

ЛИТЕРАТУРА

1. Проблемы влияния информационных технологий на молодежь / М. М. Гридчин [и др.] // Власть. — 2007. — № 9. — С. 37–70.
2. Психология [Электронный ресурс] / Психологический словарь — Москва, 2005. — Режим доступа: <http://azps.ru/articles/soc/soc160.html>. — Дата доступа: 15.02.2017.
3. *Можгинский, Ю. Б.* Агрессия подростков. Эмоциональный и кризисный механизм / Ю. Б. Можгинский. — СПб.: Лань, 1999. — 127 с.
4. *Чудновский, В. С.* Самосознание подростков с гармоничным и отклоняющимся поведением: монография / В. С. Чудновский, А. Ю. Кржечковский, А. А. Можейко. — Ставрополь, 1993. — 141 с.
5. *Гребень, Н. Ф.* Психологические тесты для профессионалов / Н. Ф. Гребень. — Минск: Современ. шк., 2007. — 496 с.

УДК 616-089.5+616-036.882(476)

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГО-РЕАНИМАЦИОННОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Козлова Е. В.

Научный руководитель: м.м.н., ассистент *А. М. Островский*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ) является широкопрофильной структурой, с которой тесно сотрудничают врачи любой специальности. Уход за пациентами в этом отделении представляет собой сложный комплекс лечебно-диагностических мероприятий, от которого во многом зависит исход заболевания [1]. В связи с этим организация анестезиолого-реанимационной службы, одного из ведущих звеньев системы оказания специализированной медицинской помощи, является важной и актуальной задачей развития современного здравоохранения.

Цель

Изучить особенности организации работы анестезиолого-реанимационной службы в Республике Беларусь.

Материал и методы исследования

В основе анализа лежит система организации анестезиолого-реанимационной службы, утвержденная Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.05.2012 № 483 «Об утверждении инструкции о порядке организации деятельности анестезиолого-реанимационной службы» [2].

Результаты исследования и их обсуждение

Основной структурно-функциональной единицей анестезиолого-реанимационной службы в организации здравоохранения является ОАРИТ, которые создаются в районных, городских, областных и республиканских организациях здравоохранения больничного типа, являясь структурным подразделением с количеством коек кратным 6 (6, 12, 18, 24) в пределах 6% от общего коечного фонда данной организации здравоохранения; в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения, в которых выполняются стационарзамещающие медицинские вмешательства, травмпунктах, в т.ч. стоматологических поликлиниках, оказывающих хирургическую помощь, женских консультациях при наличии в штатном расписании 3 и более должностей врачей-анестезиологов-реаниматологов.

В многопрофильных больничных организациях с числом коек 800 и более или в республиканских организациях здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь, дополнительно, по согласованию с вышестоящим органом управления здравоохранением, с учетом объема и вида оказываемой медицинской помощи организуются специализированные ОАРИТ.

В состав ОАРИТ многопрофильных областных и республиканских организаций здравоохранения и организаций здравоохранения г. Минска и городов областного подчинения

может включаться специализированная выездная бригада анестезиологии и реанимации, в состав которой входит врач-анестезиолог-реаниматолог и две медицинские сестры-анестезисты, а также пост (палата) пробуждения.

Пост (палата) пробуждения может быть расположен в ОАРИТ, в операционном блоке или отдельных комнатах в непосредственной близости к операционному блоку или ОАРИТ с обязательным обеспечением медицинскими газами и аппаратурой для мониторинга и искусственной вентиляции легких. Основными задачами поста (палаты) пробуждения являются предоперационная подготовка пациентов, а также проведение интенсивного наблюдения, интенсивного ухода и интенсивной терапии пациентов после хирургических вмешательств, выполненных в условиях общей или регионарной анестезии, до восстановления жизненно важных функций, при отсутствии признаков кровотечения из области хирургического вмешательства, послеоперационной тошноты и рвоты, адекватном обезболивании.

Основными задачами анестезиолого-реанимационной службы являются: 1) оценка физического статуса пациента перед операцией, определение анестезиологического риска и участие в проведении предоперационной подготовки; 2) обеспечение анестезиологического пособия при медицинских вмешательствах и болевом синдроме; 3) осуществление комплекса мер по реанимации и интенсивной терапии пациентов, поступивших в приемное отделение или в другие отделения, находящихся в ОАРИТ или других отделениях, с нарушением функций жизненно важных органов, возникших вследствие заболевания, травмы, родов, после оперативного вмешательства и других причин; 4) обеспечение непрерывности лечебно-диагностического процесса на этапе оказания медицинской помощи в ОАРИТ при взаимодействии с другими структурными подразделениями и с иными организациями здравоохранения.

Медицинская помощь анестезиолого-реанимационной службой оказывается в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения, утвержденными Министерством здравоохранения, и включает в себя: 1) проведение лечебно-диагностических мероприятий у пациентов, находящихся в критическом состоянии; 2) осуществление комплекса реанимационных мероприятий и интенсивной терапии пациентов с нарушением функций жизненно важных органов, возникших после оперативного вмешательства или вследствие заболевания, травмы, родов и других причин, поступивших из приемного отделения, других отделений или находящихся в ОАРИТ и или в других отделениях.

При поступлении в организацию здравоохранения пациентов в крайне тяжелом состоянии, требующих проведения неотложной интенсивной терапии и реанимационных мероприятий, они госпитализируются в ОАРИТ, минуя приемное отделение. При поступлении в приемное отделение пациенты с острыми расстройствами функций жизненно важных органов и систем или при угрозе их возникновения осматриваются врачом-анестезиологом-реаниматологом для решения вопроса о необходимости проведения интенсивной терапии в условиях ОАРИТ. Пациенты с неустановленным диагнозом и имеющие признаки или угрозу развития нарушений функций жизненно важных органов должны быть госпитализированы для проведения реанимационных мероприятий, интенсивной терапии, дифференциальной диагностики и интенсивного наблюдения в отделение анестезиологии и реанимации.

Следует отметить, что в ОАРИТ не направляются пациенты в вегетативном состоянии, с хроническими заболеваниями и в состояниях, при которых смерть является логическим завершением основного патологического процесса, а лечение сводится к облегчающей страдания терапии.

Выводы

Таким образом, основными задачами анестезиолого-реанимационной службы являются подготовка и проведение анестезии пациентам при хирургических вмешательствах, диагностических и лечебных манипуляциях, а также проведение комплекса мероприятий по восстановлению и поддержанию нарушенных функций организма, возникших вследствие заболевания, травмы, операции и других причин, до их стабилизации. Объем и содержание медицинской помощи пациенту в ОАРИТ определяется врачом-анестезиологом-реаниматологом в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Спас, В. В. Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия: пособие для субординаторов-хирургов / В. В. Спас, К. М. Бушма. — Гродно: ГрГМУ, 2007. — 244 с.
2. Об утверждении инструкции о порядке организации деятельности анестезиолого-реанимационной службы: Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 2 мая 2012 г., № 483 // Naviny [Электронный ресурс] / Информационный портал Республики Беларусь. — Минск, 2017.

УДК 616.63-022

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Козлова Е. В.

Научные руководители: ассистент М. Б. Лемтюгов,
старший преподаватель А. С. Князюк

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Инфекции мочевой системы занимают второе место после респираторных заболеваний среди всех микробных процессов [1].

По статистике заболеваемости в РБ каждый год прирост инфекций мочеполовой системы составляет около 3,2 тыс. впервые выявленных случаев на 100 тыс. населения. Среди всех болезней, осложнявших беременность, инфекции мочевыводящих путей стоят на первом месте, составив 26,2 %, а среди заболеваний, осложнивших роды – на втором месте, составив 149,7 случаев на 1000 родов [2].

Наиболее частым этиологическим фактором развития инфекций мочевой системы является кишечная палочка (*E. coli*). Согласно данным различных источников, *E. coli* составляет 75–80 % среди всех уропатогенов, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella*, *Enterococcus*, *Pseudomonas* — 15–10 %, *Staphylococcus saprophyticus* — 6–8 %, другие инфекции — 4–2 % [1].

Формирование и распространение резистентности к антибиотикам у грамотрицательных бактерий является одной из наиболее актуальных проблем современной антибиотикотерапии. Рост резистентности к антибактериальным препаратам представляет собой социально-экономическую проблему, так как при этом увеличивается длительность госпитализации, стоимость лечения, ухудшается прогноз выздоровления больных, ухудшается эпидемиологическая ситуация в плане распространения в обществе резистентных штаммов [3].

Цель

Проведение анализа структуры возбудителей инфекций мочевыделительной системы и их чувствительности к антибиотикам.

Материал и методы исследования

В настоящее исследование были включены результаты посевов 781 пациента, находившихся на лечении в урологическом отделении УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» с 2014 по 2016 гг. Материалом для исследования являлись журналы посевов на флору и чувствительность за вышеуказанный период.

Обработка данных и анализ результатов исследования были проведены с использованием программы «Microsoft Office Excel 2007».

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе проведенного исследования было установлено, что из 781 посева на микрофлору и чувствительность к антибиотикам дали рост посева 84 (10,8 %) человек. В остальных же посевах 697 (89,2 %) — рост аэробной микрофлоры не обнаружен. Чаще всего посева производились у пациентов с мочекаменной болезнью (МКБ) — 270 (34,6 %) посевов. При ней же микроорганизмы высевались наиболее часто — 37,3 % случаев из всех диагнозов, при которых посева дали рост. Чаще всего при МКБ высевалась *E. coli* — в 48,4 % случаев. С одинаковой частотой высевались *Pr. mirabilis* и *Ps. aeruginosa* — в 12,9 % случаев каждый.