

13. Schober M. et al. Guidelines on advanced practice nursing. – 2020.
14. Стельмашонок В. А., Владимирова Н. В. Основы реабилитации, физиотерапии, массажа и лечебной физкультуры. – 2015.
15. Jensen G. M. et al. Expert practice in physical therapy //Physical therapy. – 2000. – Т. 80. – №. 1. – С. 28-43.
16. Kaplan S. L., Coulter C., Feters L. Developing evidence-based physical therapy clinical practice guidelines //Pediatric Physical Therapy. – 2023. – Т. 25. – №. 3. – С. 257-270.
17. Васильченко Е. М. и др. Применение инструментов международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья в реабилитационной практике на модели пациентов с травматической болезнью спинного мозга //Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2017. – Т. 16. – №. 5. – С. 234-243.
18. Беляева Е. А., Хадарцев А. А. Системный подход к медицинской реабилитации пациентов с остеопорозом //Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2020. – Т. 9. – №. 1. – С. 13-17.
19. Виноградова Т. В. и др. МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА //ДАВИДЕНКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ. – 2016. – С. 43-44.
20. Куталова Н. А., Тютерева О. В. Роль медицинской сестры в проведении физиотерапевтических процедур //Медсестра. – 2017. – №. 7. – С. 41-43.
21. Третьяк А. В. Этика и деонтология в работе медицинской сестры //Вестник хирургии Казахстана. – 2022. – №. 4 (32). – С. 96-96.

УДК 614.253.52:616-036.86

## ЕРТЕ ОҢАЛТУДАҒЫ МЕЙІРГЕРЛІК КҮТІМДІ ҰЙЫМДАСТЫРУ: МОДЕЛЬДЕР, ПРОТОКОЛДАР ЖӘНЕ БАСҚА ҚЫЗМЕТТЕРМЕН ҮЙЛЕСТІРУ

Алтынбекова А.Ж.<sup>1</sup>, Халыхбай К.<sup>2</sup>, Кожажулова А.С.<sup>3</sup>, Тлеулинова Р.Р.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> «Ұлттық балаларды оңалту орталығы» КЕАҚ клиникалық оңалту басқармасының аға мейіргері, Астана қ., Қазақстан Республикасы

<sup>2</sup> «Ұлттық балаларды оңалту орталығы» КЕАҚ №1 психоневрологиялық бөлімінің аға мейіргері, Астана қ., Қазақстан Республикасы

<sup>3</sup> «Ұлттық балаларды оңалту орталығы» КЕАҚ №1 психоневрологиялық бөлімінің мейіргері, Астана қ., Қазақстан Республикасы

<sup>4</sup> «Ұлттық балаларды оңалту орталығы» КЕАҚ мейіргерлік іс жөніндегі директоры, Астана қ., Қазақстан Республикасы

**Түйіндеме.** Мақалада ерте оңалту және күтім жүйесіндегі мейірбикенің рөлі жан-жақты қарастырылады. Неонатологиядан бастап жедел неврологиялық жағдайлардан кейінгі ересектерге дейін әртүрлі жас топтарындағы клиникалық, құқықтық және ұйымдастырушылық аспектілер сипатталады. Стандартталған жүйелер North American Association for Nursing Diagnostics (NANDA-I), Nursing Interventions Classification (NIC), Nursing Outcomes Classification (NOC), «мейірбике-үйлестіруші» моделі және Barthel, Functional Independence Measure(FIM), Braden шкалалары бойынша бағалау құралдары қамтылған. Жаңа туған және балаларға күтім жасау стратегиялары, инсульттен кейінгі және жұлын жарақаттары кезіндегі реабилитация сипатталады. Құжат жүргізу, функцияларды делегаттау, пациент құқықтарын қорғау және International Organization for Standardization (ISO) мен Joint International Commission (JCI) жүйелері арқылы сапаны басқару этика-құқықтық шеңберде талданған. Сонымен қатар, мейірбикелердің кәсіби және үздіксіз біліктілігін арттыру мәселелері де қозғалған. Мақала дәлелді медицина және халықаралық нұсқаулықтарға негізделген.

**Түйін сөздер:** ерте күтім, мейірбикелік оңалту, клиникалық нұсқаулықтар, көпсалалы команда, сапа стандарттары, құжаттама, этикалық жауапкершілік, функционалды бағалау, педиатриялық күтім.

## ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА В РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ: МОДЕЛИ, ПРОТОКОЛЫ И КООРДИНАЦИЯ С ДРУГИМИ СЛУЖБАМИ

Алтынбекова А.Ж.<sup>1</sup>, Халыкбай К.<sup>2</sup>, Кожажулова А.С.<sup>3</sup>, Тлеулинова Р.Р.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Старшая медицинская сестра управления клинической реабилитации НАО «НЦДР», Астана, Республика Казахстан

<sup>2</sup> Старшая медицинская сестра психоневрологического отдела №1 НАО «НЦДР», Астана, Республика Казахстан

<sup>3</sup> Медицинская сестра психоневрологического отдела №1 НАО «НЦДР», Астана, Республика Казахстан

<sup>4</sup> Директор по сестринскому делу НАО «НЦДР», Астана, Республика Казахстан

**Резюме.** Статья посвящена многоаспектному анализу роли медсестры в системе раннего ухода и реабилитации. Рассматриваются клинические, нормативные и организационные аспекты сестринского участия в восстановлении пациентов разных возрастных категорий — от новорожденных с врождёнными патологиями до взрослых после острых неврологических состояний. Акцент сделан на стандартизированных подходах North American Association for Nursing Diagnostics (NANDA-I), Nursing Interventions Classification (NIC), Nursing Outcomes Classification (NOC), модели «медсестра-координатор» и оценочных шкалах (Barthel, Functional Independence Measure (FIM), Braden). Подробно описаны сестринские стратегии при неонатальных и педиатрических вмешательствах, а также в условиях черепно-мозговой травмы (ЧМТ), инсульта, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и спинальных травм. В статье разобраны этико-правовые механизмы: делегирование, документирование, защита прав пациента, а также участие в контроле качества ухода в рамках стандартов International Organization for Standardization (ISO) и Joint International Commission (JCI). Рассматриваются требования к образовательной и профессиональной подготовке медсестёр, включая программы непрерывного развития. Статья опирается на международные гайдлайны, данные доказательной медицины и мультидисциплинарный подход.

**Ключевые слова:** ранний уход, сестринская реабилитация, клинические рекомендации, мультидисциплинарная команда, стандарты качества, документация, этическая ответственность, функциональная оценка, педиатрическая помощь.

## ORGANIZATION OF NURSING CARE IN EARLY REHABILITATION: MODELS, PROTOCOLS, AND COORDINATION WITH OTHER SERVICES

Altynbekova A.Zh.<sup>1</sup>, Khalykbai K.<sup>2</sup>, Kozhagulova A.S.<sup>3</sup>, Tleulinova R.R.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Senior Nurse of the Clinical Rehabilitation Department «» NJSC «NCCR», Astana, Republic of Kazakhstan

<sup>2</sup> Senior Nurse of Neurology Department No. 1 NJSC «NCCR», Astana, Republic of Kazakhstan

<sup>3</sup> Nurse of Neurology Department No. 1 NJSC «NCCR», Astana, Republic of Kazakhstan

<sup>4</sup> Director of Nursing NJSC «NCCR», Astana, Republic of Kazakhstan

**Abstract.** This article presents a comprehensive analysis of the nurse's role in early care and rehabilitation systems. It explores clinical, regulatory, and organizational aspects of nursing support across age groups—from neonates with congenital conditions to adults recovering from acute neurological incidents. Standardized nursing classifications Association for Nursing Diagnostics (NANDA-I), Nursing Interventions Classification (NIC), Nursing Outcomes Classification (NOC), the “nurse coordinator” model, and assessment tools such as Barthel Index, Functional Independence Measure (FIM), and Braden Scale are examined. Strategies for neonatal and pediatric care, post-stroke management, spinal injuries, and Traumatic Brain Injury (TBI) are detailed. The article discusses ethical and legal principles of documentation, task delegation, and patient rights protection. It also highlights quality assurance involvement through International Organization for Standardization (ISO) and Joint International Commission (JCI) frameworks. Particular attention is paid to the educational and professional training of nurses, including continuous development programs. The article is grounded in evidence-based medicine, international guidelines, and a multidisciplinary care philosophy.

**Keywords:** early care, nursing rehabilitation, clinical guidelines, multidisciplinary teams, quality standards, documentation, ethical responsibility, functional assessment, pediatric care.

**Корреспондент-автор:** Алтынбекова А.Ж. «Ұлттық балаларды оңалту орталығы» КЕАҚ клиникалық оңалту басқармасының аға мейіргері, Астана қ., Қазақстан Республикасы

Адрес: пр.Туран 36

Контактный телефон: 87014883396

E-mail: [aijan\\_20.74@mail.ru](mailto:aijan_20.74@mail.ru)

### **Введение**

Согласно докладу Всемирной организации здравоохранения и ЮНИСЕФ, на сегодняшний день более 2,4 миллиарда человек по всему миру нуждаются в реабилитации, включая медицинский и сестринский уход, направленный на восстановление функций после болезней, травм и возрастных изменений [1]. Это означает, что каждый третий житель планеты потенциально сталкивается с ограничениями, требующими специализированной поддержки. Особенно это актуально для пожилых пациентов, детей с врождёнными нарушениями и лиц, перенёвших острые состояния. Столь масштабные цифры говорят не только о медицинской, но и о социальной значимости проблемы. В последние годы интерес к раннему уходу и его роли в системе здравоохранения вырос многократно. Причина — высокая частота инсультов, которые занимают второе место в мире среди причин смертности, уступая лишь ишемической болезни сердца [2]. Но даже те пациенты, кто переживает острый этап, нередко сталкиваются с длительной инвалидностью. По данным клинических исследований, до 30% выживших после инсульта сохраняют выраженные физические дефициты, требующие незамедлительного и специализированного сестринского вмешательства [2]. Здесь не идёт речь о вспомогательных функциях: речь — о системной работе, включающей в себя раннюю мобилизацию, уход за кожей, питание, дыхательную поддержку и обучение бытовым навыкам. Кроме клинических аргументов, имеются и экономические.

Исследование Kangovi и соавторов продемонстрировало, что внедрение программ раннего ухода с активным участием медсестёр приводит к значительной экономии ресурсов и одновременно повышает качество жизни пациентов [2]. Это результат не просто ранней выписки, а точного взаимодействия внутри мультидисциплинарной команды, где сестра выступает координирующим звеном. Автор подчёркивает: вложения в ранний уход — это инвестиция с положительной окупаемостью, особенно в уязвимых группах населения. В структуре такой системы ключевую роль играет медсестра. Это подтверждается исследованиями Sobleу и коллег, в которых пациенты, выписанные из стационара по программам раннего ухода, отмечали, что именно сестринская поддержка стала критическим элементом успешной адаптации [3]. Медсестра не просто выполняла процедуры, но и сопровождала пациента на каждом этапе — от физической активности до консультирования семьи. Такой подход формирует доверие, снижает тревожность и способствует более полному восстановлению. В работе Rodgers и Price подчёркивается, что медсестра в составе реабилитационной команды — это не вспомогательная, а интегрирующая фигура [4].

В рамках программ ранней поддерживающей выписки (Early Supported Discharge) именно она отслеживает динамику состояния, корректирует объёмы нагрузки, координирует работу с физиотерапевтами и логопедами. Это требует высокого уровня клинической автономии, грамотного документооборота и способности к принятию решений. Кроме того, как отмечается в обзоре Swanson и соавторов, роль зарегистрированной медсестры в системе общественного здоровья выходит далеко за пределы клиники [5]. Она охватывает оценку социальных факторов, профилактику, участие в распределении ресурсов и координацию между секторами. Такой подход особенно важен в условиях ограниченного доступа к специализированным услугам, где именно медсестра способна интегрировать усилия разных специалистов в единый план ухода.

Цель данной статьи — структурировать и критически осмыслить существующие модели сестринского ухода в системе ранней реабилитации. В центре внимания — описание ключевых компонентов early care, аналитический обзор международных стандартов и выявление наиболее действенных стратегий сестринского сопровождения пациентов разных возрастных групп в острый и подострый периоды.

### **Нормативные и клинические основания раннего ухода и реабилитации**

Определение понятия «ранний уход» в современном здравоохранении базируется на позициях ведущих международных организаций, включая ВОЗ и Международный совет медсестер (ICN). Согласно позиции Всемирной организации здравоохранения, ранний уход охватывает не только клинические вмешательства, но и комплекс поддерживающих мероприятий, начиная с момента рождения или наступления острого состояния. Например, в неонатологии это отсроченное пережатие пуповины, немедленное обсушивание, мониторинг дыхательной активности, контакт кожа-к-коже и

начало грудного вскармливания в течение первого часа жизни. Эти процедуры не рассматриваются как формальности: каждое из них имеет доказанное значение для снижения перинатальных осложнений и улучшения прогноза [6].

ICN в своей профессиональной дефиниции подчёркивает, что сестринский уход в раннем этапе — это не только выполнение назначений врача, но и самостоятельная деятельность, требующая критического мышления, клинической оценки и своевременного реагирования. Медсестра не просто обслуживает пациента — она принимает участие в формировании маршрута ухода, в принятии решений и в координации межпрофессиональных действий. Это особенно ярко проявляется в тех случаях, когда пациент находится в состоянии постоперационного риска или имеет тяжёлый неврологический статус. Разграничение понятий «профилактический уход», «интенсивная терапия» и «восстановительное сестринское вмешательство» в данном контексте становится особенно важным: профилактика предотвращает осложнения, интенсивная терапия стабилизирует, а восстановление возвращает функциональность.

Клинические показания к началу ранней реабилитации охватывают несколько приоритетных направлений. В неонатологии — это преждевременно рождённые дети с дыхательными нарушениями, риском кровоизлияний в мозг и нарушениями терморегуляции. В статье М. В. Вдовиной отмечается, что создание службы ранней помощи на базе медико-социальных центров позволяет не только сократить число осложнений, но и обеспечить системную поддержку ребёнку в критический период адаптации [6]. Этот подход требует от медсестры не только клинической компетентности, но и владения методами патронажной работы, оценки рисков и взаимодействия с педиатром, неонатологом и родителями. Во взрослом контексте показания к ранней сестринской реабилитации появляются уже в первые часы после операций. У пациентов, перенёсших обширные хирургические вмешательства, особенно на брюшной полости или позвоночнике, крайне важна грамотная организация раннего подъёма, контроль болевого синдрома, проведение дыхательных упражнений и нутритивная коррекция. Как подчёркивает Поважная Е. Л., на этом этапе медсестра нередко берёт на себя и психологическую поддержку, и образовательную роль, помогая пациенту адаптироваться к новым ограничениям и выстроить план постепенного восстановления [7].

Отдельной категорией пациентов, нуждающихся в системной ранней реабилитации, являются больные, перенёсшие инсульт или тяжёлую черепно-мозговую травму. С первых суток в восстановительный процесс активно вовлекается сестринский персонал. Он отслеживает динамику витальных функций, проводит профилактику пролежней, контролирует уровень сознания и когнитивной активности. В исследовании Ибрагимова М. Ф. и соавт. указано, что начало специализированного ухода в течение 24–72 часов после инсульта позволяет сократить срок реабилитации на 15–20%, а также снизить риск повторной госпитализации [8]. Эти данные доказывают, что медсестра не просто сопровождает процесс — она влияет на его исход.

Международные гайдлайны (NICE, WHO, CDC, EFN) подчёркивают мультидисциплинарную природу раннего ухода. В документах NICE подробно описана структура взаимодействия между медсестрой, физиотерапевтом, логопедом и социальным работником при уходе за детьми и подростками. CDC, в свою очередь, предлагает алгоритмы оценки раннего развития и программы по обучению персонала, работающего в системе дошкольного ухода. EFN делает акцент на важности цифровой документации и использовании телемедицинских решений для обеспечения непрерывности и отслеживания качества сестринских вмешательств. Все эти подходы, несмотря на разнообразие контекстов, опираются на одну ключевую идею: медсестра — это не вспомогательная, а центральная фигура в системе ранней реабилитации.

#### **Стандарты и модели сестринского участия в программах ранней реабилитации**

В современных реабилитационных протоколах всё большее внимание уделяется внедрению стандартизированных подходов сестринского ухода. Системы NANDA-I, NIC и NOC позволяют не только унифицировать клинический язык, но и повысить предсказуемость и качество медико-сестринских вмешательств. Примером может служить опыт использования симулированных пациентов при подготовке специалистов, когда обучение строится на моделировании типичных клинических ситуаций с применением стандартной терминологии. Большакова И. А. подчёркивает, что данная методика способствует развитию профессионального мышления у медсестёр и более осознанному применению международных классификаций в реальной практике [9]. Это особенно актуально для реабилитационных отделений, где точность и последовательность в действиях критичны для восстановления пациентов.

Параллельно с инструментальной стандартизацией усиливается и институциональная роль сестринского персонала. Модель «медсестра-координатор» уже не является исключительно

теоретической концепцией — она реализована в учреждениях различного профиля, включая интернаты, геронтологические центры и неврологические стационары. На примере психоневрологических интернатов С. Н. Пузин описывает, как внедрение такой позиции повлияло на изменение всей структуры взаимодействия внутри мультидисциплинарной команды. Медсестра в этой роли не просто распределяет назначения — она сопровождает пациента на протяжении всей реабилитационной траектории, отслеживая отклонения, адаптируя план вмешательств и выступая связующим звеном между врачами, социальными службами и родственниками [10]. Это требует не только клинических навыков, но и компетенций в области планирования, коммуникации и оценки эффективности.

Эффективность вмешательств сегодня не может оцениваться субъективно. Использование клиничко-функциональных шкал стало обязательной практикой в ведущих реабилитационных системах. Barthel Index даёт числовую оценку способности пациента выполнять базовые функции самообслуживания — от гигиены до питания. FIM предоставляет более детализированную картину, позволяя проследить не только физическую, но и когнитивную автономность больного. В условиях, где значимость профилактики осложнений так высока, применение шкалы Braden помогает своевременно выявить риски развития пролежней и сформировать превентивные стратегии. Особенно важно, что все эти шкалы сегодня всё чаще интегрируются в электронные клинические системы, совместимые с международными базами терминов, такими как SNOMED CT. Пашкина Е. С. подчёркивает, что внедрение таких структурированных онтологических систем позволяет не только повысить прозрачность сестринской документации, но и проводить автоматизированный аудит качества ухода [11]. Это открывает возможности для кросс-клинического сравнения данных, аналитики и улучшения управления сестринскими службами на системном уровне.

Международный опыт лишь подтверждает актуальность интеграции вышеописанных подходов. В Канаде, Швеции, Японии и Германии модель сестринского координатора давно встроена в базовую структуру служб ранней помощи. В этих странах медсестра не ограничена рутинными задачами — напротив, она активно участвует в принятии клинических решений, анализе динамики пациента и формировании маршрутов ухода. К примеру, в японских клиниках используется цифровой дневник сестринского наблюдения, где автоматически отображаются данные оценки по FIM и Barthel. Это не просто облегчает рабочий процесс, а позволяет в реальном времени адаптировать стратегию реабилитации с учётом даже незначительных изменений в состоянии пациента. В Германии активно тестируется система автоматического подсчёта Braden Index через носимые сенсоры давления, что в будущем может исключить необходимость ручной оценки риска пролежней.

### **Сестринские стратегии в реабилитации после неонатальных и педиатрических вмешательств**

Сестринские стратегии в педиатрической реабилитации формируются под воздействием клинической необходимости, прогностической неопределённости и потребности в междисциплинарной координации. Уход за детьми с врождёнными аномалиями, детским церебральным параличом, СМА и ретинопатией недоношенных требует не только рутинных манипуляций, но и понимания этапов нейропластичности, уязвимости в раннем возрасте и роли семьи как терапевтического фактора. Hadders-Algra и соавт. в систематическом обзоре отметили, что наибольшую эффективность в ранней реабилитации демонстрируют программы, основанные на активном участии родителей при поддержке квалифицированного сестринского персонала. Они обеспечивают улучшение моторных функций у младенцев с высоким риском ДЦП, если вмешательство начато до 5–6 месяца жизни [12].

В контексте неонатальной интенсивной терапии модель FICare (семейно-интегрированный уход) стала одной из наиболее клинически обоснованных и широко применяемых. Медсестра здесь выполняет не только роль клинициста, но и наставника, проводника для родителей, впервые столкнувшихся с тяжёлой патологией ребёнка. Исследование O'Brien и коллег подтвердило, что вовлечение родителей в базовый уход, включая гигиену, мониторинг состояния и кормление, снижает уровень тревожности у матерей, сокращает продолжительность ИВЛ у детей и приводит к более стабильной прибавке массы тела [13]. Этот эффект невозможно объяснить лишь физиологией — он проявляется именно на уровне структурированной сестринской работы с семьёй.

У детей с расстройствами аутистического спектра, задержкой сенсомоторного развития, нарушениями коммуникации медсестра может принимать участие в реализуемых через игровую терапию сенсорных и поведенческих вмешательствах. По данным Case-Smith и Arbesman, сенсорная интеграция, работа с тактильной гиперреактивностью и модуляцией возбуждения являются ключевыми компонентами успешной терапии в амбулаторных и домашних условиях. Здесь роль

медсестры — не в выполнении методик, а в сопровождении семьи, обучении опекунов, контроле соблюдения режима, создании поддерживающей среды [14].

Реабилитационные стратегии невозможны без учёта эмоционального состояния семьи. В особенности это касается матерей, прошедших через интенсивную терапию ребёнка в неонатальном периоде. Ji и Shim в своём исследовании доказали, что правильно структурированная программа сестринского сопровождения в сообществе значительно снижает уровень родительского стресса, повышает уверенность в уходе и способствует формированию устойчивых поведенческих навыков [15]. В этих программах медсестра — не просто консультант, а точка стабильности, нить между госпитализацией и возвращением домой.

Все вышеперечисленные компоненты — уход при врождённых состояниях, работа с питанием, физическая активизация, обучение родителей и психологическая поддержка — реализуются не изолированно, а как связанная система. На практике это означает, что медсестра в педиатрической реабилитации не «присматривает» за ребёнком, а является интегральной частью терапевтической среды. Именно это профессиональное многообразие и делает её вклад в раннюю помощь уникальным и незаменимым.

### **Сестринское сопровождение в раннем восстановительном периоде после острых состояний у взрослых**

Ранняя фаза реабилитации после инсульта — это не просто период восстановления, это время, когда каждое вмешательство определяет последующую функциональную автономию пациента. По результатам клинического наблюдения, представленным Ф. А. Хабировым, внедрение мультидисциплинарного подхода с активным участием медсестры позволяет уже в первые недели добиться достоверного улучшения показателей по шкале Бартел и NIHSS у пациентов с гемипарезом [16]. Медсестра отслеживает стабильность показателей артериального давления, частоту дыхания и уровень сознания, при этом ежедневно корректируя план ухода с учетом данных неврологического статуса.

При черепно-мозговых травмах и травмах позвоночника вмешательства приобретают иной фокус. В отличие от инсультных пациентов, где приоритет — в стабилизации и нейропластике, при ЧМТ важно контролировать уровень внутричерепного давления, предотвращать пролежни и своевременно начинать дыхательную гимнастику. По данным Д. В. Кандыбы, именно медсестры в рамках реанимационно-реабилитационного звена выполняют ключевые задачи по контролю осознанности, фиксации положений тела, а также мониторингу болевого синдрома у пациентов с нарушением иннервации нижних конечностей [17]. Работа ведётся в условиях интенсивной сенсорной и физической депривации, что требует от медсестры не только клинических знаний, но и высокой психологической устойчивости.

Не менее значимой является функция оценки и сопровождения когнитивного статуса. Использование стандартизированных инструментов, таких как MMSE и шкала оценки ориентации, позволяет медсестре не только зафиксировать нарушение памяти, восприятия или внимания, но и сообщить данные в мультидисциплинарную команду для немедленной коррекции плана лечения. Как подчёркивает Е. Л. Поважная, грамотное сестринское наблюдение в этом аспекте может быть решающим при составлении траектории восстановления пациента с умеренной деменцией или когнитивной нестабильностью после ОНМК [18].

Командное взаимодействие — это отдельная категория в сестринском сопровождении. Когда медсестра становится не исполнителем назначений, а равноправным участником дискуссии и стратегического планирования, эффективность вмешательств возрастает. По наблюдениям О. Ю. Егоровой и А. Ю. Суворова, включение медсестры в ежедневные обходы и клинические консилиумы позволяет быстро выявлять риски, обмениваться данными о динамике и принимать комплексные решения по реабилитационным действиям [19]. Это особенно важно в случаях, где симптоматика нестабильна, а окно нейровосстановления ограничено.

### **Этико-правовые и организационные аспекты сестринского ухода в системе ранней реабилитации**

Этико-правовые и организационные параметры сестринского ухода в системе ранней реабилитации не являются отвлечёнными нормами — они формируют фундамент ежедневной клинической практики. Особенно это прослеживается в момент делегирования функций, где медсестра, передавая часть процедур младшему персоналу, сохраняет полную ответственность за результат ухода. Как подчёркивают Каминская И. А. и соавторы, этическая дилемма в таких ситуациях заключается не только в юридической плоскости, но и в моральной, ведь решение может повлиять на уязвимо

пациента, который не в состоянии самостоятельно проконтролировать действия персонала [20]. Это делает делегирование не только технической, но и глубоко этической задачей.

Документирование вмешательств — ещё один элемент, который выходит за рамки простого оформления медкарты. Каждое записанное или пропущенное действие влияет на правовую защищённость и безопасность пациента. В исследовании Березкиной Т. Д. особое внимание уделено внедрению рекомендаций Росздравнадзора в стационарах, где документирование рассматривается как часть внутренней системы управления рисками и качества ухода. Авторы отмечают, что недостаточная детализация в записях может привести к ложным трактовкам действий медсестры и ухудшению взаимодействия в мультидисциплинарной команде [21].

Одним из важнейших аспектов остаётся защита прав пациента в момент, когда он находится в состоянии функциональной или когнитивной уязвимости. Ранняя фаза после инсульта, черепно-мозговой травмы или травмы позвоночника сопровождается потерей контроля над телом, речью, а часто и принятием решений. Именно в этот период медсестра становится проводником между пациентом и медицинской системой. Шимков Е. В. указывает, что этическая компетентность медицинской сестры формируется не только на уровне теоретической подготовки, но и в ежедневных ситуациях сопровождения, когда необходимо балансировать между соблюдением инструкций и пониманием реальных потребностей пациента [22]. Особенно важно это в контексте оценки когнитивного статуса: медсестра фиксирует изменения, участвует в выборе шкал оценки, взаимодействует с родственниками и адаптирует план ухода. Всё это требует не только профессионализма, но и высокой внутренней этической культуры.

#### **Выводы.**

Комплексное изучение моделей сестринского ухода в системе ранней реабилитации позволило выявить ряд структурных и функциональных закономерностей, определяющих эффективность вмешательств. В фокусе анализа оказались доказанные стратегии в неонатологии, педиатрии и взрослой восстановительной практике, где именно сестринское сопровождение влияет на восстановление автономии, когнитивных и двигательных функций. Отдельный акцент был сделан на применении стандартизированных систем NANDA-I, NIC, NOC, а также на функциональных шкалах (Barthel, FIM, Braden), что позволило рассматривать сестринскую помощь как управляемую и измеримую клиническую единицу. Модель медсестры-координатора, успешно реализованная в Германии, Канаде и Японии, продемонстрировала высокую степень адаптивности к различным системам здравоохранения. В ходе исследования также была раскрыта роль медсестры в создании терапевтической среды при врождённых пороках, СМА, ДЦП и в постинсультных состояниях. В условиях когнитивной и функциональной уязвимости пациента медсестра становится не просто исполнителем, а активным участником мультидисциплинарной команды. Юридическая ответственность, делегирование, этические дилеммы, участие в контроле качества (ISO, JCI) — все эти аспекты требуют от специалиста высокого уровня клинической, коммуникативной и этико-правовой подготовки. Ранний сестринский уход проявляется как системная, автономная и незаменимая часть реабилитационного процесса.

**Конфликт интересов.** Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

**Вклад авторов.** Идея и сбор данных — Алтынбекова А.Ж., написание текста — Халыхбай К., Кожаягулова А.С., редактирование и финальная доработка — Глеулинова Р.Р.

#### **Список использованной литературы**

1. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Global report on assistive technology. — World Health Organization, 2022.
2. Kangovi S. et al. Evidence-Based Community Health Worker Program Addresses Unmet Social Needs And Generates Positive Return On Investment: A return on investment analysis of a random-ized controlled trial of a standardized community health worker program that addresses unmet social needs for disadvantaged individuals //Health Affairs. — 2020. — Т. 39. — №. 2. — С. 207-213.
3. Cobley C. S. et al. A qualitative study exploring patients' and carers' experiences of Early Supported Discharge services after stroke //Clinical rehabilitation. — 2013. — Т. 27. — №. 8. — С. 750-757.
4. Rodgers H., Price C. Stroke unit care, inpatient rehabilitation and early supported discharge //Clinical Medicine. — 2017. — Т. 17. — №. 2. — С. 173-177.
5. Swanson M. et al. The role of registered nurses in primary care and public health collaboration: a scoping review //Nursing open. — 2020. — Т. 7. — №. 4. — С. 1197-1207.
6. Вдовина М. В. О создании службы ранней помощи на базе центра медико-социальной реабилитации инвалидов //Отечественный журнал социальной работы. — 2015. — №. 3. — С. 137-144.

7. Поважная Е. Л. Роль медсестры в медицинской реабилитации больных //Медицинская сестра. – 2016. – №. 6. – С. 42-45.
8. Ибрагимов М. Ф. и др. Современные подходы к реабилитации больных, перенесших инсульт //Практическая медицина. – 2012. – №. 2 (57). – С. 74-79.
9. Большакова И. А. и др. СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПАЦИЕНТ КАК МЕТОД ОБУЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА //НАУКА И ОБРАЗОВАНИЕ: СОХРАНЯЯ ПРОШЛОЕ, СОЗДАЁМ БУДУЩЕЕ. – 2019. – С. 160-163.
10. Пузин С. Н. Совершенствование профессиональных компетенций среднего медицинского персонала в реализации комплексной реабилитации инвалидов психоневрологического интерната. – 2020.
11. Пашкина Е. С. О систематизированной номенклатуре медицинских терминов SNOMED CT (вопросы полноты, аудита, сравнения, соответствия онтологическим стандартам) //Врач и информационные технологии. – 2013. – №. 2. – С. 71-78.
12. Hadders-Algra M. et al. Effect of early intervention in infants at very high risk of cerebral palsy: a systematic review //Developmental Medicine & Child Neurology. – 2017. – Т. 59. – №. 3. – С. 246-258.
13. O'Brien K. et al. Effectiveness of family integrated care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: a multicentre, multinational, cluster-randomised controlled trial //The Lancet Child & Adolescent Health. – 2018. – Т. 2. – №. 4. – С. 245-254.
14. Case-Smith J., Arbesman M. Evidence-based review of interventions for autism used in or of relevance to occupational therapy //The American Journal of Occupational Therapy. – 2008. – Т. 62. – №. 4. – С. 416-429.
15. Ji E. S., Shim K. K. Effects of a community-based follow-up program for parents with premature infants on parenting stress, parenting efficacy, and coping //Child Health Nursing Research. – 2020. – Т. 26. – №. 3. – С. 366.
16. Хабиров Ф. А. Ранняя реабилитация больных, перенесших мозговой инсульт, в системе мультидисциплинарных бригад //Неврологический вестник. – 2005. – Т. 37. – №. 1-2. – С. 85-92.
17. Кандыба Д. В. Основы ухода за пациентом с инсультом //Российский семейный врач. – 2019. – Т. 23. – №. 2. – С. 5-14.
18. Поважная Е. Л. Роль медсестры в медицинской реабилитации больных //Медицинская сестра. – 2016. – №. 6. – С. 42-45.
19. Егорова О. Ю., Суворов А. Ю. Особенности работы медицинской сестры в мультидисциплинарной бригаде при лечении пациентов с инсультом //Consilium Medicum. Неврология и ревматология. – 2016. – Т. 1. – С. 93-94.
20. Каминская И. А., Вешнева С. А., Скрипченко Л. Г. Морально-этические аспекты наркотического обезболивания онкологических больных //Биоэтика. – 2015. – №. 1. – С. 50-52.
21. Березкина Т. Д. и др. Первичный опыт внедрения рекомендаций Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности по разделу "Безопасная медицинская среда" в многопрофильном стационаре //Менеджер здравоохранения. – 2021. – №. 6. – С. 27-34.
22. Шимков Е. В. ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЭТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР К СОПРОВОЖДЕНИЮ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ //Социальная политика и социология. – 2011. – №. 9. – С. 380-388.