. Провести беседу с пациентом и его близкими о необходимости строго соблюдать диету № 1 в определенной последовательности: начиная с диеты № 1 а на 10 -12 дней, затем диета № 1б на срок также 10-12 дней с последующим переходом на диету № 1.

2. Рекомендовать соблюдение полупостельного режима в течение 2-3 нед. Затем,

- при благоприятном течении заболевания, постепенное расширение режима.
3. Убедить пациента в необходимости отказа от курения и употребления алкоголя.
 4. Информировать пациента о медикаментозном лечении язвенной болезни (лекарственных препаратах, дозах, правилах их приема, побочных эффектах, переносимости).
 5. Убедить пациента в необходимости регулярного приема назначенных лекарственных препаратов, контролировать их прием.
 6. Осуществлять контроль за пищевыми/питьевыми порциями пациенту родственниками и близкими.
 7. Оказывать помощь при рвоте (повернуть голову набок, предоставить почкообразный тазик и полотенце).
 8. Постоянно контролировать соблюдение пациентом диеты, режима питания и полупостельного режима.
 9. Контролировать массу тела пациента.
 10. Рекомендовать при запорах употребление не менее 1,5 л жидкости в сутки, включать в пищевой рацион продукты, вызывающие послабляющий эффект и входящие в диету № 1.
 11. Объяснить пациенту и родственникам, что нормализация функции кишечника наступает при лечении основного заболевания.
 12. Оказывать доврачебную помощь при осложнениях язвенной болезни.
 13. Подготавливать пациента к рентгенологическим и гастроскопическим исследованиям, сбору кала на реакцию Грегерсена.
- Подготовка к Rg желудка: накануне в 18 ч легкий ужин; в день исследования пациент не должен есть, пить, принимать лекарства.
- Подготовка к фиброгастродуоденоскопии: накануне в 18 ч легкий ужин; утром пациент не должен есть, пить, курить, принимать лекарства. Перед исследованием снимаются зубные протезы.
- Подготовка к исследованию кала на реакцию Грегерсена: за 3 дня до исследования исключаются из рациона мясо, рыба, яблоки, зеленые овощи, помидоры, лекарства, изменяющие цвет кала, содержащие железо или висмут.

Пациент не чистит зубы щеткой в течение 3 дней, полоскает рот 2 %-ной содой. Для исследования берется 30-50 г кала из 3-5 разных мест. Исследование проводится в течение 3 дней; кал отправляется в лабораторию ежедневно в теплом виде.

14. Контролировать физиологические отправления.

Осложнения язвенной болезни

А. Желудочное кровотечение.

Чаще всею причинами желудочного кровотечения являются погрешности в диете, злоупотребление алкоголем, физическая нагрузка.

Симптомы желудочного кровотечения: рвота жидкими массами цвета кофейной гущи, черный жидкий стул - «мелена». Кровотечение сопровождается резкой слабостью, головокружением, снижением артериального давления, пульс при кровотечении частый, слабою наполнения, кожные покровы бледные и влажные.

Доврачебная помощь:

Вызвать врача.

Успокоить пациента, уложить, повернув голову набок (профилактика асфиксии).

Приготовить лоток и полотенце для ухода при рвоте.

Положить пузырь со льдом на эпигастральную область.

Запретить пить, принимать пищу, разговаривать.

Контролировать общее состояние пациента, цвет кожных покровов. сознание, пульс, артериальное давление.

Подготовить медикаменты:

Аминокапроновую кислоту (флаконы).

Дицинон (ампулы).

Хлорид кальция (флаконы).

Аскорбиновую кислоту (ампулы).

Желатиноль (флаконы).

Полиглюкин или реополиглюкин (флаконы).

Гемодез (флаконы).

Викасол (ампулы).

Подготовить все необходимое для определения группы крови и резус-фактора.

Б. Перфорация язвы.

Причинами перфорации язвы могут быть: физическое перенапряжение. подъем тяжестей, прыжки и другие резкие движения, обильный прием пищи и жидкости.

Симптомы перфорации язвы. Для перфорации язвы характерно возникновение острой внезапной «кинжальной» боли в верхней половине живота, а затем по всему животу. Рвота часто отсутствует. Из-за резкой боли может развиваться коллапс: бледность кожных покровов, холодный липкий пот, заостренные черты лица, низкое артериальное давление, нитевидный пульс. Живот вздут, резко болезненный, появляются симптомы раздражения брюшины, наблюдается «доскообразное» напряжение мышц живота.

Доврачебная помощь:

Вызвать врача.

Обеспечить пациенту полный физический покой.

Положить пузырь со льдом на эпигастральную область.

Запретить есть, пить, разговаривать.

Контроль пульса и артериального давления.

Запрещается вводить обезболивающие средства, давать слабительные препараты, ставить клизмы.

Пациент подлежит экстренной госпитализации для оперативного лечения.

2.3. Современные направления совершенствование сестринского процесса

Социально-экономические изменения, происходящие в нашей стране и за рубежом, выдвигают новые требования к педагогической теории и практике в целях подготовки профессионально грамотных кадров, приспособленных к жизни и труду в условиях устанавливающихся новых отношений, сознательному участию в трудовой деятельности. Теоретических и практических разработок проблемы профессиональной подготовки в средних специальных медицинских учебных заведениях немного. Проблема профессиональной адаптации и формирование продуктивного клинического опыта на сегодняшний день очень актуальна, особенно она значима для задач формирования профессиональной направленности на медицинскую профессию. Рынок труда диктует коренное изменение целей и задач профориентации. Возрастает роль специализации и профессионализации труда. Выпускник медицинского колледжа должен быть конкурентоспособным и для продолжения образования, и для работы в конкретном медицинском учреждении. Система здравоохранения не может обеспечить население общедоступной и высококвалифицированной помощью без профессиональных сестринских кадров. Реформы, происходящие в нашей стране, приводят к необходимости проведения изменений в здравоохранении. Новые экономические условия требуют иных подходов к организации и структуре медицинской помощи. Появляются новые направления в сестринской деятельности, новые сестринские услуги, меняется кадровая структура сестринского персонала, создаются общественные организации работников медицинского персонала. В связи с этим возросли роль и значение деятельности медицинских сестер в системе здравоохранения. Объектом сестринской деятельности является пациент. Основой практической деятельности сестринского персонала является непосредственно работа с пациентом или группой населения, а именно работа, направленная на улучшение здоровья людей. Таким образом, реформирование здравоохранения, приведение его организационной структуры в соответствие с современными требованиями невозможно без совершенствования и изменения существующих подходов в организации работы

медсестры. Подготовку специалистов сестринского дела и внедрение сестринского процесса в лечебно-профилактические учреждения относят к первоочередным задачам органов здравоохранения. Сокращение длительности госпитального этапа предусматривает интенсификацию сестринского процесса в стационаре и распространение практики ведения планов сестринского ухода и документирование деятельности сестринского персонала. Особое внимание планируется уделить формированию административно-управленческого направления сестринского дела, так как определяющая роль в организации всех направлений деятельности сестринского персонала принадлежит руководителям сестринских служб различных уровней. На государственном уровне сделаны первые шаги в совершенствовании управления сестринскими службами. Введена новая номенклатурная единица — главный специалист по сестринскому делу органа управления здравоохранения субъектов Федерации. Вводится должность заместителя главного врача по работе с сестринскими кадрами, в крупных ЛПУ — несколько должностей главных сестер, а также такая единица как сестра-преподаватель. Неравномерность в обеспечении населения сестринскими кадрами, сложившийся дисбаланс в соотношении между врачами и сестринским персоналом ставят на повестку дня задачу реорганизации системы планирования и распределения кадрового потенциала. Эта реорганизация позволит изменить соотношение врач/сестринский персонал в сторону увеличения последнего, с передачей сестринскому персоналу части функций, выполняемых в настоящее время врачами (С. А. Мухина, 1997). С целью обеспечить соответствующий уровень профессиональной готовности и квалификации специалистов, гарантирующих качество предоставляемых населению медицинских услуг, выдвигается задача создания эффективной системы сертификации и аттестации. Для создания экономических стимулов к повышению эффективности труда и рационального использования ресурсов, необходимых для производства услуг, ставится задача реформировать систему оплаты труда сестринского персонала с целью достижения максимально возможного соответствия размера вознаграждения объему и качеству выполненной работы. Профессиональный рост специалистов со средним

медицинским образованием может способствовать подъему престижа профессии в обществе. Отсюда особое место в условиях реформы здравоохранения занимает система профессионального дополнительного образования. Оценка социальной и медицинской эффективности является для здравоохранения приоритетной. Проблему экономической эффективности можно рассматривать, во-первых, с точки зрения влияния здравоохранения на рост производительности труда и национального дохода, а во-вторых, с точки зрения повышения экономической эффективности использования средств в самом здравоохранении. Экономическая эффективность выражается в определении стоимости дополнительно произведенной продукции или суммы сэкономленных финансовых средств, а также в установлении экономического ущерба от повышения заболеваемости, инвалидности, преждевременной смерти и т. п. Она определяется как отношение результата (в стоимостных показателях) к затратам. При оценке экономической эффективности оздоровительных мероприятий на производстве, методов профилактики, диагностики и лечения вычисляется количество дней (разница до и после внедрения новых методов), сэкономленных в результате предотвращения заболеваний, травматизма, инвалидности, смертности, и стоимость каждого дня. Преодоление этих барьеров в становлении новой идеологии сестринского процесса позволит усовершенствовать систему подготовки будущих медицинских работников среднего звена.

Заключение

Развитию среднего медицинского персонала в мире, как и в нашей стране, в настоящее время отводится серьезное внимание.

Это связано, в первую очередь, с реализацией Концепции устойчивого развития, утвержденной ООН в 1992 году. Главные цели концепции базируются на развитии цивилизации одновременно в трех направлениях – в области экономики, социальной сферы (включая сферу здравоохранения) и экологии. В 2015 году Организацией Объединенных наций был подготовлен и опубликован доклад «Повестка дня в области целей устойчивого развития», который содержит семнадцать целей устойчивого развития (далее-ЦУР) до 2030 года. Данные цели рассматривались как приоритетные, к достижению которых должна стремиться каждая страна-член ООН, и субъекты хозяйствования, ведущие свою деятельность на территории этих стран. В целом ЦУРы направлены на улучшение благосостояния населения и защиту экологии планеты.

На рис. 1 отражены основные направления развития сестринского дела в мире, которые реализуются в четырех из семнадцати целей устойчивого развития. Эти направления развития сестринского дела в мире выделены в докладе Всемирной организации здравоохранения «Состояние сестринского дела в мире 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров».



Рис. 1. - Цели устойчивого развития, в рамках которых развивается сестринское дело в мире

В рамках данной статьи рассмотрим два ЦУРа, в рамках которых идет развитие сестринского дела в мире, согласно Докладу Всемирной организации здравоохранения «Состояние сестринского дела в мире»: ЦУР3 и ЦУР 4. Именно эти цели в большей степени влияют на развитие сестринского дела в мире и в нашей стране.

Одна из целей устойчивого развития – ЦУР 3 – связана с «обеспечением здорового образа жизни и содействием благополучию для всех в любом возрасте».

Именно для реализации данной цели необходимо развивать сестринское дело во всех странах мира, поскольку именно медицинские сестры/братья составляют в мире 27,9 миллиона человек и является самой представительной (59%) среди других категорий медработников. Следовательно, эти кадры вносят важную лепту в решение стратегических задач, относящихся достижению целей устойчивого развития в области охраны здоровья. Это глобальная задача в сфере здравоохранения не может быть решена без развития сестринского дела и усиления его роли в национальных системах здравоохранения.

Всемирная организация здравоохранения опубликовала материалы, согласно которым к 2030 году будет инвестировано 3,9 триллионов долларов США в решение задач этого направления, 40 % из которых будут направлены на вознаграждения, должностные оклады и выплаты медицинским кадрам здравоохранения. Отмечается, что достижение данной цели даже в условиях дополнительных инвестиций будет затруднительно по причине острой нехватки и пожилого возраста кадров среднего медперсонала.

Данные факты имеются в аналитических материалах таких авторов, как Stenberg K, Hanssen O, Tan-Torres Edejer T, Bertram M, Brindley C, Meshreky A. и в докладах «Political Declaration of the High-Level Meeting on Universal Health

Coverage” (Политическая декларация Совещания высокого уровня по всеобщему охвату услугами здравоохранения) и «Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Geneva: World Health Organization» (Глобальная стратегия кадровых ресурсов здравоохранения: Кадровые ресурсы 2030. Женева: Всемирная организация здравоохранения). По прогнозам вышеназванных экспертов, к 2030 году в мире будет наблюдаться недостаток 18 млн медицинских специалистов, большая часть среди которых - именно сестринский персонал. В 18 странах мира, куда входит и РФ, имеется тенденция старения сестринских кадров.

Тенденции снижения количество и нехватки среднего медперсонала, как уже было отмечено выше, актуальны и для России. Численность среднего медицинского персонала по данным Росстата в 2020 году составила 1 490 517 человек. При этом наблюдается ежегодное снижение численности медсестер. Данные таблицы 1 демонстрируют ежегодное снижение численности среднего медперсонала в нашей стране.

Таблица 1. – Динамика численности среднего медперсонала в РФ 2010-2020 гг, чел

		ВСЕГО, чел											
годы	Г	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
численность	Ч	508667	530406	520259	518457	525088	549744	537881	525190	491375	491256	490517	

Одновременно растет число вакансий на должности среднего медицинского персонала со стороны медицинских организаций, сайты, принимающие заявки от

медучреждений, отражают рост запроса на вакантные ставки медсестер. Так, по данным сайта поиска работы SuperJob и «Медвестник», по состоянию на 2021 год число вакансий для среднего медицинского персонала в РФ выросло в 1,5 раза. Причем, динамика численности резюме на поиск позиций среднего медперсонала в волны возрастания заболеваний короновирусной инфекцией снижается. Таким образом, нехватка медперсонала среднего звена усилилась на фоне новой короновирусной инфекции.

Также сайт «Медвестник» ссылаясь на данные Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения, средний возраст медицинских сестёр в нашей стране приближается к пенсионному возрасту и составляет - 40,9 года. Среди федеральных округов в числе отстающих рейтинга – Северо-Западный ФО (43 года), наименьший показатель – Северо-Кавказский ФО - 38,6 лет. Однако, даже на территории успешного по этому показателю макрорегиона, средний возраст медсестер старше 35 лет, который характеризует молодых специалистов.

Поэтому необходимо обратить внимание на развитие медицинского образования и возможности повышать квалификацию действующим медработникам в течение всей трудовой деятельности. Также потребуются усиление мер по мотивации и притоку специалистов сестринского дела в возрасте до тридцати пяти лет в сферу охраны здоровья.

В РФ неуккомплектованность средним медперсоналом медучреждений и приток для работы молодых специалистов сестринского дела планируется решать за счёт развития контрактно-целевой формы подготовки и увеличения целевого набора обучающихся в медицинские колледжи и вузы, а также за счёт действия системы госзаказа на подготовку медсестёр; и разработки и реализации региональных программ (по типу «Земский фельдшер») по привлечению и удержанию среднего медицинского персонала на особых льготных условиях работы.

В рамках направления развития сестринского дела в области образования – ЦУР 4 – предполагается обратить внимание одновременно на три аспекта:

преподавательский состав медицинских учебных заведений, образовательную инфраструктуру и обучающихся.

По данным Национальных счетов кадров здравоохранения за 2019 г. по 99 странам и базе данных Sigma по 58 странам, средняя продолжительность обучения среднего медперсонала в 152 странах из 157, предоставивших данные, (то есть 97 %) составляет три года. На рис. 2 в соответствии с данными Национальных счетов кадров здравоохранения за 2019 г. по 99 странам и базы данных Sigma по 58 странам за период с 2013 по 2018 г., отражена продолжительность подготовки среднего медперсонала в разбивке по разным регионам мира.

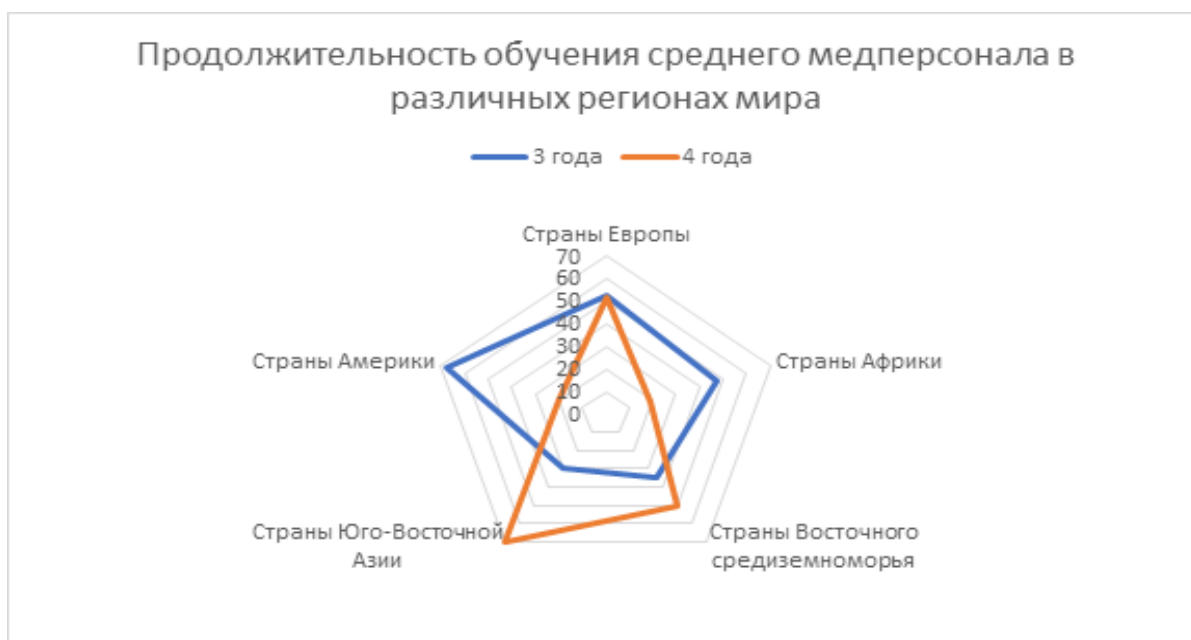


Рис. 2. - Наиболее часто применяемая продолжительность обучения среднего медперсонала в различных регионах мира

В 91% стран разработаны и утверждены стандарты по подготовке таких кадров. В РФ также имеются следующие стандарты по подготовке среднего медперсонала к медколледжах и медвузах: «Федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело» и «Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования - бакалавриат по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело».

Стандарты подготовки специалистов по сестринскому делу определяют содержание программы подготовки медкадров данного уровня, продолжительность обучения и порядок аттестации.

Однако, получить четкие данные о том, насколько стандарты подготовки медкадров среднего звена являются проработанным и эффективным инструментом подготовки кадров для здравоохранения в настоящий момент не представляется возможным из-за отсутствия экспертных и аналитических данных или их неполноты.

Выводы:

Основными направлениями развития сестринского дела являются:

- в области нехватки среднего медперсонала: повышение объемов финансирования системы подготовки кадров, повышение престижа медсестер и расширение их функционала;

- в области данных и их анализа о кадровых ресурсах среднего звена системы здравоохранения: внедрение национальных счетов кадровых ресурсов, инвестиции в преподавательский состав, обучающих средний медперсонал; сбор и обработка статистических данных о сестринском персонале, и на основе их анализа принятие государственных управленческих решений о развитии рынка труда среднего медперсонала, повышения уровня оплаты их труда и другие меры мотивации для специалистов данной сферы;

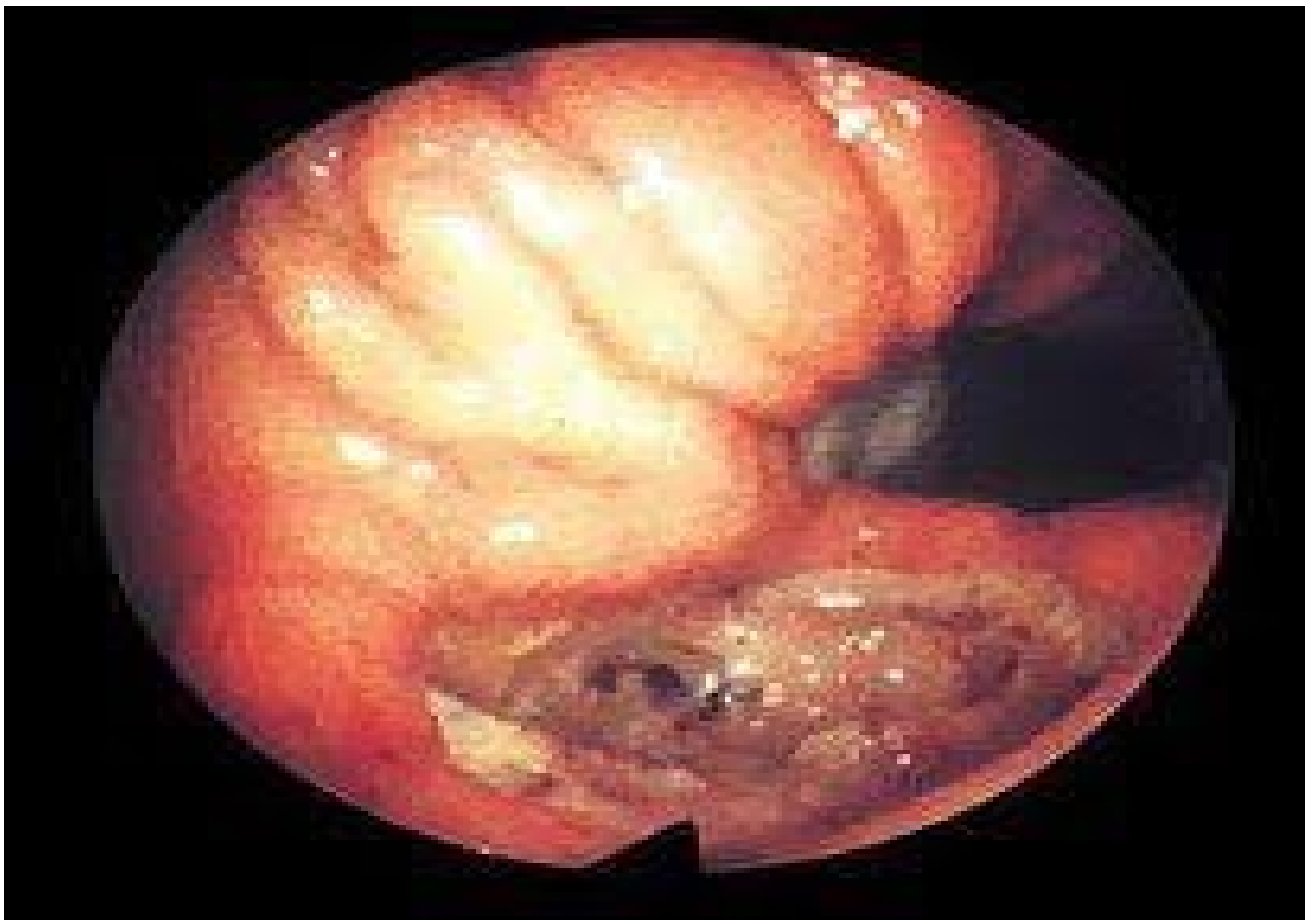
- в области развития системы образования среднего медперсонала: совершенствование профессиональных стандартов, касающихся сестринского дела и расширение аналитической базы данных по данному направлению.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Анохина, Галина Анатольевна Болезни Пищевода, Желудка И Кишечника. Монография / Анохина Галина Анатольевна. - Москва: **СПб. [и др.]: Питер, 2022.** - 162 с.
2. Гончарик, И. И. Болезни желудка и кишечника / И.И. Гончарик. - М.: Высшэйшая школа, **2015.** - 160 с.
3. Диагностика и лечение внутренних болезней: моногр. / ред. Ф.И. Комаров. - М.: Медицина, **2020.** - 560 с.
4. Ивашкин, В. Т. Болезни пищевода, желудка и кишечника / В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин. - М.: МЕДпресс-информ, **2019.** - 176 с.
5. Ильин, В.Ф. Болезни желудка. Лучшие методы лечения: моногр. / В.Ф. Ильин. - М.: Вектор, 2018. - **127** с.
6. Малышева, И. С. Болезни желудка и кишечника. Диагностика, лечение, профилактика / И.С. Малышева. - М.: Вектор, 2021. - 160 с.
7. Минина, Т. Д. Гастрит и язвенная болезнь. Заболевания кишечника. Мысли, исцеляющие систему пищеварения. Проблемы пищеварения (комплект из 4 книг) / Т.Д. Минина, Н.Т. Чехова, Роберт Сытин Георгий, Дальке Рудигер , Хесль. - М.: ИГ "Весь", **2021.** - 784 с.
8. Рудницкая, Людмила Болезни желудка и кишечника. Лечение и очищение / Людмила Рудницкая. - М.: Питер, **2019.** - 192 с.
9. Рухляда, Н. В. Диагностика и лечение язвенной болезни, осложненной стенозом: моногр. / Н.В. Рухляда, В.Е. Назаров, И.А. Ермолаев. - М.: ДЕАН, **2019.** - 240 с.
10. Ташев, Т. Болезни желудка, кишечника и брюшины / Т. Ташев, Г. Маждраков, А. Симеонов. - М.: София. Изд-во Медицина и физкультура, **2022.** - 784 с.
11. Чернин, В. В. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки / В.В. Чернин. - М.: Медицинское информационное агентство, **2022.** - 528 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1





Приложение 2

Опросник (анкета):

Вопросы	Ответы
Курите ли Вы?	Курю / не курю
Выпиваете ли Вы?	Выпиваю / не употребляю / «по праздникам»
Соблюдаете ли диету? Знаете ли о ней?	Соблюдаю / не соблюдаю
Принимаете ли лечение?	Принимаю / не принимаю / по мере сил
Знаете ли, что делать при обострении болезни?	Знаю / не знаю / имею общие представления
Отягощена ли наследственность на предмет ЯБЖ и 12ПК?	Отягощена / не отягощена
Мешает ли ЯБЖ Вам жить?	Мешает / заметна, но жить можно / не мешает