



Куница Виктор Николаевич

кандидат медицинских наук, доцент, кафедра пропедевтики внутренних болезней, Медицинская академия им. С. И. Георгиевского, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского»
kunitsa-viktor@mail.ru

Салахутдинова Мадина Фаруховна

студентка, 2-й Медицинский факультет, Медицинская академия им. С. И. Георгиевского, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского»
Madina-sl@rambler.ru

Скрипников Дмитрий Александрович

студент, 1-й Медицинский факультет, Медицинская академия им. С. И. Георгиевского, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского»
dim.skripnikov@yandex.ru

УДК 614.253.52: 616

**СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СТУДЕНТОВ
МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ СЕСТРИНСКОЙ
ПРАКТИКИ**

В статье рассматривается сестринский процесс при уходе за больными с внегоспитальной пневмонией. Это вид деятельности приходится выполнять студентам 2-го и 3-го курсов медицинских вузов при прохождении производственной практики. Овладение сестринским процессом помогает студентам лучше усвоить профессиональные навыки. От этого во многом зависят успешность лечения, прогноз и качество жизни пациентов.

Ключевые слова: сестринский процесс, внегоспитальная пневмония,



производственная практика

Переход Крыма в состав России коснулся всех сфер жизнедеятельности полуострова, в том числе и медицинского обеспечения. Так, пришлось осваивать и активно внедрять в практику совершенно новый для нас вид деятельности среднего медицинского персонала – сестринский процесс [1, 2]. Являясь стержнем дисциплины «Сестринское дело», сестринский процесс в рамках профессиональной компетенции расширяет взаимоотношения с пациентом, включая обсуждение с ним всех возможных возникающих проблем, помощь в их решении или устранении. Расширение рамок деятельности медсестры требует от неё необходимого уровня теоретических знаний и получения определённых навыков профессионального общения и обучения пациентов. При выполнении сестринских манипуляций совершенно необходимо использовать современные медицинские технологии, при этом иметь добрые и умелые руки, излучать улыбку, тепло, сострадание и сочувствие [3].

В 1961 году на Международном совете медсестер была определена ведущая задача сестры – «оказание помощи пациентам в осуществлении всех форм деятельности, которые связаны с восстановлением и укреплением здоровья, какие он принял бы сам, если бы у него были необходимые сила, знания и воля. И выполнять задачу необходимо так, чтобы как можно скорее пациент стал самостоятельным» [4].

Медицинские сестры являются самой многочисленной категорией работников здравоохранения, поэтому они могут оказать реальное влияние на его развитие и принести огромный вклад в улучшение оказания медицинских услуг потребителям. Для среднего медицинского персонала главным условием успешного выполнения общей задачи в сложной, многообразной медицинской деятельности является нужная профессиональная выучка, соответствующая этому компетентность [5].

В соответствии с этими изменениями повышен объём требований к медицинской сестре, к её человеческим и производственным качествам. Степень развития медицины в настоящий момент требует подготовки персонала, обладающего профессиональными сестринскими знаниями о этиологии и патогенезе заболеваний, о важных для жизни потребностях больного и способах их удовлетворения, о возникающих при этом проблемах, предупреждении инфекций, овладевших навыками по уходу за больными, общением с ними, их близкими и родственниками [6].

Участие медсестры в лечении пациентов не менее важно, чем участие



ISSN: 2500-4212. Свидетельство о регистрации СМИ: ЭЛ № ФС 77 - 67083 от 15.09.2016

Научное обозрение. Раздел II. Наука и практика. 2018. № 4. ID 146

врача, так как конечный результат зависит от тщательной подготовки пациента к операции, грамотного ухода за пациентом в послеоперационном периоде и в период реабилитации. Современная медицинская сестра перестает быть просто помощником врача, механически выполняя его назначения [7].

Между тем, врачи, главными помощниками которых являются медсестры, в процессе обучения овладевают навыками профессии, в том числе и среднего персонала. Для этого после второго и третьего курса проходят производственную практику в качестве помощника палатной и процедурной медсестры. Вникая и погружаясь в работу среднего персонала, будущие врачи могут на практике оценить необходимые компетенции и роль сестринского процесса в лечении пациентов. Выяснение этой роли и легло в основу нашего исследования.

Организация и методы исследования

Исследование проведено на базе пульмонологического отделения 7-й городской клинической больницы г. Симферополя. Исследовано 36 больных (20 мужчин и 16 женщин), находящихся на стационарном лечении по поводу внегоспитальной пневмонии в течение июня–июля 2018 года. Несмотря на летний период, это была наиболее распространенная категория больных, госпитализированных в отделение пульмонологии, что соответствует и литературным данным [8, 9, 10]. Возраст больных составлял от 19 до 78 лет. Больные разделены на группы с учетом своевременности обращения (время госпитализации от момента заболевания), по высеваемым микроорганизмам, по продолжительности стационарного лечения, по факторам риска и по сопутствующим заболеваниям.

Для успешного выполнения исследования на первом этапе сестринского процесса при общении с больными мы пытались установить с ними теплые, доверительные отношения, что позволяло повысить комплаенс и приобрести расположение к себе со стороны больного, тем самым достигая конструктивного стиля общения. При этом в обязательном порядке были соблюдены правила общения с пациентом.

Сестринское обследование включало в себя сбор анамнеза, осмотр пациента, физикальное обследование и дополнительные методы исследования.

При выяснении жалоб больных установлено, что кашель был у всех больных – у 11(30,6%) больных он был сухой, у остальных сухой кашель сменился влажным. Слизистая мокрота отмечалась у 6 (16,7%) пациентов, слизисто-гнойная у 13 (36,0%), ржавая (кровянистая) у 6 (16,7%). (Рис. 1).



Рис. 1. Характер кашля у больных внегоспитальной пневмонией

Боли в груди при дыхании и кашле были у 17 (47,2%) пациентов. Затруднение дыхания и одышка отмечались у 29 (80,6%) больных, подъём температуры, чувство жара и озноб отмечались у 35 (97,2%). Только субфебрильная температура отмечалась у 14 (38,9%) человек, у остальных была умеренная и высокая лихорадка. Общие жалобы, такие, как слабость, вялость, недомогание, снижение работоспособности в разной степени выраженности были у всех больных. Кроме того, у части больных отмечалась головная боль, снижение или отсутствие аппетита, повышенная потливость (Рис. 2).

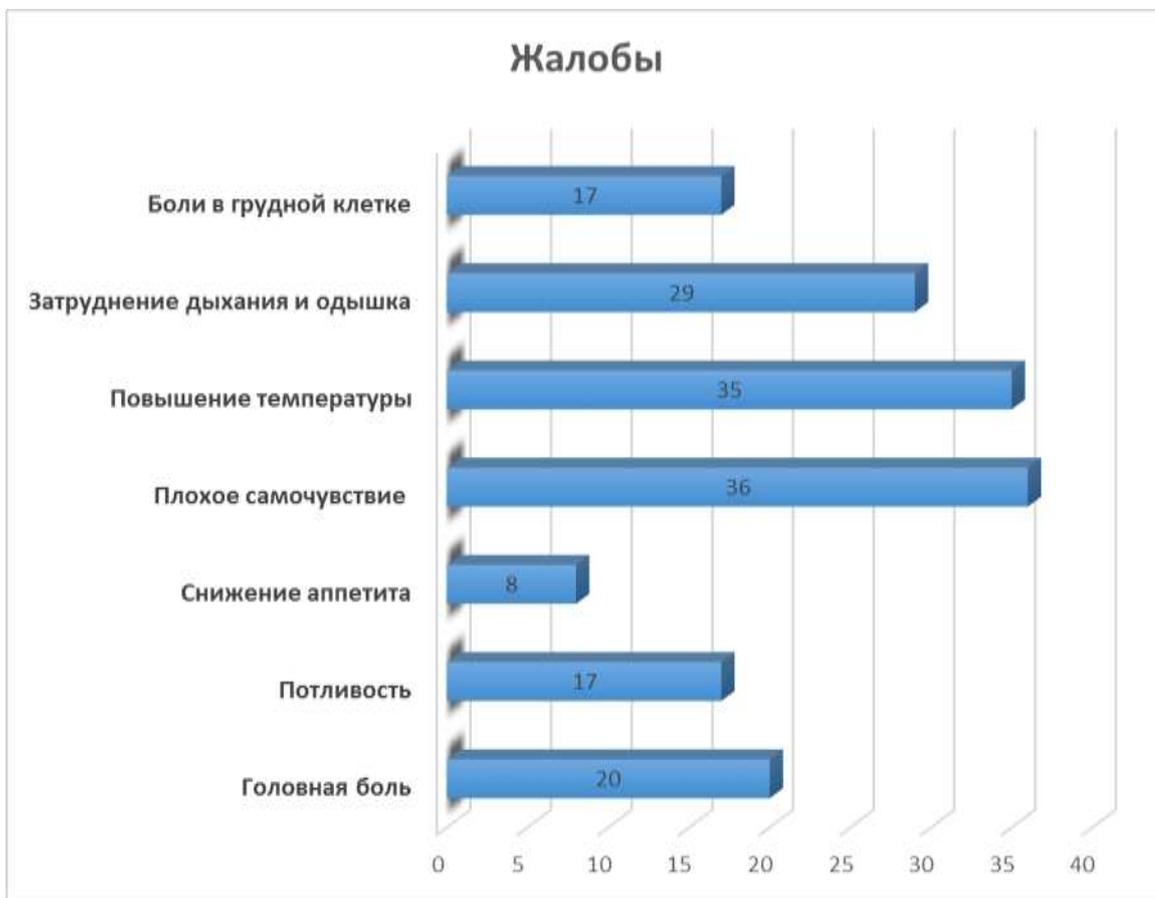


Рис. 2. Частота встречаемости жалоб у больных внегоспитальной пневмонией

Выяснялись обстоятельства истории настоящего заболевания. У половины пациентов заболеванию предшествовали респираторные инфекции (грипп, ОРВИ). Остальные не могли указать конкретной причины недуга. В первые сутки заболевания в медучреждения обратилось 7 человек (19,4%), остальные получили помощь в более поздние сроки (от 2-х до 18-ти суток). До поступления в клинику антибиотики принимали 16 человек (44,4%). В основном, принимали по «совету друзей и знакомых», некоторые «по рекомендации» аптеки.

Ранее перенесенную пневмонию отмечало 12 человек (33,4%). Хронические заболевания органов дыхания отмечены у 10 пациентов (27,8%). Патология сердечно-сосудистой системы диагностирована у 8 госпитализированных (22,2%). Курили на момент госпитализации почти половина пациентов – 17 человек (47,2%), в прошлом курили – 26 человек (72,2%). Профессиональные вредности отмечены у 3 больных (8,3%).

Физикальное обследование в виде пальпаторных и перкуторных изменений у большинства пациентов было малоинформативным. Особенно это



ISSN: 2500-4212. Свидетельство о регистрации СМИ: ЭЛ № ФС 77 - 67083 от 15.09.2016

Научное обозрение. Раздел II. Наука и практика. 2018. № 4. ID 146

касалось тучных пациентов и пожилых. Аускультативная картина пестрила разнообразием изменений – от ослабления везикулярного дыхания до бронхиального. У большинства больных выслушивались дополнительные дыхательные шумы – хрипы, сухие и влажные и крепитация. У 3-х пациентов выслушивался шум трения плевры. В общем анализе крови у больных с ВП превалировал лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Если пневмонии предшествовала вирусная инфекция, то чаще отмечалась лейкопения. СОЭ у больных было повышенным. Анализ мокроты с выявлением возбудителя и посевом на чувствительность показал следующее. По нашим данным, основными возбудителями внегоспитальной пневмонии являются *Streptococcus pneumoniae* (56,7%), *Haemophilus influenzae* (23,8%), *Mycoplasma pneumoniae* (23,8%) и *Chlamydomphila pneumoniae* (16,9%). У больных с тяжелой ВП наряду с вышеперечисленными возбудителями некоторую роль играют *Legionella pneumophila* (11,2%), *Staphylococcus aureus* (8,4%), *Pseudomonas aeruginosa* (8,3%), представители семейства *Enterobacteriaceae* (5,7%). Посев на чувствительность показал, низкую чувствительность к пенициллину, высокую чувствительность к аминопенициллинам (амоксициллин), включая ингибиторозащищенные (амоксициллин/клавуланат) (уровень чувствительности 99,7%), цефалоспорином III поколения и респираторным фторхинолонам. Отмечена достаточно высокая чувствительность к макролидам, а также сниженная чувствительность к тетрациклину (29,6% резистентных штаммов) и ко-тримоксазолу (уровень устойчивости – 40,8%). У 2-х пациентов отмечалось полное отсутствие чувствительности к любым антибиотикам. Несмотря на это, они успешно прошли лечение и были выписаны в срок.

Рентгенологическая картина у большинства больных позволяла выявить характерные пневмонические изменения. У 5 пациентов для подтверждения диагноза пришлось прибегнуть к томографическому исследованию.

После первого и второго этапов сестринского процесса переходили к третьему – планированию сестринского ухода (вмешательства). Его цель: повышение уровня здоровья, решение или облегчение проблем пациента, предотвращение потенциальных проблем, привитие пациенту и его родственникам навыков само- и взаимопомощи и др. Выделялись краткосрочные цели (снятие болевого синдрома, нормализация температуры тела, обеспечение адекватного оттока мокроты) и долгосрочные цели (восстановление функций органов дыхания, общее укрепление организма, стимуляция более полного выделения мокроты, улучшение вентиляции и газообмена в легких, тренировка



ISSN: 2500-4212. Свидетельство о регистрации СМИ: ЭЛ № ФС 77 - 67083 от 15.09.2016

Научное обозрение. Раздел II. Наука и практика. 2018. № 4. ID 146

дыхательных мышц, укрепление миокарда с помощью занятий лечебной физкультурой).

Четвертым этапом было непосредственно сестринское вмешательство. Собственно, наиболее важный этап, определяющий во многом исход заболевания. Этот этап включает действия, принимаемые медицинской сестрой для лечения и реабилитации пациентов. Согласно современным взглядам, выделяют три категории сестринского вмешательства: независимые, зависимые, взаимозависимые, что определяется проблемами больных. Независимыми вмешательствами называют те действия, которые медицинская сестра совершает по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями и знаниями, без непосредственного требования со стороны врача или указаний от других специалистов. Это требует глубоких знаний у медсестры и практического опыта, так как принятие решения, особенно в экстренной ситуации может спасти пациента, выявить осложнения течения заболевания и т.д. Знаний у студентов 2-го и 3-го курсов недостаточно для выполнения некоторых манипуляций и действий. Зависимые вмешательства выполняются медсестрой на основании предписаний врача, как правило письменно внесенных в лист назначений или непосредственно в историю болезни и под его наблюдением. Этот раздел требует практических навыков. Многие из них могут нарабатываться в симуляционных центрах, открытых при медицинской академии. И, наконец, вмешательства взаимозависимые, когда осуществляется совместная деятельность медицинской сестры с врачом, например, при проведении плевральной пункции.

Пятым этапом сестринского ухода является оценка эффективности ухода. Согласно Приказу № 1658н Министерства здравоохранения «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пневмонии», подписанному министром В.И. Скворцовой средние сроки лечения должны составлять 10 дней [11]. Из 36 наблюдаемых нами пациента только 23 были выписаны в указанный срок. Остальные были задержаны в стационаре вследствие недостаточной эффективности проводимого лечения. Проанализировав состояние больных этой категории, мы пришли к выводу, что все они имели отягощённый анамнез. Почти все из них курили (или в прошлом или до настоящего времени), первичное обращение за помощью у большинства было свыше 3-х дней от начала заболевания, и у всех была сопутствующая патология со стороны бронхолегочного аппарата и сердечно-сосудистой системы. Все эти недостатки, влияющие на процесс выздоровления, требуют постоянной и настойчивой сестринской работы (совместно с врачами). Так, необходима убедительная санитарно-просветительная работа с пациентами и их



родственниками о вреде курения. При этом, медработники своим поведением должны демонстрировать пример здорового образа жизни. Необходима работа по профилактике заболеваний, объяснение вреда самолечения и позднего обращения. Чрезвычайно важна диспансеризация больных, профилактическое и поддерживающее лечение хронических заболеваний.

Таким образом, обучение сестринскому процессу студентов медицинских вузов способствует как овладению ими определенных практических навыков и умению общения с пациентами, так и более глубокому пониманию течения заболеваний, условий их лучшего лечения и реабилитации. Сестринский процесс является чрезвычайно важной составляющей всего лечебного процесса. От его качества во многом зависят и сроки выздоровления, и появление возможных осложнений заболевания, прогноз и качество жизни пациентов. К сожалению, по программе обучения в Крымском медицинском университете до 2014 года производственная практика предусмотрена не была [12]. Это не могло не сказаться на уровне подготовки врачей. Этой проблеме будет посвящено наше следующее исследование.

Список использованных источников

1. К вопросу о юридической ответственности студентов-медиков при прохождении производственной практики / В. Н. Куница, В. В. Куница, Е. В. Куница, Н. В. Девятова, А. П. Дьяченко, Н. А. Новосельская // Оренбургский медицинский вестник. 2016. Т.4, №1 (13). С. 35–38.
2. Обуховец Т. П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи : практикум. Изд. 4-е. Ростов-н / Д. : Феникс, 2014. 766 с.
3. Лычев В. Г., Карманов В. К. Основы сестринского дела в терапии. Ростов-н / Д. : Феникс, 2014. 507 с.
4. Вебер В. Р. Основы сестринского дела : учеб. пособие. М. : Медицина. 2014. 216с.



ISSN: 2500-4212. Свидетельство о регистрации СМИ: ЭЛ № ФС 77 - 67083 от 15.09.2016

Научное обозрение. Раздел II. Наука и практика. 2018. № 4. ID 146

5. Куница В. Н., Куница В. В., Кривенцов М. А. Проблемы и решения прохождения летней производственной практики студентами лечебного факультета в качестве помощника процедурной медицинской сестры // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 3–1. С. 73–76.

6. Смолева Э. В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи. Ростов-н / Д. : Феникс. 2012. 473 с.

7. Дьяконова И. В. Особенности сестринского ухода при пневмониях в условиях поликлиники VII // Междунар. студенч. электрон. науч. конференция «Студенческий научный форум 2015» URL: <https://www.scienceforum.ru/2015/1345/14345> (дата обращения: 20.01.2018).

8. Костюкова Е. А., Жукова Н. В., Кривошеева И. М. Актуальные вопросы лечения внегоспитальной пневмонии // Крымский терапевтический журнал. 2011. № 1 (16). С. 120–125.

9. Волкова Л. И., Христюбова Е. И. Ошибки диагностики внебольничных пневмоний на разных этапах оказания медицинской помощи. // Сибирский консилиум. 2014. №1 (64). С. 22–26.

10. Syvolap V.V. Predictors of a prolonged course of community-acquired pneumonia // Запорожский медицинский журнал. 2017. Т. 19. № 2 (101). С. 143.

11. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пневмонии средней степени тяжести : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1658н // Российская газета. Спецвыпуск № 123/1. 2013. – 11 июня.

12. Куница В. Н., Чернуха С. Н., Польская Л. В. Опыт применения Болонской системы обучения в Российских вузах // Оптимизация высшего медицинского и фармацевтического образования: Менеджмент качества и инновации : Материалы III Всерос. науч.-практ. конф., посв. Дню российской науки. Челябинск, 2015. С. 66–68.



ISSN: 2500-4212. Свидетельство о регистрации СМИ: ЭЛ № ФС 77 - 67083 от 15.09.2016
Научное обозрение. Раздел II. Наука и практика. 2018. № 4. ID 146

Kunitsa Viktor

PhD., associate Professor, Medical Academy named after S. I. Georgievsky of Crimean Federal University named after V.I. Vernadsky

Salakhutdinova Madina

Student, Medical Academy named after S. I. Georgievsky of Crimean Federal University named after V. I. Vernadsky

Skripnikov Dmitriy

Student, Medical Academy named after S. I. Georgievsky of Crimean Federal University named after V. I. Vernadsky

NURSING FROM THE VISION OF STUDENTS OF THE MEDICAL UNIVERSITY AT THE PASSAGE OF NISTRESS PRACTICE

The article deals with the nursing process in the care of patients with out-of-hospital pneumonia. This type of activity has to be performed by students of the 2nd and 3rd years of medical universities when passing practical training. Mastering the nursing process helps students better understand their professional skills. This greatly depends on the success of treatment, the prognosis and quality of life of patients.

Keywords: nursing process, out-of-hospital pneumonia, industrial practice

© АНО СНОЛД «Партнёр», 2018

© Куница В. Н., 2018

© Салахутдинова М. Ф., 2018

© Скрипников Д. А., 2018

Учредитель и издатель журнала:

Автономная некоммерческая организация содействие научно-образовательной и литературной деятельности «Партнёр»
ОГРН 1161300050130 ИНН/КПП 1328012707/132801001

Адрес редакции:

430027, Республика Мордовия, г. Саранск, ул. Ульянова, д.22 Д, пом. 1
тел./факс: (8342) 32-47-56; тел. общ.: +79271931888;
E-mail: redactor@anopartner.ru





ISSN: 2500-4212. Свидетельство о регистрации СМИ: ЭЛ № ФС 77 - 67083 от 15.09.2016
Научное обозрение. Раздел II. Наука и практика. 2018. № 4. ID 146

О журнале

- ✓ Журнал имеет государственную регистрацию СМИ и ему присвоен международный стандартный серийный номер ISSN.
- ✓ Материалы журнала включаются в библиографическую базу данных научных публикаций российских учёных Российский индекс научного цитирования (РИНЦ).
- ✓ Журнал является официальным изданием. Ссылки на него учитываются так же, как и на печатный труд.
- ✓ Редакция осуществляет рецензирование всех поступающих материалов, соответствующих тематике издания, с целью их экспертной оценки.
- ✓ Журнал выходит на компакт-дисках. Обязательный экземпляр каждого выпуска проходит регистрацию в Научно-техническом центре «Информрегистр».
- ✓ Журнал находится в свободном доступе в сети Интернет по адресу: **www.srjournal.ru**. Пользователи могут бесплатно читать, загружать, копировать, распространять, использовать в образовательном процессе все статьи.

Прием заявок на публикацию статей и текстов статей, оплата статей осуществляется через функционал Личного кабинета сайта издательства "Партнёр" (www.anopartner.ru) и не требует посещения офиса.