

ный (FVa/ФХа) комплексы. FVIII активируется в фазу усиления и фиксируется на тромбоцитах. ФХа переносится на поверхность тромбоцитов с места активации (поверхность ТФ-несущих клеток) ещё в фазу инициации; дополнительное его количество образуется на тромбоцитах под действием образованного в фазу усиления ФХIа. Теназный комплекс на поверхности тромбоцитов активирует FX, связанный со своим кофактором FVa (пришедшим из фазы усиления). Образовавшийся протромбиназный комплекс обеспечивает лавинообразное нарастание уровня тромбина. Тромбин переводит фибриноген (FI) в фибрин (FIa), а также активирует FXIII, обеспечивающий стабилизацию фибриновых нитей и образование множества ковалентных перекрёстных связей между ними [2].

Таким образом, ставшее классическим словосочетание «коагуляционный каскад» не совсем верно от-

ражает суть функционирования системы гемостаза. «Каскад» подразумевает простую однонаправленную цепочку событий, в то время как в процессе коагуляции имеется множество перекрёстных реакций, что необходимо учитывать в диагностике и лечении патологии гемостаза.

Список литературы

1. Баркаган З.С. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза / З.С. Баркаган, А.П. Момот. – М.: Ньюдиамед, 2001. – 296 с.
2. Основы клинической гематологии: учебное пособие / С.А. Волкова, Н.Н. Боровков. – Н. Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2013. – С. 42-55.
3. Патофизиология: учебник: в 2-х томах / под ред. В.В. Новицкого, Е.Д. Гольдберга, О.И. Уразовой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. 2. – С. 111.
4. Hoffman M.A. Cell-based model of hemostasis / M.A. Hoffman, D.M. Munroe // *Thromb Haemost.* – 2001. – № 85. – С. 958-965.

Секция «Сестринское дело»

**научный руководитель – Камынина Наталья Николаевна, доктор мед. наук,
декан факультета высшего сестринского образования и психолого-социальной работы**

ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ С ПАЦИЕНТАМИ С РАЗЛИЧНОЙ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНОЙ БОЛЕЗНИ

Журавлева Е.С., Островская И.В.

*Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия,
e-mail: 1986alena2008@rambler.ru*

Реформа здравоохранения, происходящая в Российской Федерации, внедрение в практику высокотехнологичной медицинской помощи определяют новые требования к специалистам сестринского дела. Очевидно, что решение большинства проблем, стоящих перед отечественной системой здравоохранения, в значительной степени зависит от квалификации медицинских кадров, непрерывного образования специалистов здравоохранения с использованием наиболее эффективных форм обучения. В связи с реформой здравоохранения появилась реальная возможность развивать не только медицинские технологии, но и так называемые технологии сестринского дела.

Медицинские сестры, которые работают не первый год после окончания среднего специального образовательного учреждения, в связи с большими объемами работы, эмоциональными перегрузками и усталостью не стремятся к совершенствованию и налаживанию контакта для взаимодействия с пациентами, а ведь большинство жалоб пациентов порождается именно из-за таких отношений, несмотря на то, что медицинская сестра безупречно выполнила манипуляции.

Через общение проявляются индивидуальные особенности пациента и профессиональные особенности медсестры. Взаимодействие с пациентом только как с биологическим существом без учета его психической, социальной и духовной сфер делает услуги системы здравоохранения в большинстве случаев механистическими и негуманными.

В настоящее время в качестве понятия, определяющего отражение болезни в психике человека, наиболее распространен термин, предложенный Р.А. Лурией, – «внутренняя картина болезни».

Суть его заключается в интеллектуальной интерпретации диагноза заболевания, когнитивной оценке его тяжести и прогноза и в формировании на этой основе эмоционального и поведенческого паттерна.

Он охватывает разнообразные стороны субъективной картины заболевания. Это сложное, структу-

рированное понятие включает, по крайней мере, четыре уровня психического отражения болезни в психике заболевшего:

- 1-й уровень – чувственный, уровень ощущений;
- 2-й уровень – эмоциональный (различные виды реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия);
- 3-й уровень – интеллектуальный (представления, знание больного о своем заболевании, размышления о его причинах и возможных последствиях);
- 4-й уровень – мотивационный (отношение больного к своему заболеванию, изменение поведения и образа жизни в условиях болезни).

Внутренняя картина болезни отражает внутреннюю картину здоровья. Люди, которые чувствуют источник силы внутри себя, болеют реже, чем те, кто видит источник силы в других людях. Аутопластическая картина болезни зависит от сознания (осознания) заболевания. Сначала она складывается бессознательно и осознается частично. Срабатывает механизм «уход в болезнь», если человек использует болезнь, как вторичную выгоду.

Внутренняя картина болезни, по мнению Р.А. Лурия, находится в очень большой зависимости от индивидуально-психологических факторов – это свойства темперамента, особенности характера, качества личности, мировоззрения, общего культурного уровня, социальной среды и воспитания, а так же от социально-конституционных факторов, таких как пол, возраст и профессия.

В отечественной литературе проблема целостного рассмотрения личности и болезни поднималась в трудах таких врачей-интернистов, как М.Я. Мудров, С.П. Боткин, Г.А. Захарьин, Н.И. Пирогов. Позднее появились работы, которые использовали понятие, введенное для исследовательских целей Р.А. Лурия и А. Гольдшейдером, о внутренней картине болезни.

Существует несколько классификаций реагирования больного на болезнь. Например, классификация А.Е. Личко и Н.Я. Иванова создана на основе оценки влияния трех факторов:

1. природы соматического заболевания,
2. типа личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера,
3. отношения к данному заболеванию в референтной для больного группе.

Эти типы объединены по блокам.

Первый блок включает типы отношения к болезни, при которых социальная адаптация существенно не нарушается: гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы.

Второй блок включает типы реагирования преимущественно с интропсихической направленностью, т.е. это тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический тип. Эмоционально-аффективная сфера отношений у больных с этими типами реагирования клинически проявляется в дезадаптивном поведении и реакциях по типу раздражительной слабости, а также в тревожном, подавленном, угнетенном состоянии. Характеризуется «уходом в болезнь», отказом от борьбы за здоровье, выздоровление.

Третий блок – типы реагирования с интропсихической направленностью – это сензитивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический. Пациенты с этими типами отношения к болезни при различных эмоционально-аффективных реакциях на болезнь характеризуются дезадаптивным поведением, которое может приводить к нарушению их социального функционирования.

Необходимо помнить, что при многих заболеваниях у пациентов возникают те или иные особенности психической деятельности. Например, у пациентов на поздних стадиях почечной недостаточности возникают астении почечного происхождения обычно в сочетании выраженной гиперестезии и раздражительности со стойкими нарушениями сна. Характерным также является наличие дисфорического оттенка настроения, слабо выраженные вегетативные расстройства, периодически возникающие нарушения схемы тела.

Таким образом, в центре внимания проблемы внутренней картины болезни находится психология личности больного. Только во взаимодействии с ней повышается надежность результатов лечения и реабилитации.

Медицинской сестре следует использовать знания о типах личности пациента для построения оптимальных взаимоотношений.

Тревожного пациента, вечно волнующегося, медицинской сестре следует успокоить позитивными примерами. У подозрительного человека следует попытаться завоевать доверие. Демонстративно ведущего себя человека не следует разоблачать, а можно апеллировать к его героизму. Пациента с депрессивным настроением нужно постараться заразить оптимизмом и верой в выздоровление или улучшение течения болезни. Ипохондриков, озабоченных болезнью, следует переключать внимание. Для медицинской сестры определение этих установок, подчеркивая активную роль самого индивида, развивая у него способности противостоять болезни, поддерживая желание изменить поведение и исправить грехи, искупить вину.

Медицинским сестрам при общении следует учитывать также уровень общей культуры пациента, ибо крайности способны вызывать тяжелые психологические реакции вследствие недостатка, или избытка информации о заболевании.

Выводы

1. Чтобы взаимодействие медицинской сестры и пациента было эффективным, медицинская сестра должна основываться на знаниях о подлинной культуре общения, обращать внимание на возрастные особенности при заболевании и отношении к нему. Медицинской сестре следует использовать знания о типах личности пациента, учитывать уровень общей культуры. Важная роль в общении с пациентом отводится именно тому, какой подход выберет медицин-

ская сестра по отношению именно к тому типу реагирования на болезнь у пациента.

2. Пациенты, находящиеся в стационаре, испытывают гамму чувств, эмоций и переживаний о своем состоянии, отсутствии на работе, ограниченным режимом передвижения и плохим самочувствием. Задача медицинской сестры помочь пациенту справиться с трудностями, рассказать о режиме, оказать психологическую поддержку и пациентам, и родственникам.

Список литературы

1. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. – Л.: Медицина, 1980.
2. Межличностные аспекты сестринского дела: учебное пособие / пер. с англ.; под общ. ред. профессора Г.М. Перфильевой. – М.: ГЭОТАР МЕД, 2006.
3. Силюнова И.В. Нравственная культура врача как основание медицинского профессионализма // Экономика здравоохранения. – 2005. – № 1.
4. Урванцев Л.П. Психология соматического больного. – Ярославль, 2000.
5. Цветкова И.В. Проблема психологического изучения внутренней картины здоровья // Психологические исследования. – 2012. – № 1(21).

ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРЕВЯЗОЧНОЙ МЕДСЕСТРЫ

Кузнецова Е.А., Косцова Н.Г.

Первый Московский государственный медицинский университет им. П.В. Сеченова, Москва, Россия, e-mail: zharkih-elena@mail.ru

Введение

Огромное значение в работе хирургического отделения определяет перевязочный кабинет, в котором происходят манипуляции по обработке и санации различных раневых поверхностей, а также выполнения ряда диагностических процедур. Перевязочные кабинеты являются неотъемлемой структурной единицей любого отделения хирургического профиля. В них осуществляется огромный объем лечебно-диагностических процедур, от правильности проведения которых во многом зависит качество оказания медицинской помощи, длительность пребывания пациента в стационаре, эффективность хирургического лечения или оперативного вмешательства, вероятность развития различного рода осложнений и многое другое.

За всю историю классической медицины вопросам работы перевязочного кабинета, качеству проводимых перевязок уделялось большое внимание. Данный вопрос и пути его решения постоянно обсуждались, так как это имеет принципиальное значение для повышения качества лечения, уменьшения количества койко-дней по каждой нозологии, целому ряду других медицинских целей. В условиях современной медицины, неуклонного ее развития, это вопрос приобретает особый смысл, так как многие из трудноизлечиваемых и неизлечимых ранее заболеваний ныне достаточно успешно поддаются лечению на уровне малоинвазивных вмешательств и консервативного лечения при условии полноценного использования современных лекарственных средств, препаратов, технологий, а также грамотного использования возможностей перевязочного кабинета, при условии высокого профессионального уровня сотрудников.

Таким образом, вопрос повышения качества работы перевязочной медсестры является актуальным особенно в наши дни, когда от правильности и качества проводимых перевязок часто зависит исход лечебного процесса

Сейчас, на современном этапе, не рассматривать вопрос качества производимых перевязок просто нельзя. Тем более, что в ряде случаев лишь только улучше-