



УДК: 614.253.5.:616.1-008.9

## НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РАЗРАБОТКЕ ПРОГРАММЫ НЕЗАВИСИМЫХ СЕСТРИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОСНОВЕ МНОГОМЕРНОГО ОБРАЗА ПАЦИЕНТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

**Ю.И. ЖУРАВЛЕВ**<sup>1</sup>  
**Е.В. ПАЛЬЧУК**<sup>2</sup>

<sup>1)</sup> *Белгородский государственный национальный исследовательский университет*

<sup>2)</sup> *Белгородская областная клиническая больница Святого Иоасафа*

*e-mail: palchuk.lena @yandex.ru*

В статье предлагаются подходы к решению проблемы совершенствования медицинской помощи при хронических социально обусловленных неинфекционных заболеваниях (в том числе метаболическом синдроме) с помощью оригинальной технологии независимых сестринских вмешательств. Изложены принципы раннего выявления медицинскими сестрами факторов риска ССЗ и самих заболеваний с помощью комплексного анализа, позволяющего построить многомерный образ пациента и его ближайшего окружения. Разработка предлагаемой технологии и ее внедрение в практику позволит существенно улучшить медицинскую помощь населению.

Ключевые слова: независимые сестринские вмешательства, сестринский процесс, метаболический синдром, сердечнососудистые заболевания, качество жизни, факторы риска.

На современном этапе развития общества профессия медицинской сестры (МС) является не просто одной из самых массовых, но и одной из наиболее социально значимых [17]. В настоящее время здравоохранение РФ претерпевает ряд существенных изменений, затрагивающих, в том числе, и сестринскую деятельность. В частности, особое внимание уделяется внедрению новых подходов, направленных на профилактику и управление хроническими социально обусловленными неинфекционными заболеваниями человека (ХСОНЗ). МС являются той многочисленной профессиональной группой, которая может независимо от врачей творчески решать проблемы пациентов с ХСОНЗ [12]. Намечаются тенденции к увеличению доли МС в структуре кадров здравоохранения. Изменяется процесс как до-, так и последиplomной подготовки, основной целью которого является повышение профессиональной компетенции. Становится очевидным, что в современных условиях МС должны осваивать ряд независимых от врача вмешательств в пределах своей компетенции, что позволит высвободить существенную долю свободного времени врачей. Между тем переход МС на новые для них виды деятельности сопряжен с целым рядом трудностей. К ним относятся: неготовность врачей воспринимать МС как независимого специалиста, отсутствие нормативно-правовой базы и методологических подходов [10, 13, 4].

Есть основание полагать, что разработка технологии независимых сестринских вмешательств (НСВ) должна базироваться на мультидисциплинарном подходе и учитывать новейшие достижения в области организации здравоохранения, менеджмента, информационных наук, медицинской логистики, педагогики и андрологии, прикладных медицинских наук, экономики и т.д. [8]

Сферой здравоохранения, нуждающейся в первостепенном внедрении НСВ, представляется первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), а контингентом – пациенты, имеющие факторы риска сердечнососудистых заболеваний (ССЗ) и страдающие ими [2]. Нынешний этап здравоохранения характеризуется резким увеличением потока разнообразной информации как на врача, так и на МС. Ежедневно им необходимо собирать, обрабатывать, передавать и хранить обширную информацию, касающуюся анамнестической, клинической, практической, профилактической, реабилитационной, организационной сфер медицинской деятельности [3].

В то же время сохраняется несоответствие резко возросших информационных потоков и продолжительности рабочего времени. Особенно остро эта проблема стоит в учреждениях ПМСП. В настоящее время важна анамнестическая информация, которой придавали особое значение еще классики медицины (С. П. Боткин, А. А. Остроумов, М. Я. Мудров, Г. А. Захарьин и др.) не подлежит сомнению. Более того, резкое изменение условий жизни современного человека (урбанизация, неправильное питание, распространение ожирения, курения, алкоголизма, нарко- и токсикомания, стресс, гиподинамия, интенсивная миграция и т.д.) делает процесс сбора анамнеза как никогда важным и трудоемким. Особую актуальность процесс сбора анамнеза приобрел в связи с развитием в Российской Федерации института семейного врача, дея-



тельность которого должна базироваться на изучении анамнеза семьи [7]. При этом необходимо дифференцировать понятие «анамнез семьи» от понятия «семейный анамнез». Под понятием «анамнез семьи» следует понимать сведения, касающиеся физического, психического и социального здоровья семьи в контексте ее связей с окружающим миром [19].

В настоящее время во всем мире широкое распространение получил кластер из нескольких патологических состояний, получивший название «метаболический синдром». Показано, что в одинаковых социально-экономических условиях пациенты с метаболическим синдромом, как и их семьи, отличаются более низкими показателями физического, психического, социального здоровья, чем пациенты с факторами риска ССЗ и их семьи. Степень выраженности и число фактора риска тесно связаны с медико-социальными особенностями семьи, определяющими образ жизни ее членов. Установлено, что качество жизни тесно коррелирует с основными показателями качества жизни [18]. Таким образом, метаболический синдром представляет собой серьезную медико-социальную проблему, в решении которой могут и должны играть существенную роль МС.

В связи с этим технология НСВ должна предусматривать разностороннее изучение не только самого пациента, но и его ближайшего окружения (семьи). Это позволит МС самостоятельно выявлять факторы риска ССЗ и доклинические их проявления, а также разрабатывать программы по модификации образа жизни пациентов с учетом медико-социальных характеристик семей.

Технологии НСВ должны строиться на таких принципах, как интегративность и общедоступность (возможность воспроизведения в широкой сети ЛПУ).

Интегративный принцип необходим в связи с тем, что МС должна сформировать целостное представление о пациенте в контексте семьи. Для этого ей необходимо собрать и обработать большое число информационных единиц, что наиболее целесообразно делать с помощью полипараметрического анализа (ППА). ППА широко используется в медико-биологических исследованиях [5, 6, 9, 14]. Именно его представляется целесообразным использовать в качестве способа анализа многомерных данных о пациенте и его ближайшем окружении в процессе разработке НСВ. Суть полипараметрического метода заключается в одновременной регистрации ряда многочисленных параметров, (представляется, что применительно к многомерному образу пациента и его семьи это должны быть параметры физического, психического и социального здоровья), с последующей соответствующей обработкой, позволяющей комплексно оценивать уровень здоровья, факторы риска и определять проблемные зоны пациента и его ближайшего окружения. В качестве концепции многомерного исследования целесообразно использовать определение понятия «здоровье», которое было дано в Преамбуле к Уставу Всемирной организации здравоохранения в 1948 г.: «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов» [16].

В основу технологии НСВ на основе многомерного образа пациента должен быть положен ряд признаков, отражающих физическое, психическое, и социальное функционирование как на индивидуальном, так и на популяционном уровне.

Для оценки физического здоровья целесообразно использовать интегральный анализ ряда физических параметров, предложенный Войтенко В. П. (1982) как показатель биологического возраста) [1].

Кроме того представляется обоснованным использование опросника для изучения качества жизни – SF-36 (MOS 36-Item Short-Form Health Survey), созданного J.E. Ware (The Health Institute, New England Medical Center, Boston, США) [11, 15] и позволяющего осуществлять изучение физического и психологического компонентов здоровья.

Информативными показателями физического здоровья служат также клинические (уровень артериального давления – АД), параклинические (уровни гликемии, холестерина, триглицеридов, мочевины в крови) и антропометрические показатели (масса тела, рост, объем талии (ОТ) и бедер (ОБ)) с последующим вычислением индекса массы тела (ИМТ) и индекса ОТ/ОБ. О физическом здоровье можно судить также по группе диспансерного наблюдения.

Несмотря на то, что опросник SF-36 признан эффективным диагностическим инструментом качества жизни, он не дает возможности изучения и детализации ряда ценных параметров, таких, например, как модифицируемые факторы риска в т.ч. – генерируемые в микро-социальном окружении (модель питания, вредные привычки, психологический микроклимат и др.), уровень доходов, организация труда, досуга и др., крайне необходимых МС ПМСП для планирования и осуществления долгосрочной профилактической помощи в рамках диспансерного наблюдения. В связи с этим в дополнение к SF-36 в программу обследования пациента и его семьи должны быть включены методы изучения питания (путем 24-часового воспроизведения рациона), курения (индекс курильщика), злоупотребления алкоголем, наркотиками, психотропными препаратами, социальной удовлетворенности и т.д.



Отражением состояния микросоциального окружения, в частности психологической его составляющей, могут служить результаты применения госпитальной шкалы оценки тревоги и депрессии (HADS) А. S. Zigmond и R. P. Snaitth [20] с последующей детализацией состояния и отслеживанием динамики при помощи более чувствительных клинических шкал (например, шкалы Гамильтона (HDRS) и шкалы Монтгомери-Асберг (MADRS) для оценки депрессии, шкалы Гамильтона для оценки тревоги (HARS), шкалы депрессии Бека (BDI) и др.).

Кроме того, ценную информацию, в том числе, и для реализации принципов персонализированной медицины, может дать изучение психологических особенностей личности пациента: типа темперамента (тест-опросник Айзенка Г.), доминирующего инстинкта (опросник Гарбузова В. И.), характерных механизмов защиты (опросник Келлермана-Плутчика) и др.

Изучение социального кластера здоровья возможно с использованием инструментов, предусматривающих получение сведений об удовлетворенности респондента образованием, материальным положением, жилищными условиями, отношениями в семье, на работе и с друзьями.

Для удобства работы с качественными признаками, последующей математической обработки и оценки полученных данных результаты измерений целесообразно выражать в условных единицах – баллах. Суммирование или вычитание баллов позволит количественно описывать определенные характеристики с помощью индексов и в конечном результате вычислять интегративный индекс степени риска пациента (ИИСП). Полученные результаты могут быть визуализированы путем построения диаграмм, отражающих как относительно благополучные сферы жизнедеятельности пациентов, так и те, в которых формируются факторы риска.

Процесс разработки второго этапа реализации программы НСВ должен предполагать комплекс мер, направленных на модификацию образа жизни пациента. Ключевым принципом при этом видится обязательное вовлечение в работу членов семьи пациента, которые окажут помощь МС в ее усилиях по устранению факторов риска и обучению пациента методам контроля над заболеванием.

Реализация НСВ на практике потребует обязательного информационного сопровождения, в связи с чем, при планировании проекта по ее созданию на это должны быть также предусмотрены соответствующие средства.

Создание многомерного образа пациента с использованием ППА даст, таким образом, возможность сестринскому персоналу независимо от врача существенно повысить качество медицинского обслуживания. Этому будет способствовать комплексный (полипараметрический) подход к выявлению факторов риска и проблем пациента (физических, психических и социальных), невысокая трудоемкость при достаточной информативности; возможность воспроизведения в широкой сети учреждений ПМСП; возможность совершенствования процессов стандартизации и технологизации профессиональной деятельности МС и повышение их профессиональной компетентности.

Разработка программы НСВ на основе построения многомерного образа пациента должна, безусловно, осуществляться параллельно с решением задач, относящихся к юридической, кадровой и экономической сферам (нормативно-правовое регулирование этой деятельности, увеличение доли сестринского персонала и система его мотивации).

#### Литература

1. Войтенко В. П. Биологический возраст [Текст] / В. П. Войтенко // Биология старения. – Л.: Наука, 1982. – С. 102–115.
2. Галстян Г. Р. Оценка эффективной программы лечения и обучения больных с инсулинозависимым сахарным диабетом: клинические, метаболические и медико-социальные аспекты: дис. ... канд. мед. наук. – М., 1993.
3. Двойников С. И. Состояние и основные пути развития среднего медицинского и фармацевтического образования в России [Текст] // Главная медицинская сестра. – 2009. – № 6. – С. 21–24.
4. Двойников С. И. Состояние сестринского дела в России: перспективы развития [Текст] / С. И. Двойников // Главная медицинская сестра. – 2009. – № 4. – С. 9–16.
5. Дмитриева Н. В. Полипараметрическая технология доклинической диагностики состояния здоровья человека [Текст] / Н. В. Дмитриева, О. С. Глазачев // Профилактики заболеваний и укрепление здоровья. – 2001. – № 6. – С. 41–45.
6. Журавлев Ю. И. Использование полипараметрических технологий для экспрессной оценки компьютерной грамотности специалистов здравоохранения [Текст] / Ю. И. Журавлев, Р. В. Никоненко, А. Ф. Стукалов // Международный журнал экспериментального образования. – 2009. – № 6. – С. 22–23.
7. Журавлев Ю. И. Полипараметрический метод сбора и оценки медико-социального анамнеза семьи в условиях первичной медико-санитарной помощи [Текст] / Ю. И. Журавлев, П. А. Шептун, Н. П. Дорошкова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2010. – Т. 9. – № 1. – С. 120–124.



8. Карибян К. В. Менеджмент в сестринском деле: основные функции и уровни управления [Текст] / К. В. Карибян // Медсестра. – 2011. – № 6. – С. 55–56.
9. Коломиец И. Н. Разработка технологий полипараметрической сестринской трехкомпонентной оценки здоровья подростков [Текст] / И. Н. Коломиец // Медицинская сестра. – 2011. – № 2. – С. 41–45.
10. Лаптева Е. С., Подопригора Г. М. Высшее сестринское образование и современный сестринский процесс [Текст] / Е. С. Лаптева, Г. М. Подопригора // Медицинская сестра. – 2007. – № 5. – С. 37–41.
11. Майко О. Ю. Показатели качества жизни по опроснику SF-36 в оценке эффективности лечения остеоартроза разными методами [Текст] / О. Ю. Майко // Аспирантский вестник Поволжья. – 2008. – № 3-4. – С. 112–120.
12. Островская И. В. Роль медсестер в профилактике хронических заболеваний и ведении таких пациентов [Текст] / И. В. Островская // Медицинская сестра. – 2010. – № 3. – С. 4–9.
13. Поляков И. В., Калинина С. А., Нестерец Т. Ф. Анализ структуры рабочего времени среднего медицинского персонала отделений восстановительного лечения [Текст] / И. В. Поляков, С. А. Калинина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 32. – С. 34–38.
14. Приказ МЗ РФ от 11.06.1988 г. № 193 «Об организации сотрудничающего центра ВОЗ по научным исследованиям в области прикладной физиологии».
15. Сердечная Е. В., Кульминская Л. А., Истомина Т. А. Оценка качества жизни с помощью опросника SF-36 у больных с нарушением ритма сердца [Текст] / Е. В. Сердечная, Л. А. Кульминская, Т. А. Истомина // Экология человека. – 2007. – № 2. – С. 36–39.
16. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) // Всемирная организация здравоохранения, Основные документы, Сорок шестое издание, включающее поправки, принятые до 31 декабря 2006 года [Текст].- Женева, 2007.- С. 1 (Электронный ресурс) URL: [www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/43637/4/9789244650462\\_rus.pdf](http://www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/43637/4/9789244650462_rus.pdf) (дата обращения 6 февраля 2013 г.).
17. Шамшурина Н. Г. Реформирование сестринского дела [Текст] / Н. Г. Шамшурина // Сестринское дело. – 2000. – № 4. – С. 11–13.
18. Шейтун П. А. Инновационные подходы к лечению и профилактике метаболического синдрома в амбулаторной практике: Автореферат дисс. канд. мед. наук. – Астрахань, 2011. – С. 20.
19. Hamm H. *Allgemeinmedizin. Ein Kurzgefaßtes Lehrbuch für Studium und Weiterbildung.* Н. Aufl., Thieme, Stuttgart, New York. – 1988. – S. 284-285.
20. Zigmond A. S. The Hospital Anxiety and Depression scale / A.S. Zigmond, R.P. Snaith // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1983. – Vol. 67. – P. 361–370.

## NEW APPROACHES TO THE DEVELOPMENT OF THE PROGRAMME OF INDEPENDENT NURSING INTERVENTIONS ON THE BASIS OF MULTIDIMENSIONAL IMAGE OF THE PATIENT WITH METADOLIC SYNDROME

**Yu.I. ZHURAVLEV<sup>1</sup>**  
**E.V. PALCHUK<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Belgorod National Research University*

<sup>2</sup> *Belgorod Regional St. Joasaph Clinical Hospital*

*e-mail: palchuk.lena@yandex.ru*

The article suggests some approaches to the solving of the problem of the medical care improvement in cases of chronic socially determined noninfectious diseases (including metabolic syndrome) with the help of original technology of independent nursing interventions. The article states the principles of early detection of the CVD risk factors and the diseases by nurses with the help of complex analysis, which gives the opportunity to create a multidimensional pattern of the patient and his community. The development of the given technology and its practical application will help to improve the medical care essentially.

Keywords: independent nursing interventions, nursing process, metabolic syndrome, cardiovascular disease, quality of life, risk factors.