

Динамика численности пациентов с ревматоидным артритом

Год	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
г. Воронеж	95 %	83,4 %	82 %	86 %	87 %	76 %	74 %	70 %	63 %
Воронежская область	5 %	16,6 %	18 %	14 %	13 %				
Другие регионы РФ						24 %	26 %	30 %	37 %
Переведено на лечение в Москву	6	23	13	7	3	-	2	-	3
Количество пациентов, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь	-	-	-	-	-	85	98	101	101

Оно подразумевает последовательное назначение сначала симптоматической терапии нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) в сочетании с глюкокортикоидами (ГК) с постепенным подключением патогенетических препаратов. Основные цели терапии ЮИА: купирование симптомов заболевания, поддержка полноценного функционального состояния, предотвращение повреждения суставов и хрящей, сохранение высокого качества жизни. Патогенетические болезнь-модифицирующие базисные противоревматические препараты (БПВП) не только влияют на активность заболевания, но и замедляют его прогрессирование. Они не дают немедленного эффекта, их действие развивается постепенно. В то же время БПВП обладают долговременной эффективностью, способностью модифицировать активность заболевания и замедлять деструкцию суставов. Из препаратов этой группы в детской ревматологии используются в основном метотрексат (МТ), лефлуномид, сульфасалазин, плаквенил, циклоспорин А как в виде монотерапии, так и в сочетании с ГК.

Кроме того, основой лечения ревматоидного артрита является применение иммуносупрессоров. От их эффективности зависит прогноз заболевания. Иммуноподавляющая терапия назначается сразу же при постановке диагноза. Курс лечения должен быть непрерывным и длительным: даже в период ремиссии дети должны принимать поддерживающие дозы для профилактики рецидива болезни.

Следует помнить, что только при своевременном и правильном лечении, выполнении всех рекомендаций врача можно достигнуть длительной ремиссии и затормозить развитие процесса, сохранить ребенку удовлетворительное качество жизни.

Список литературы

1. Насонов Е.Л. Проблемы ревматоидного артрита в XXI столетии / А.Р. Хохлов // Вестник Российской Академии наук. 2015. Т. 85. № 8. С. 744-754.
2. Насонов Е.Л. Клинические рекомендации «Ревматоидный артрит». С. 90-97.
3. Ревматоидный артрит (методическое пособие по материалам Всероссийских конференций в рамках «12 октября – Всемирный день артрита») / Д.Е. Каратеев [и др.]. С. 15.
4. Насонов Е.Л., Каратеев Д.Е., Балабанова Р.М. Ревматоидный артрит. В кн.: Ревматология. Национальное руководство / Е.Л. Насонова, В.А. Насонова. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 290–331.

ВНЕДРЕНИЕ ИНСТРУМЕНТОВ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТУ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРОЦЕДУРНОГО КАБИНЕТА

Лисовская Е.О., Лисица И.А., Лисовский О.В.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский
государственный педиатрический
медицинский университет», Санкт-Петербург,
e-mail: ivan_lisitsa@mail.ru

В статье представлены результаты реализации учебной фабрики процесса «Процедурный кабинет» в рамках реализации приоритетного проекта «Модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». Сформулированы основные задачи учебных фабрик процессов. Авторами работы, на основе реализации проекта по улучшению «Оптимизация деятельности процедурного кабинета», даны основные рекомендации по организации деятельности процедурного кабинета и роли медицинской сестры в условиях использования бережливых технологий.

Современное здравоохранение в Российской Федерации направлено на повышение качества оказания медицинской помощи и устранение проблем как нематериального (кадровый дефицит, рост удельного веса платных медицинских услуг, отсутствие протоколов стандартизации оказания медицинской помощи и отсутствие логистики перемещения пациентов), так и материального (изношенность оборудования, чрезмерные запасы или их нехватка, низкая информатизация учреждений здравоохранения) порядка.

Особое место уделяется вопросам, коммуникации медицинских работников и пациента или его законных представителей, которые ведут, прежде всего, к низкой удовлетворенности пациентами доступностью и качеством оказанной медицинской помощи.

Одними из эффективных методов оптимизации считается бережливое производство. Ключевым принципом этого метода является призыв делать большее за счет меньшего. Использование инструментов бережливых технологий способствует не только эффективной организации рабочего места, но и выявлению потерь при распределении потоков пациентов, стандартизации манипуляций.

В рамках реализации приоритетного проекта Министерства здравоохранения Российской Федерации «Модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» разработан и внедрен проект по улучшению «Оптимизация деятельности процедурного кабинета». План реализации обучающего проекта состоит из двух частей: теоретическая подготовка и практическая реализация [1].

Теоретическая подготовка проводится на базе Симуляционного центра Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета с 2018 года [2]. Разработанная фабрика процессов «Процедурный кабинет» позволяет в симулированных условиях определить медицинские потери, маршрут передвижений медицинского персонала и пациентов как вне процедурного кабинета, так и внутри его [3, 4]. За это время обучено 118 человек. Вначале обучения проводится тестирование входного контроля для оценки исходных знаний слушателей принципов бережливого производства. Далее проводятся обучающие мастер-классы и тренинги по закреплению навыков использования инструментов бережливых технологий.

Особое внимание уделяется закреплению навыков по картированию процессов, организации навигации и обеспечению порядка на рабочем месте (система «5С») [3, 5].

В ходе практической реализации проекта слушателям предлагается создать проект по улучшению работы процедурного кабинета симулированной клиники с использованием инструментов lean-технологий. Вначале определяются основные потоки пациентов. Как правило, выделяются следующие группы пациентов: остро-заболевшие пациенты, пациенты с хроническими неинфекционными заболеваниями, обращающиеся в процедурный кабинет в рамках прохождения диспансеризации или здоровые, обращающиеся в рамках профилактических осмотров, пациенты, готовящиеся на госпитализацию в лечебно-профилактические учреждения, больные, направленные участковыми врачами и врачами-специалистами для прохождения курса лечения в процедурный кабинет.

Слушатели под контролем наставников проводят картирование, составляют карты текущего и целевого состояний второго и третьего уровней, определяют время движения пациента до опорных точек и точный метраж, а также проблемы – ежи – на каждом из этапов. При анализе карт предлагаются пути решения обнаруженных проблем.

В ходе анализа проведенных занятий удалось выявить тот факт, что большую трудность в освоении представляет lean-технология «5С», направленная на наведение порядка и минимизацию перемещения медицинской сестры и пациента. Это связано с сопротивлением медицинских работников изменять привычный облик кабинетов [3].

Предусмотрена возможность выезда специалистов Симуляционного центра в конкретную поликлинику (в соответствии с методикой «ГЕМБА»), где в условиях реального рабочего пространства удастся решить вопросы навигации, распределения потоков, наведения порядка на рабочем месте и устранения потерь.

Таким образом, место фабрики процессов при обучении методикам бережливого производства состоит в:

1. Выявлении недостатков работы конкретных медицинских работников, кабинетов, служб;
2. Сокращении времени на затратные по времени медицинские и иные манипуляции;
3. Выявлении причин создания очередей;
4. Обучении медицинских работников рациональному использованию своих ресурсов.

На основании опыта обучения слушателей, подготовлены следующие практические рекомендации по организации работы процедурного кабинета с использованием инструментов бережливого производства:

1. Соблюдение медицинскими работниками единой униформы (халат или хирургический костюм, шапочка, маска, бейдж);
2. Обязательное проведение процедуры идентификации пациента по созданному алгоритму;
3. Использование созданных стандартных операционных карт медицинских процедур: «процедура взятия венозной крови», «Внутримышечная инъекция», «Внутривенная инъекция», «Подкожная инъекция», «Внутрикожная инъекция», «Алгоритм первичного осмотра пострадавшего при развитии жизнеугрожающего состояния», «Алгоритм оказания экстренной медицинской помощи», «Алгоритм вызова квалифицированного коллеги / СМП»;
4. Расположение процедурного кабинета (не выше второго этажа, преимущественно – на первом), в непосредственной близости от санузла, лестницы или лифта;
5. Информатизация (внедрение автоматизированного рабочего места с использованием программы, предусматривающей возможность идентифицировать пациента и назначенное ему лабораторное исследование / манипуляцию);
6. Внедрение электронной очереди, разделение потоков пациентов;
7. «Бережливая» организация процедурного кабинета (с использованием методики «5С»);
8. Внедрение алгоритма вызова пациента в процедурный кабинет;
9. Оборудование кабинета в соответствии с имеющимися нормативно-правовыми актами;
10. Внедрение алгоритма своевременного пополнения запасов.

Таким образом, внедрение бережливых технологий в работу медицинской сестры процедурного кабинета позволяет повысить до-

ступность оказания медицинской помощи и удовлетворенность пациентами при ее получении. Моделирование работы процедурного кабинета в симулированных условиях позволяет выявить и снизить потери, повысить время создания ценности.

Список литературы

1. Федеральный проект «Бережливая поликлиника». Применение методов бережливого производства в медицинских организациях. Открытие проектов по улучшениям Методические рекомендации. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Государственная корпорация «Росатом». URL: <http://docs.cntd.ru/document/561183958> (дата обращения 12.01.2020).
2. Лисовский О.В. Принципы организации эффективной работы поликлиники на примере фабрики процессов в симулированных условиях. Актуальные вопросы первичной медико-санитарной помощи // Материалы Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 2018 г. С. 526-527.
3. Лисовский О.В., Гостимский А.В., Лисица И.А. Освоение инструментов бережливых технологий в симулированных условиях // Виртуальные технологии в медицине. 2019. № 2 (22). С. 59.
4. Соболева С.Ю., Рябова Е.В. Особенности реализации проекта «Бережливая поликлиника» в аспекте изменения функциональных ролей среднего медперсонала // Известия Волгоградского государственного технического университета. 2018 г. № 10 (220). С. 75-78.
5. Федеральный проект «Бережливая поликлиника». Применение методов бережливого производства в медицинских организациях. Поток создания ценности. Картирование. Начальный уровень. Методические рекомендации. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Государственная корпорация «Росатом». URL: <http://www.trbzdrav.ru/download/new-model-of-medical-organization-recommendations-2.pdf> (дата обращения 12.01.2020).

ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ХОБЛ

Мальцева Е.А., Дусмагамбетова А.И.,
Мокашева Ев.Н., Мокашева Ек.Н.

*ФГБОУ ВО «Воронежский государственный
медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко» Минздрава РФ, Воронеж,
e-mail: ekaterinaalecseevna@mail.ru*

ХОБЛ – заболевание, которое поддается лечению и профилактике, характеризуется перестраивающим ограничением скорости воздушного потока и ассоциируется с развитием повышенного хронического воспалительного ответа в дыхательных путях и легких на воздействие вредных частиц или газов. На тяжесть заболевания влияют частые обострения и наличие сопутствующих заболеваний у пациентов

В связи с высокой заболеваемостью ХОБЛ является довольно значимой проблемой. Распространенность данного заболевания в целом оценивается на уровне 0,7-1 % (мужчины болеют в полтора раза чаще). Заболеваемость и летальность продолжают расти, особенно в странах третьего мира. На данный момент ХОБЛ занимает четвертое место среди заболеваний со смертельным исходом.

Среди причин развития ХОБЛ главной является табакокурение, однако существуют и дру-

гие немало важные этиологические факторы: острые и хронические инфекции дыхательных путей, экология (загрязненный воздух), профессиональные факторы (работа в шахтах, цехах и т.д.), такие заболевания как бронхиальная астма или туберкулез. При полиэтиологичности риск развития обструктивного процесса резко увеличивается, а прогноз ухудшается.

Считается, что довольно много механизмов отвечают за развитие сложной патологии при ХОБЛ. Среди которых можно выделить три основных: дисбаланс протеиназы-антипротеиназы, окислительный стресс и апоптоз. С помощью протеиназ происходит разрушение эластина, основы соединительнотканного компонента паренхимы легких, что является ключевым механизмом в патогенезе эмфиземы. Усиление окислительного стресса вызывает как прямое повреждение легких через повреждение протеинов и ДНК, так и не прямое повреждение легких через активацию метаболических процессов. Компоненты матрикса легких (например, эластин и коллаген) повреждаются свободными радикалами и другими окислителями. Сигаретный дым блокирует рецептор сосудистого эндотелиального фактора роста, тем самым запуская апоптоз эпителиоцитов альвеол, вследствие чего развивается эмфизема.

Среди патофизиологических механизмов выделяют следующие процессы: ограничение скорости воздушного потока (обструкция дыхательных путей затрудняет выход воздуха из легких, в результате чего происходит расширение легких, которое и служит главным механизмом возникновения одышки при нагрузке), нарушение газообмена, приводящее к гипоксемии и гиперкапнии, гиперсекреция слизи (в ответ на хроническое раздражение сигаретным дымом и другими вредными веществами увеличивается количество бокаловидных клеток, из-за чего увеличивается секреция слизи и вызывает хронический продуктивный кашель). На поздних стадиях заболевания в результате спазма мелких артерий легких развивается легочная гипертензия. В дальнейшем это может привести к гипертрофии правого желудочка и правожелудочковой недостаточности.

Из клинических проявлений при ХОБЛ можно выделить: одышку, кашель, продукция мокроты, свистящее дыхание и стеснение в груди. При тяжелом течении ХОБЛ появляются такие симптомы как: быстрая утомляемость, потеря массы тела и анорексия. Эти проявления могут быть и признаком другого заболевания (например, злокачественного новообразования), поэтому всегда требуют тщательного обследования. При быстром нарастании внутригрудного давления во время приступов кашля может возникнуть обморок. Данный феномен также может приводить к переломам ребер. Отек голеностопных суставов свидетельствует повышению давления в малом круге кровообращения.