

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 1/10 2013

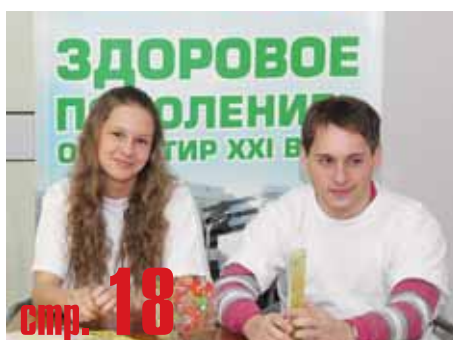


Заседание Координационного совета РАМС: совместные решения актуальных задач



стр. 13

Международный день медицинской сестры. Преодоление разрыва: Достижение целей развития тысячелетия



стр. 18

Всемирный день борьбы против рака – в регионах прошли мероприятия по профилактике заболевания



стр. 23

Вызов принят: медицинские сёстры фтизиатрической службы приступают к исследовательским проектам

Универсальные медицинские системы дозирования

для

Мыла

Кожного антисептика

Крема

Бумажных полотенец



ЛИЗОФОРМ



Полный спектр средств для дезинфекции и гигиены



ООО «Лизоформ-СПб» 195220, Санкт-Петербург, пр. Непокоренных, д.16, к.1, лит. Б
Тел. +7 (812) 347-71-15. E-mail: sales@lysoform.ru

Филиал в Москве: ООО «КлинДез» 111024, Москва, ул. Авиамоторная, д.50, к.1, лит. Б
Тел. +7 (495) 741-54-42, 771-25-64. E-mail: klindez@yandex.ru

www.lysoform.ru



Мыслящие на перспективу медицинские сестры сегодня уже не ждут так называемых «новых» технологий, а создают их сами, проводя собственные научные эксперименты.

Уважаемые коллеги!

Позвольте поприветствовать вас, поздравить с наступившей весной, приближающимся профессиональным праздником – Международным днем медсестры. В этом году он посвящен целям развития тысячелетия, среди которых сразу три относятся к решению проблем здоровья населения. Итоги глобального политического проекта будут подведены совсем скоро – в 2015 году, а сейчас у руководителей стран, у профессиональных сообществ врачей и медицинских сестер еще есть время, чтобы внести свой вклад в совершенствование и повышение доступности медицинской помощи.

Надо сказать, что медицинские сестры нашей страны времени зря не теряют. Повсюду создаются школы пациентов, открываются новые возможности для обучения родственников больных, во многих регионах проводятся массовые акции, задача которых заострить внимание на актуальной проблеме, привлечь граждан к ответственному отношению к своему собственному здоровью. Об успехах и масштабе этой работы мы с радостью делимся на страницах журнала и призываем всех специалистов не оставаться равнодушными, создавать новые информационные источники для своих пациентов.

Ассоциация продолжает работу по международным проектам. В феврале в Санкт-Петербурге состоялся семинар по научным исследованиям для медицинских сестер фтизиатрической службы. Его итогом, как мы надеемся, станут законченные сестринские ис-

следования, посвященные клиническим вопросам и решению проблем сестринского ухода. Полным ходом идет подготовка к российско-американскому семинару для медицинских сестер онкодиспансеров, где речь пойдет о доказательной практике при проведении химиотерапии. Мы все должны помнить о главном принципе медицинской этики – «Не навреди» – и делать все возможное для того, чтобы медицинская помощь не была связана с тяжелым бременем боли, страданий и таких осложнений, которые преодолимы с помощью современных технологий. Об одной из таких технологий – порт-системах для проведения химиотерапии – речь идет и на страницах этого выпуска «Вестника».

Надеемся, что вас заинтересует и материал по теме сестринских исследований. Омские коллеги продолжают делиться результатами проделанной работы. Уникальным по своей сути стал проект Омской медицинской сестры Марины Клименок. Задавшись целью повысить качество ухода за пациентами, перенесшими ампутацию нижних конечностей, Марина продумала и осуществила сестринское вмешательство, связанное с ранней физической нагрузкой. Результаты поразили многих. Сроки заживления послеоперационных ран, сроки возобновления физической активности, а также общий срок необходимой госпитализации сократились в экспериментальной группе на несколько дней.

Мыслящие на перспективу медицинские сестры сегодня уже не ждут

так называемых «новых» сестринских технологий, а создают их сами, черпая идеи из зарубежного опыта и проводя собственные научные эксперименты. Ассоциация медицинских сестер России гордится тем, что таких специалистов в нашей стране становится все больше и больше.

В заключение позвольте в нескольких словах поделиться «политическими» успехами общественной организации. Во-первых, благодаря решению Правительства РФ был дан «зеленый свет» стандартизации профессиональной деятельности медицинских работников. Во-вторых, РАМС вступила в серьезный диалог с Министерством здравоохранения по вопросу об уровнях образования и должностях сестринского персонала. Несмотря на то что обучение пока ведется только на первой ступени ВСО – бакалавриате, предложения РАМС включили и вторую ступень высшего образования – магистратуру. В настоящее время эксперты Ассоциации работают над тем, чтобы сопоставить новый Закон об образовании, профессиональные стандарты и привести в соответствие с ними те сестринские должности, для работы в которых неотъемлемым условием станет наличие степени бакалавра или магистра.

Дорогие коллеги, Ассоциация искренне поздравляет вас с профессиональным праздником, желает вам продуктивной работы во благо общества, достойного вознаграждения за ваш труд, крепкого здоровья, счастья, мира, добра и благополучия!



На обложке: участники заседания Координационного совета РАМС.

СОДЕРЖАНИЕ

НОВОСТИ РЕГИОНОВ

Акция завершилась – акция продолжается. Серия репортажей о массовой работе сестринского персонала с пациентами стр. 3

20 лет на страже здоровья – Юбилей Национального Центра Медицины Республики Саха (Якутия) стр. 27

Всемирный день борьбы против рака стр. 18

НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ

Координационный совет РАМС: совместные решения актуальных проблем стр. 20

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

Вызов принят – медицинские сестры фтизиатрической службы приступают к исследовательской работе стр. 23

СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Трансформация ухода за пациентами, перенесшими ампутацию нижних конечностей. Контроль физического состояния. стр. 10

ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА

Для тех, кто сможет. Особенности работы паллиативной службы стр. 27

Альтернатива таблетке. Опыт применения арт-терапии в реабилитации пациентов с психическими расстройствами стр. 31

Имплантируемые инфузионные системы стр. 36

ГЕРОИ НАШЕГО ВРЕМЕНИ

Почетное звание «Заслуженный медицинский работник» присвоено медицинской сестре из Новосибирска стр. 21

ВОПРОСЫ ЭТИКИ

Не проходите мимо стр. 30

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 12.03.2013. Отпечатано в типографии ООО «Береста». 196084, Россия, Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28. Заказ № 1122. Тираж 13 200. Цена договорная. За опубликованные рекламные материалы редакция ответственности не несет.

СОТРУДНИЧЕСТВО С АВТОРАМИ

Уважаемые читатели! Редакция журнала «Вестник Ассоциации медицинских сестер России» видит свою задачу в распространении инновационного опыта организации работы сестринских служб, обмене мнениями и развитии профессиональной дискуссии, освещении деятельности региональных общественных организаций и профессиональных достижений медицинских сестер. Наш журнал посвящен самым важным, актуальным, острым и значимым вопросам сестринского дела. Мы будем рады принять для публикации Ваши статьи и материалы по темам научных исследований в сестринском деле, этических вопросов сестринской практики, а также по методическим рекомендациям и образцовому опыту, достижениям и проблемам на рабочих местах. Материалы принимаются в электронном виде, с обязательным указанием Ф.И.О. автора, должности, учреждения, контактных данных, фотографией автора, иными иллюстрациями в виде отдельных файлов JPEG.

ОФОРМЛЕНИЕ ПОДПИСКИ

Подписка на журнал «Вестник Ассоциации медицинских сестер России» осуществляется через редакцию – офис РАМС. В заявках на журнал следует указывать ваш полный почтовый адрес, контактный телефон, количество экземпляров, номер(а) выпуска «Вестника», на который вы подписываетесь. Заявку с копией квитанции об оплате следует направить по адресу: rna@medsestre.ru
 Подробная информация о подписке и размещении публикаций – на сайте РАМС: www.medsestre.ru

УЧРЕДИТЕЛИ И ИЗДАТЕЛИ

Ассоциация медицинских сестёр России
 ООО «Милосердие»
 Издательство «Медпресса»

РЕДАКЦИЯ

Главный редактор – Валентина Саркисова
Ответственный редактор – Наталья Серебренникова
Отдел рекламы – Ольга Комиссарова
Отдел маркетинга – Юлия Мелёхина
Дизайн – Любовь Грабарь
Верстка – Игорь Быков, Ольга Гаврилова
Корректор – Марина Водолазова

АДРЕС РЕДАКЦИИ

191002, Санкт-Петербург, Загородный пр., д. 14, литер А, пом. 15Н.
 Тел./факс: (812) 575-80-51, 315-00-26. E-mail: rna@medsestre.ru

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

- САРКИСОВА В.А.** – президент Ассоциации медицинских сестёр России, Председатель Совета
- АНОПКО В.П.** – президент Астраханской региональной общественной организации «Профессиональная сестринская ассоциация»
- ВИШНЯКОВА В.А.** – президент Забайкальской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация медицинских специалистов»
- ГОЛОЛОВОВА Л.Д.** – президент «Новосибирской профессиональной ассоциации специалистов сестринского дела»
- ДРУЖИНИНА Т.В.** – президент Кемеровской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация медицинских сестёр Кузбасса»
- ЗОРИНА Т.А.** – президент Омской региональной общественной организации «Омская профессиональная сестринская ассоциация»
- КОСАРЕВА Н.Н.** – президент Самарской региональной общественной организации медицинских сестёр
- ЛАПИК С.В.** – д. м. н., профессор, декан ФВСО ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава
- РЯБЧИКОВА Т.В.** – д. м. н., профессор, заведующая кафедрой сестринского дела Ивановской государственной медицинской академии, декан МВСО
- СЛЕПУШЕНКО И.О.** – советник Департамента мониторинга и оценки эффективности деятельности органов государственной власти субъектов РФ Минрегиона России

АКЦИЯ ЗАВЕРШИЛАСЬ – АКЦИЯ ПРОДОЛЖАЕТСЯ

«В направлении к цели «ноль». Ноль новых случаев ВИЧ-инфицирования. Ноль дискриминации. Ноль смертей вследствие СПИДа» – под таким девизом прошла объявленная РАМС все-российская акция, посвященная Всемирному дню борьбы со СПИДом.

Только в областном центре г. Кемерово ежедневно регистрируется три новые жертвы вируса иммунодефицита. Особую тревогу вызывает инфицирование детей и подростков. В большинстве случаев заражение подростков происходит при внутривенном введении наркотических веществ, детей – ВИЧ-инфицированными матерями.

«Мы, медицинские сестры, можем влиять на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции. Если каждая медсестра расскажет о ВИЧ-инфекции и мерах ее предупреждения 1 человеку в день, за год об этом узнает около 300 человек. Нас в России 1 300 000. Сколько жизней можно спасти!» – призывала Ассоциация медицинских сестер России.

Призыв был услышан. Медицинские сестры ряда регионов активно включились в работу, стремясь дать молодежи достоверную информацию по вопросам ВИЧ/СПИД и профилактики заболеваний. Так, Ассоциацией медицинских сестер Кузбасса за время акции проведено 57 информационных бесед, 117 лекций, 5 концертных программ, 4 конкурса детских рисунков, 10 круг-



лых столов, роздано более 8000 информационных буклетов и памяток. А еще были многочисленные выступления по радио и на телевидении, статьи в печатных СМИ, подготовка тематических стендов, выпуск двухтысячным тиражом газеты «Медицина. СПИД. Здоровье».

Масштабные мероприятия в рамках акции провела Омская профессиональная сестринская ассоциация, организовав для населения, учащихся образовательных учебных заведений, коллег из медицинских учреждений не только беседы, доклады, выпуск буклетов, листовок, памяток, но и семинары (4), конференции (22), презентации (2). В акции приняли участие свыше 2500 тыс. медицинских сестер, акушеров, фельдшеров, зубных техников, а также врачей. Было охвачено более 13 тыс. жителей омского Прииртышья.

Не осталась в стороне от всероссийской акции и общественная организация средних медицинских работников Ленинградской области. Например, ею были выпущены листовки, плакаты, которые раздавались пациентам в ходе бесед.

Судя по отчетам, все больше региональных общественных организаций откликаются на призывы Ассоциации медицинских сестер России

принять участие во все-российских акциях, реализуют собственные инициативы массовой санпросветработы. И это замечательно! Эти объединенные усилия приближают нас к цели «ноль». Напомним, что проводимая под эгидой ООН кампания будет продолжаться до 2015 года с целью достижения конкретных результатов. А именно:

- снижение вдвое показателей передачи ВИЧ половым путем;
- искоренение вертикальной передачи ВИЧ и сокращение вдвое коэффициента материнской смертности по причине СПИДа;

- предотвращение новых случаев заражения ВИЧ среди лиц, употребляющих наркотики;
- обеспечение всеобщего доступа к антиретровирусной терапии для ВИЧ-инфицированных, которые отвечают критериям для назначения лечения;
- сокращение вдвое смертности по причине туберкулеза среди лиц, инфицированных ВИЧ и т. д.

Хочется надеяться, что активность сестринского сообщества на пути к достижению цели «ноль» в ближайшее время возрастет. Региональные ассоциации включатся не только в эту работу, но и в проведение других акций, объявленных в нынешнем году, в частности: «Белая ромашка», «Чужих детей не бывает».

Валентина ЗУЕВА





11 февраля — Всемирный день больного

Всемирный день больного стал отмечаться сравнительно недавно – в 1993 году. Он был учрежден по инициативе Папы римского Иоанна Павла Второго 13 мая 1992 года. Дата для проведения этого всемирного дня была выбрана не случайно. Считается, что именно в этот день, 11 февраля, в городе Лурде (Франция) произошло явление Богоматери Лурдской. Эта Святая Дева стала символом спасительницы больных людей, ибо во время своего другого «явления», несколько веков назад, якобы исцелила множество больных города Лурда.

Важную роль в процессе лечения пациентов, ухода за ними играет сестринский персонал. Медицинские сестры всегда находятся рядом, готовы в любой момент оказать помощь и поддержать

человека, от них зависит быстрое выздоровление пациента. В связи с этим Ассоциация медицинских сестер России объявила акцию милосердия, посвященную Всемирному дню больного.

Цель акции: привлечь внимание людей к проблемам, с которыми сталкиваются больные люди по всей планете.

На призыв об участии в акции откликнулись 30 медицинских организаций Омской области. В ней приняли участие 1925 медицинских сестер, акушерок, фельдшеров, 30 врачей, 25 человек младшего персонала. По сложившемуся алгоритму проведения акций были подготовлены разнообразные информационные материалы. Новинкой стал выход медицинских сестер для общения с пациентами в крупные супермаркеты – многим посетителям было интересно

поучаствовать в мероприятии под названием: «А вы знаете свое давление?» В ЛПУ прошли торжественные встречи и чаепития с пациентами, дополнительным вниманием и заботой были окружены пациенты, находящиеся на патронажном наблюдении. Просмотрами видеофильмов и организацией лекций, проведением концертов и дискотек волонтерам акции удалось привлечь к участию в ней порядка 6,5 тысяч пациентов и более 13 тысяч человек, имеющих заболевания, но не проходящих курсы терапии непосредственно в дни акции.

Проведенная акция привлекла внимание людей со слабым здоровьем, повысила степень информированности о многих заболеваниях и еще раз продемонстрировала необходимость изменения отношения к своему здоровью.





За заслуги перед обществом

губернатор Алтайского края А.Б. Карлин сказал: «За последние пять лет у нас улучшается здоровье населения, растет рождаемость, снижается смертность, увеличивается продолжительность жизни. По оценкам специалистов, в этом году на Алтае должно родиться не менее 33 тысяч детей – это самый высокий показатель рождаемости за последние 22 года. При этом особо хочу подчеркнуть, что в вопросах реализации семейно-демографической политики в крае формиру-

таких общественных организаций, как советы женщин, является не только самой доступной, но и весьма эффективной для подготовки лидеров во всех областях жизнедеятельности общества.

Мы верим, что женский актив Алтая будет и дальше оставаться «движущей силой перемен, рупором общественного мнения, катализатором развития», а наше партнерство будет конструктивно и долгосрочно. Искренне желаю лидерам дальнейшего творчества, роста численности рядов, успехов во всех делах и бескорыстного служения во благо родного Алтая. Будьте все здоровы, любимы, счастливы!»

Среди лидеров, отмеченных наградами, **Плигина Лариса Алексеевна**, – президент Алтайской профессиональной ассоциации средних медицинских работников, награждена медалью «За заслуги перед обществом».

23 ноября 2012 г. в большом зале Администрации Алтайского края прошел Губернаторский прием лидеров общественных женских организаций. Обращаясь к участникам Форума,

есть система эффективного взаимодействия органов власти, социально ответственного бизнеса и общественных организаций. И ключевую роль здесь, бесспорно, выполняют **женские общественные организации**. Школа

ВЕЧНЫЕ ЦЕННОСТИ

Ассоциация медицинских сестер Кузбасса объявила для медицинских сестер (братьев), акушерок, фельдшеров, лаборантов медицинских организаций Кемеровской области, а также их детей конкурс литературного искусства «Вечные ценности».

Творческие конкурсы среди специалистов сестринского дела Кемеровской области становятся доброй традицией. Так, в 2012 году прошел грандиозный конкурс поделок «Украсим мир своими руками». Шикарные креативные работы «съехались» в офис Ассоциации со всей области. Губернаторский прием в честь Международного дня медицинской сестры украшала выставка работ-победителей этого конкурса.

Начавшийся 2013 год знаменателен для Кемеровской области – 27 января исполнилось 70 лет со дня ее образования. Медицинские сестры региона

не остались в стороне от этого события – конкурс литературного искусства «Вечные ценности» как раз посвящен юбилею малой Родины.

Организаторы конкурса ставят перед собой такие цели и задачи, как культурно-патриотическое воспитание медицинских работников, развитие творческой активности специалистов, формирование положительного имиджа профессии медицинской сестры. Также конкурс предоставит талантливым авторам возможность самовыражения, а участие в конкурсе подрастающего поколения будет способствовать утверждению в сознании детей и подростков высоких духовно-нравственных ценностей профессии медицинского работника.

Конкурс проводится по двум номинациям: «Лучшее поэтическое произведение» и «Лучшее не стихотворное произведение». Участникам предло-

жено сочинять на темы: *«Моя мама (папа) – медицинская сестра (брат), акушерка, фельдшер, лаборант»* (работы детей медицинских сестер, акушерок, фельдшеров, лаборантов); *«Малая Родина – Кузбасс»* (работы специалистов, посвященные историческому прошлому и настоящему Кузбасса, знаменитым людям Кузбасса, описывающие природу, живописные места родного края, исторические памятные даты); *«Моя профессия – какая она?»* (работы специалистов, посвященные своей области деятельности, рассказывающие о ее значимости).

Для оценки работ были привлечены преподаватели Кемеровского государственного университета культуры и искусств.

**По информации
Профессиональной ассоциации
медицинских сестер Кузбасса**



20 ЛЕТ НА СТРАЖЕ

ЮБИЛЕЙ НАЦИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)



■ **Мордосова Ирина Семеновна,**
главная медицинская сестра
Клинического центра ГБУ РС (Я)
«РБ № 1 – НЦМ»
Отличник здравоохранения РС (Я)

Совсем недавно ГБУ РС (Я) «Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины» отметил свой 20-летний юбилей. Появившийся благодаря стратегическому предвидению, воле и стараниям людей,

поистине преданных интересам своего народа, Национальный центр медицины давно стал символом республики, устремленным в будущее, фундаментом и оплотом побед якутской медицинской науки и практики.

Сегодня это одно из передовых лечебных учреждений Республики Саха (Якутия). Сотни спасенных жизней, тысячи судеб, которым именно здесь, в НЦМ, был дан шанс на продолжение. С открытием НЦМ повысился уровень диагностики и лечения, расширился объем медицинских услуг, оказываемых населению. Десятки тысяч якутян, не покидая пределы республики, смогли получить высокотехнологичную медицинскую помощь. Многие пациенты с глубокой благодарностью вспоминают своих докторов и медицинских сестер, говорят им «спасибо» за спасенную жизнь, сохранение ее качества, за каждый прожитый день.

Стационарная медицинская помощь оказывается в 31 отделении на 727 коек по 30 профилям. В их составе 10 отделений Клинического центра, 15 отделений Педиатрического центра, 6 отделений Перинатального центра. Имеются 3 операционных блока, 5 реанимационных отделений и отделение новорожденных.

В Национальном центре медицины ежегодно получают медицинскую помощь более 20 тысяч пациентов, из них более 8,5 тысячам пациентов оказывается хирургическая помощь, проводится более 10 тысяч операций. В поликлинические подразделения обращаются более 70 тысяч пациентов в год. В Перинатальном центре рождается более 2 тысяч детей в год. Проводится более 2 млн лабораторных исследований.

Национальный центр медицины славится не только мощными ресурсами,

ЗДОРОВЬЯ



жья сплотился мощный коллектив специалистов, который является хорошим фундаментом оказания качественной медицинской помощи. Сформировался медицинский работник НЦМ XXI века: творческий, ищущий, неравнодушный к боли своего пациента.

Внедрена многоуровневая структура управления сестринскими службами с рациональным распределением функций и полномочий: от главного специалиста по сестринскому делу до медсестры, находящейся рядом с пациентом. Центральная роль в реализации единой политики сестринского дела в НЦМ принадлежит Совету главных медицинских сестер, имеющему свои принципы при работе с персоналом: привлечение к работе специалистов высокого профессионального уровня с достаточно независимым и самостоятельным складом мышления, создание со стороны администрации атмосферы доверия и поддержки специалистов, подготовка выпуска собственного журнала «Пuls», где отражаются все важные события в развитии сестринского дела в НЦМ, Республике и Российской Федерации.

Совет главных сестер большое значение уделяет подготовке специалистов среднего звена, в том числе и профессиональной переподготовке, осуществляющейся на собственной базе, проведению практики студентов таких образовательных учреждений, как Якутский, Алданский и Нерюнгринский медицинские колледжи, и на базе факультета высшего сестринского образования медицинского института в составе Северо-восточного феде-

огромными площадями, лучшими условиями для пациента, современными диагностическими и лечебными технологиями, но и прекрасными специалистами, обеспечивающими развитие и процветание крупнейшего медицинского комплекса своим кропотливым каждодневным трудом. В его стенах работают 2471 человек: 550 врачей, 938 специалистов среднего медицинского персонала, 512 сотрудников младшего и 471 прочего персонала.

В настоящее время среди среднего медицинского персонала трудятся два заслуженных работника здравоохранения РФ, 11 отличников здравоохранения РФ, два заслуженных работника РС (Я), 103 отличника здравоохранения РС (Я), 355 специалистов имеют высшую квалификационную категорию.

20 лет для медицинского учреждения с одной стороны – много, с другой – мало. С точки зрения формирования коллектива, это достаточно большой срок. С точки зрения формирова-

ния клинической базы и научных школ – всего лишь мгновение. Что же удалось сделать за это время?

Во-первых, благодаря многоступенчатой системе подготовки сестринского персонала, реализации программ реформирования и развития сестринского дела, тесного партнерства с коллегами других регионов РФ и зарубе-





рального университета им. М.К. Аммосова. Специальность «Менеджер сестринского дела» получили 33 специалиста, обладающие профессиональной компетенцией в области управленческой и психолого-педагогической деятельности. Они занимают должности старших и главных медицинских сестер. На сегодня еще 31 специалист обучается на факультете с высшим сестринским образованием.

Среди медсестер НЦМ накопился определенный потенциал грамотных специалистов, способных участвовать в научно-исследовательской деятельности. Они участвуют в сестринских мероприятиях российского, республиканского и отраслевого уровня. Делятся своими практическими знаниями с точки зрения научно-исследовательской деятельности в материалах и статьях, публикуемых в различных журналах и сборниках, на мастер-классах.

Внедрение и разработка Простых медицинских услуг в 2007 году стала одним из значимых направлений в оценке качества деятельности медицинских сестер, что было отмечено грантом Попечительского совета РБ № 1 – НЦМ за актуальность метода и его практическую значимость. Далее были разработаны пособие «Стандарты медицинских манипуляций и сестринского ухода за новорожденными», стандарты по подготовке к различным диагностическим исследованиям – по лучевой диагностике, эндоскопии, лабораторной диагностике. Эти документы используются в повседневной работе и распространены по всей республике.

Одним из способов повышения профессионализма и качества работы средних медицинских работников является проведение ежегодных профессиональных конкурсов: «Лучшая процедурная медсестра», «Мисс виртуальность НЦМ», профессиональный конкурс медицинских сестер с высшим сестринским образованием «От истоков знаний – к высотам сестринского образования», творческий конкурс среди организаторов сестринского дела «Сестринское дело сегодня», «Лучшая акушерка НЦМ», конкурс на выпуск лучшей буклета на тему «Я жду ребенка», конкурс среди отделений «Лучший учебный материал для среднего и младшего медицинского персонала» и т. д.

Огромной поддержкой в продвижении наших наработок, передового опыта стало плодотворное сотрудничество с ПАМС, благодаря чему мы имеем возможность участвовать в различных мероприятиях российского уровня. На сегодня 91% среднего медицинского персонала НЦМ является членами РОО «Ассоциация средних медицинских работников РС (Я)». При содействии с ассоциацией РС (Я) за эти годы на базе НЦМ проведены: республиканские конференции, круглые столы, семинары для лидеров сестринского дела, в рамках которых проводятся мастер-классы, работают школы операционных и реанимационных медсестер, выпускается учебный материал.

Свои юбилейные мероприятия мы начали проводить со Дня медицинской сестры. В этот день были отмечены все медицинские сестры, которые стояли у истоков становления Национального

центра медицины, и вручены награды. Был издан юбилейный журнал «Пuls», где сотрудники поделились своими воспоминаниями.

В рамках юбилейных мероприятий была проведена Республиканская научно-практическая конференция операционных медицинских сестер и медицинских сестер эндоскопических кабинетов по эндоскопической хирургии. Эта конференция была инициирована МЗ РС (Я) в рамках программы модернизации и проведена Советом главных медицинских сестер НЦМ совместно с Правлением АСМП РС (Я). Впервые на этот форум собрались медицинские сестры операционных отделений и эндоскопических кабинетов республиканского и городского уровня. Особый статус конференции придало участие в ней со своей программой представителей компаний KARL STORZ и EKOLAB, а также видеотрансляция из интегрированной операционной.

Итоги двадцатилетнего опыта работы медицинских сестер Национального центра медицины были представлены в сборнике «Развитие сестринского дела в Национальном центре медицины» и на информационном стенде с буклетом «Век минувший – век нынешний».

Все наши достижения – результат бесконечной преданности сотрудников общему делу. И юбилейные мероприятия показали, что действительно достигнуто многое в развитии сестринского дела, заложен и имеется прочный фундамент для дальнейшего совершенствования работы во благо охраны здоровья людей.

СМОТРИМ В БУДУЩЕЕ С ОПТИМИЗМОМ!



■ **Надежина Марина Витальевна,**
президент Костромской ассоциации
медицинских сестер

Нам исполнилось 10 лет. Много это или мало для профессиональной сестринской организации медицинских сестер Костромской области, возникшей на основе разногласий? С одной стороны, нужно поднимать престиж и социальный статус профессии, а с другой стороны, – вечные сомнения: «Смогут ли медицинские сестры преодолеть барьер “скромности” и неверия в свои собственные силы, смогут ли поддержать лидеров сестринского сообщества?»

Оглядываясь на прошедшее десятилетие, мы убеждаемся, что развитие общественного движения в условиях постоянных перемен – задача не легкая.

Но трудности преодолимы, если виден результат работы и дается оценка проделанной работы коллегами – медицинскими сестрами. И за скучными фактами пройденного пути на самом деле значится большая работа, проделанная активистами сестринского дела, медицинскими сестрами неравнодушными к своей профессии.

Ассоциацией проводились научно-практические конференции: «Живи и дай жить другим», «Роль медицинской сестры в профилактике ВБИ», «Острые пневмонии, роль медсестры в решении проблем пациента», «Роль медицинской сестры в оказании медико-социальной помощи пожилым людям», «Остановим туберкулез вместе!».

Разработаны и выпущены методические материалы: профилактика ВБИ у медицинского персонала, методическое пособие для работы медицинской сестры процедурного кабинета. Члены ассоциации пишут заметки в профессиональные журналы.



Повышению престижа профессии медицинской сестры способствуют конкурсы профессионального мастерства. Такие конкурсы мы в Костроме провели для процедурных медицинских сестер и для медицинских сестер первичного звена.

После участия в окружном конкурсе профессионального мастерства по ЦФО с победой приехала медицинская сестра Костромской областной психиатрической больницы Балканская Елена. На конкурсе она заняла третье призовое место.

Доброй традицией Костромской ассоциации медицинских сестер стало ежегодное празднование Международного дня медицинской сестры.

В 2012 году ассоциация приняла участие в конкурсе проектов для социально-ориентированных организаций, проводимых Костромской областной администрацией. Победив и получив субсидии, мы смогли реализовать проект «Белая ромашка».

В процессе работы общественной организации приходится решать круг взаимосвязанных проблем, который очень сложно разорвать: низкий уровень членства, нехватка финансовых средств, невозможность проводить больше мероприятий, низкий уровень влияния в регионе на политику в сестринском деле.

И все-таки перспективы у ассоциации есть. Потенциал для роста чис-

ленности ассоциации – это 6800 медицинских работников со средним и высшим сестринским образованием. Если ассоциация не сильна, то трудно ждать существенных достижений на пути преобразований. Рост численности ассоциации – залог её стабильного развития, уверенности в завтрашнем дне.

Чрезвычайно важно, что сегодня работа ассоциации встречает большой отклик и поддержку на всех уровнях руководства.

Благодаря такой поддержке у медицинских сестер сегодня появилась возможность через общественную силу преодолевать профессиональные, социальные, экономические и жизненные проблемы сестринского персонала.

10 лет – это солидный возраст, это годы нашего становления, полные трудностей и свершений, успехов и испытаний. И все же 10 лет – это юный возраст. Мы молоды, полны сил, мы продолжаем расти и развиваться!

Мы едины в одном большом стремлении – развитии общественного движения и сестринского дела на территории Костромской области. У нас множество планов, творческих идей и мы с оптимизмом смотрим в будущее, которое непременно будем создавать все вместе!

Трансформация ухода за пациентами, перенесшими ампутацию нижних конечностей. Контроль физического состояния



■ **Клименок Марина Анатольевна,**
старшая медицинская сестра
отделения гнойной хирургии БУЗ
«Городская клиническая больница
№ 1 им. А.Н. Кабанова», Омск

По результатам различных медицинских статистических исследований, в разных странах (США, Великобритания, Россия) атеросклеротическим поражением сосудов нижних конечностей страдает до 29% населения. У данной категории пациентов часто развивается осложнение, такое как гангрена нижних конечностей, одним из методов лечения которого является ампутация. В ходе операции значительно меняется конфигурация тела, пациенты становятся беспомощными, им требуется социальная адаптация, меняется их роль в обществе, семье. Поэтому таким пациентам необходим тщательный уход, проведение комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на обучение жизни в новых условиях.

Процесс реабилитации должен осуществляться комплексно, с учётом всех её аспектов, начиная с первого дня после операции и до полного возвращения человека в общество.

Для решения поставленной задачи в первую очередь необходимо понимать, что является реабилитацией. Комитет ВОЗ в 1980 году дал определение реабилитации – это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболе-

вания или травмы функций, либо оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в обществе.

Федеральный закон Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан РФ» дает определение медицинской реабилитации – это комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество. Медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях и включает в себя комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов лечения¹.

Следовательно, реабилитация включает помощь человеку в достижении им максимальной физической, психической, социальной, профессиональной и экономической полноценности, на которую он будет способен в рамках существующего заболевания.

Одной из существенных проблем, возникающих вследствие операции по поводу ампутации нижних конечностей и требующих проведения интенсивных реабилитационных мероприятий, является резкое ограничение двигательной активности в раннем послеоперационном периоде. Не-

обходимость в реабилитационных мероприятиях возникает также и в процессе подготовки к протезированию, когда человек вынужден пользоваться для передвижения костылями (после ампутации одной из конечностей) или креслом-коляской (после ампутации обеих конечностей).

Негативное влияние ограничения двигательной активности сказывается практически на всех функциональных системах организма, обменных процессах. Страдают функция внешнего дыхания, снижаются вентиляционная функция легких и газообмен, уменьшается процент использования кислорода, резко увеличивается кислородный долг даже после небольшой физической нагрузки.

Существенно нарушается деятельность сердечно-сосудистой системы. Изменения функционального состояния системы кровообращения выражаются уменьшением объемных величин центральной гемодинамики (ударного и минутного объемов кровообращения), увеличением периферического сопротивления, снижением сократительной способности миокарда, уменьшением объема циркулирующей крови, повышением сосудистого тонуса.

В последние годы в реабилитацию введено понятие «качество жизни, связанное со здоровьем». При этом именно качество жизни рассматривают как интегральную характеристику, на которую надо ориентироваться при оценке эффективности реабилитации больных и инвалидов. При этом важное значение имеет ранняя активизация таких пациентов, которая позволяет снизить их последующую дезадаптацию. Несомненно, в плане профилактики гиподинамии и повышения двигательных возможностей инвалидов, перенесших ампутацию нижних конечностей, могут использоваться различные средства адаптивной физической культуры: физические упражнения, плавание, игры и др.

Целью исследования явилось обучение пациентов, перенесших ампутацию нижних конечностей, самостоятельному уходу, ранней активизации их физического

¹ Федеральный закон РФ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ, ст. 20, 40.

состояния на основе комплексного подхода к использованию средств физической реабилитации после ампутации на уровне бедра на госпитальном этапе и оценка их качества жизни.

Исследование проводилось на базе отделения гнойной хирургии БУЗОО «ГКБ № 1 им. А.Н. Кабанова». В отделении гнойной хирургии за 2011 год было выполнено 346 операций, из них 48 пациентов были прооперированы по поводу ампутации нижних конечностей, что составляет 14% от общего числа прооперированных.

За период 2009–2011 годов прослеживается увеличение количества пациентов, прооперированных по поводу ампутации нижних конечностей, на 27 человек, или 56,25%, что связано с увеличением поступления пациентов с запущенной формой заболевания.

В группу для исследования вошел 31 пациент, что составило 64,58% от общего числа прооперированных, в возрасте от 50 до 60 лет, мужского пола, страдающих атеросклерозом сосудов нижних конечностей, которым были выполнены операции по поводу ампутации нижних конечностей.

Исключение составили пациенты в возрасте до 50 лет и старше 60 лет, с тяжелой сопутствующей патологией (сахарный диабет, цирроз печени, тяжелый алкоголизм); фактором исключения послужила летальность в раннем послеоперационном периоде.

Вошедшие в исследование пациенты были разделены на 2 группы:

- 1 группа (основная): 17 пациентов, перенесших ампутацию нижних конечностей, которые лечились в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи с дополнительным включением разработанной нами реабилитационной программы;
- 2 группа (сравнения): 16 пациентов, перенесших ампутацию нижних конечностей, которые лечились в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи без дополнительного включения разработанной нами реабилитационной программы.

Для выявления физических проблем и потребностей в первый день поступления обеим группам пациентов было предложено ответить на вопросы анкеты, затрагивающей их физические возможности.

Качество жизни пациентов оценивали с помощью опросника SF-36² у обеих групп

² SF-36 относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни, он широко распространен в США и странах

на 2-е сутки поступления в отделение, а также на 8-е сутки пребывания в отделении.

Инструменты исследования: разработанная нами анкета на выявление физических проблем, опросник SF-36 оценки качества жизни. Все пациенты, включенные в исследование, дали добровольное согласие на исследование, согласованное с этическим комитетом Совета по сестринскому делу ГКБ № 1 им. А.Н. Кабанова, Этическим кодексом медицинской сестры России. Права пациентов защищены Конституцией Российской Федерации от 12.12.1993 г., Федеральным законом РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Законам РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 г. № 2300–1.

Для проведения исследования проводили сбор анамнеза, визуальное наблюдение и математическую обработку данных (рис. 1).

В результате анализа полученных данных установлено, что после операций по поводу ампутации нижних конечностей, пациенты испытывают ряд доминирующих физических проблем:

- нарушение двигательной функции – 100%;
- беспомощность из-за дефицита самообслуживания – 100%;
- «фантомные» боли в области послеоперационной раны – 70%.

Это доказывает необходимость в постоперационном уходе, обучении самообслуживанию и адаптации к новым условиям жизни данной группы пациентов.

В процессе проведения опроса обеих исследуемых групп с помощью SF-36 выявлены следующие результаты:

- показатель «Физический компонент здоровья» – 41 балл, что свидетельствует о его достаточно сниженном уровне (в норме данный показатель равен 100 баллам);
- показатель «Психический компонент здоровья» составил 48 баллов, что также отражает низкий уровень психического благополучия.

Результаты полученных данных послужили основанием разработки и внедрения реабилитационной программы (рис. 2), способной трансформировать уход за пациентами, перенесшими ампутацию нижних конечностей.

Европы при проведении исследований качества жизни. Перевод на русский язык и апробация методики была проведена Институтом клинично-фармакологических исследований (Санкт-Петербург).

Определены цели программы для работы с пациентами – это достижение сознательного и активного участия в процессе восстановления, мотивация к изменению образа жизни и обучение навыкам, направленным на повышение качества жизни.

Для реализации плана программы была разработана карта сестринского ухода за пациентами, перенесшими ампутацию нижних конечностей. Она последовательно отражает этапы реабилитационной программы.

Программа представляет собой попытку комплексного решения проблем пациента и обеспечения относительно независимой жизнедеятельности. В структуру программы вошли основные этапы послеоперационного процесса восстановления, включающие обучение методам специального ухода (контроль состояния раны, культы, повязки); личной гигиене в постели; дыхательной гимнастике для ранней активизации, профилактики пролежней и застойных явлений легких; лечебной гимнастике для уменьшения боли и атрофии мышц.

Для определения эффективности разработанной реабилитационной программы проведено открытое сравнительное исследование.

Ранняя физическая активность пациентов основной группы наступила на 4 дня быстрее, что связано с их обучением в раннем послеоперационном периоде методам самоухода, приемам дыхательной гимнастики и лечебной физкультуры.

Сроки заживления раны сократились на 4 дня, что связано с более ранней физической активностью пациентов основной группы.

Пациенты основной группы приступили к использованию костылей на 6 дней

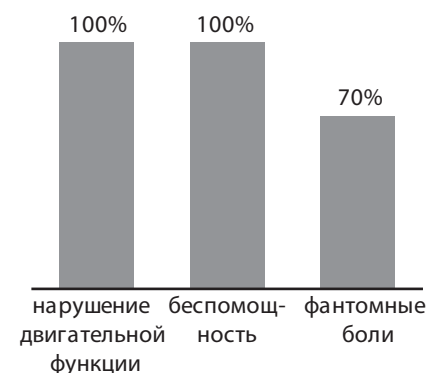


Рис. 1. Результаты анкетирования на выявление физических проблем



Рис. 2. Схема реабилитационной программы

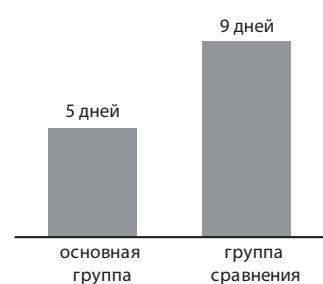


Рис. 3. Сравнительная характеристика изменения сроков активизации пациентов

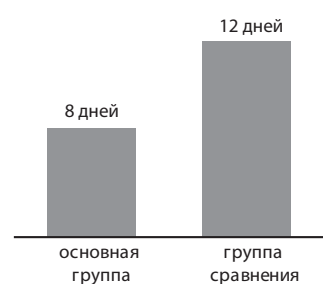


Рис. 4. Сравнительная характеристика изменения сроков заживления раны

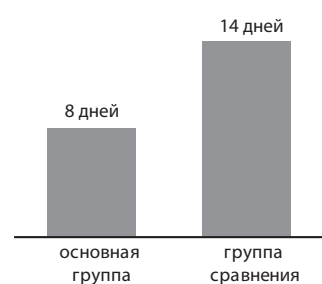


Рис. 5. Сравнительная характеристика изменения сроков использования костылей

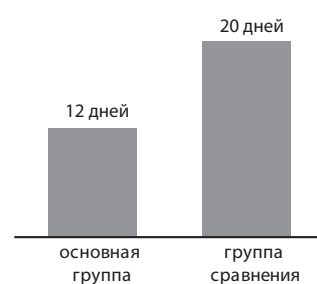


Рис. 6. Сравнительная характеристика изменения сроков лечения пациентов, участвующих в исследовании

раньше, что связано с их ранней физической активностью и сокращением сроков заживления раны.

Уменьшение срока лечения на 8 койко-дней у пациентов основной группы доказывает эффективность трансформации ухода за пациентами, перенесшими ампутиацию нижних конечностей, эффективность проведения реабилитационной программы и очевидность снижения экономических затрат больницы на лечение пациентов, перенесших ампутиацию нижних конечностей.

Таким образом, внедрение реабилитационной программы и трансформация сестринского ухода за пациентами, перенесшими ампутиацию нижних конечностей, позволили:

- снизить сроки заживления раны и избежать осложнений в раннем послеоперационном периоде;
- снизить сроки адаптации пациентов к новым условиям жизни;
- сократить срок пребывания данной категории пациентов в стационаре, что привело к снижению финансовых затрат больницы на лечение и обслуживание пациентов.

В результате проведенного исследования выявлены проблемы пациентов, пере-

несших ампутиацию нижних конечностей, – это нарушение двигательной функции, беспомощность из-за дефицита самообслуживания, «фантомные» боли в области послеоперационной раны. На основании анализа этих проблем разработана и внедрена программа физической реабилитации.

При оценке влияния разработанной реабилитационной программы на функциональное состояние организма пациентов отмечено достижение сознательного активного участия в лечении, создание мотивации к изменению образа жизни, обучение навыкам, направленным на преодоление физических проблем и повышение качества жизни.

Полученные результаты исследования обосновывают необходимость внедрения реабилитационной программы, трансформирующей уход за пациентами, перенесшими ампутиацию нижних конечностей, в практическую деятельность медицинских сестер, так как доказывают существенное повышение качества ухода за пациентами в стационаре, улучшение адаптации пациентов к своему состоянию и повышение качества их жизни, наглядно показывают снижение экономических затрат больницы на лечение данной категории пациентов.

Сестринские исследования создают прочную основу для сестринской практики за счёт повышения качества сестринского ухода. Способность обосновывать сестринские действия с помощью доказательной практики убеждают пациентов, их близких, а также врачей, что для осуществления своей практики медицинские сестры опираются на науку, что оказываемый ими уход научно обоснован, добиваясь высокого статуса и уважения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Евсеев С.П., Курдыбайло С.Ф., Малышев А.И. Физическая реабилитация инвалидов с поражением опорно-двигательной системы // Советский спорт. – 2010. – № 1. – С. 45–48.
2. Беличенко И.А. Хирургические аспекты лечения атеросклероза аорты и магистральных артерий. Актуальные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. Выпуск 1. М.: Издательский центр «Март», 2000. 223 с.
3. Туркина Н.В., Филанко А.Б. Общий уход за больными: учеб. для мед. вузов. М.: Товарищество научных изданий «КМК», 2007. 550 с.
4. Саврасов Г.В. Перспективы применения ультразвука при хирургическом лечении атеросклероза. Проблемы инженерной биомедицины. М., 2002. – С. 7–23.
5. Чернов В.Н., Таранов И.И., Маслов А.И. Уход за хирургическими больными. М.: Феникс, 2004. 224 с.

Анкета

Уважаемый пациент!

Для оценки Вашего физического состояния, просим ответить на предложенные вопросы.

№ п/п	Вопрос	Варианты ответов	
		да	нет
1.	Информированы ли Вы о последствиях своего заболевания?		
2.	Способны ли Вы передвигаться без посторонней помощи?		
3.	Есть ли у Вас трудности, связанные с передвижением?		
4.	Способны ли Вы без посторонней помощи менять положение в постели? – поворачиваться; – садиться		
5.	Способны ли Вы без посторонней помощи умываться, чистить зубы?		
6.	Способны ли Вы без посторонней помощи одеваться?		
7.	Способны ли Вы без посторонней помощи принимать пищу, жидкость?		
8.	Есть ли у Вас проблемы со «стулом»? Если «да», то укажите какие		
9.	Испытываете ли Вы боль в послеоперационной ране?		
10.	Вы чувствуете, что боль мешает выполнению физических движений?		
11.	Хорошо ли Вы спите? Если «нет», то укажите почему?		
12.	Выполняли ли Вы физические упражнения до операции?		
13.	Имеете ли Вы вредные привычки? – курение – алкоголь		
14.	Всё ли мы выяснили о Вашем физическом состоянии? Если «нет», то укажите что не выяснили?		

Пожалуйста, укажите Ваш:

- Пол: – мужской
- женский

• Возраст: _____

Благодарим за участие в анкетировании! Желаем Вам скорейшего выздоровления!

Приложение 2

Карта сестринского ухода за пациентами, перенесшими ампутиацию нижних конечностей

№ п/п	План реабилитационных мероприятий	Дни наблюдения											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	Режим	→	→	→	↗	↗	↗	↗	↑	↑	↑	↑	↑
2.	Диета	ОВД											
3.	Выполнение врачебных назначений	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4.	Перевязка культи, контроль состояния повязки	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
5.	Проведение утреннего туалета	+	+	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
6.	Гигиенический уход в течение дня	+	+	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
7.	Смена постельного белья	+	+	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±
8.	Смена нательного белья	+	+	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±
9.	Обучение пациента самообслуживанию	+	+	+	±	±	±	±	±	±	±	±	±
10.	Обучение дыхательной гимнастике	+	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±
11.	Обучение лечебной гимнастике	+	±	±	±	+	±	±	±	±	±	±	±
12.	Обучение методам противоотечной терапии	+	+	+	+	±	±	±	±	±	±	±	±

Список сокращений:

→ постельный режим

↗ полупостельный режим

↑ свободный режим

+ обязательное выполнение

± по необходимости

* самостоятельно, под контролем медицинской сестры

КОМПЛЕКС ПРОСТЕЙШИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ

Комплекс простейших дыхательных упражнений рекомендуется для практически здоровых людей, пациентов на свободном режиме, пациентов старческого возраста, при подготовке пациентов к операции, для пациентов с заболеваниями нижних конечностей, при отсутствии противопоказаний и согласовании с лечащим врачом, а также применяется для реабилитации пациентов с травмами нижних конечностей, перенесшими операции на нижних конечностях – при отсутствии противопоказаний и согласовании с лечащим врачом, для пациентов с другими заболеваниями – по назначению врача.

Цель и задачи комплекса простейших дыхательных упражнений:

- научить выполнять простейшие дыхательные упражнения, которые помогут жить полноценной жизнью,
- научить способам общего оздоровления организма, укрепления дыхательной мускулатуры, профилактики застойных явлений в легких.

Необходимые условия для выполнения методики:

- До и после процедуры проветрить помещение.

- Обстановка в помещении должна быть спокойная и комфортная.
- Одежда не должна стеснять движения.
- Количество повторов упражнений зависит от возраста и состояния пациента.

Подготовка к процедуре: занять или придать пациенту удобное положение (лежа, сидя, стоя), (если пациент лежит – придать возвышенное положение). Измерить пульс, артериальное давление, при нормальном самочувствии приступить к выполнению упражнений

Исходное положение – сидя.

Упражнение № 1.

Одна рука на животе, вторая на груди (для контроля дыхания). Вдохнуть носом воздух с выпячиванием живота. Выдохнуть ртом – губы трубочкой. Живот втянуть. (Повторить 5–6 раз).

Упражнение № 2.

Руки на коленях, поочередно сжать и разжать кулаки. Дыхание произвольное.

Упражнение № 3.

Руки вдоль туловища, сгибать и разгибать руки в локтях поочередно (повторить 5–6 раз).

Упражнение № 4.

Кисти рук положить на плечи, соединить локти перед грудью, развести в стороны (повторить 5–6 раз).

Упражнение № 5.

Развести прямые руки в стороны – вдох, опустить вдоль туловища и расслабиться – выдох (повторить 5–6 раз).

Упражнение № 6.

Кисти рук положить на плечи, произвести круговые движения в плечевых суставах – вперед и назад. Дыхание произвольное (повторить 5–6 раз).

Упражнение № 7.

Кисти рук положить на плечи, поднимать локти через стороны вверх и сделать вдох, опустить локти вниз и сделать выдох (повторить 5–6 раз).

Упражнение № 8.

Руки согнуть перед грудью. Делать рывки согнутыми руками перед грудью – 2 раза. Распрямить руки и сделать рывки прямыми руками 2 раза. Дыхание произвольное (повторить 5–6 раз).

Упражнение № 9.

Одна рука прямая, направлена вверх, другая направлена вниз. Менять положение, дыхание произвольное (повторить 5–6 раз).

Упражнение № 10.

Руки опустить вдоль туловища, плечи поднять вверх и сделать вдох. Плечи опустить вниз и сделать выдох (повторить 5–6 раз).

Упражнение № 11.

Плавание «брасом» – произвести круговые движения руками от себя в стороны и к себе. Дыхание произвольное (повторить 5–6 раз).

Упражнение № 12.

Руки положить на пояс, делать повороты корпуса влево с отведением левой руки с вдохом. Вернуться в исходное положение с выдохом. То же самое упражнение сделать в правую сторону (повторить 5–6 раз).

Упражнение № 13.

Руки положить на пояс, отвести локти назад, свести лопатки, локти направлены вперед, развели лопатки (повторить 5–6 раз).

Упражнение № 14.

Руки положить вдоль туловища, делать наклоны корпуса влево, при этом правая рука скользит к подмышечной впадине, сделать вдох. Вернуться в исходное положение, сделать выдох. И наоборот (повторить 5–6 раз).

Упражнение № 15.

Руки положить на пояс, сделать наклон туловища влево, правая рука наклониться над головой. Вернуться в исходное положение, и сделать упражнение в другую сторону.

Упражнение № 16.

Руки положить вдоль туловища, поднимать руки вверх, сделать вдох. Опустить руки, расслабляя постепенно кисти, локти, плечи на длинном выдохе (повторить 5–6 раз).

После окончания процедуры

рекомендуется измерить пульс, артериальное давление, отдохнуть 5–10 минут. **Самочувствие должно быть хорошим!**

Регулярное выполнение комплекса дыхательных упражнений позволит:

- оздоровить организм,
- улучшить качество жизни,
- увеличить период компенсации,
- предупредить развитие осложнений,
- снизить затраты на лечение!

ПРЕОДОЛЕНИЕ РАЗРЫВА

ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕЙ РАЗВИТИЯ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1

Приветствуя медицинских сестер всего мира накануне Международного дня медицинской сестры, руководители МСМ – президент, Розмари Брандт и исполнительный директор, Дэвид Бентон, отмечают, что девиз года «Преодоление разрыва: достижение целей развития тысячелетия» был сформулирован с целью дать старт обратному отсчету времени – к 2015 году и тому моменту, когда человечество должно выполнить цели, сформулированные еще в 2000 году. Среди восьми целей развития тысячелетия три имеют непосредственное отношение к здоровью людей, следовательно, они неразрывно связаны с той работой, которую день за днем во всем мире осуществляют медицинские сестры. «Медицинские сестры должны заниматься защитой и лоббированием интересов. Мы должны принимать участие в програм-

мах совершенствования медицинской помощи, ведь именно мы обладаем практическим знанием о том, как следует планировать, координировать и внедрять программы развития медицинской помощи», – говорится в предисловии к материалам Международного совета, посвященным Международному дню медицинской сестры – 2013.

Материалы Международного совета призваны подсказать медицинским сестрам и национальным ассоциациям, какую роль они могут сыграть в достижении поставленных целей развития тысячелетия (ЦРТ). Обратный отсчет начался. Часы тикают, и время безвозвратно уходит. Каждый из вас способен повлиять на перемены. По словам Генерального директора ООН, г-на Пан Ги Муна, «более стоящего глобального проекта не существует. ... Давайте будем верны своим обещаниям».

Цели развития тысячелетия были разработаны на основе восьми глав Декларации тысячелетия ООН, подписанной в сентябре 2000 года. Восемь целей выглядят следующим образом:

1. Ликвидировать абсолютную бедность и голод.
2. Обеспечить всеобщее начальное образование.
3. Содействовать равноправию полов и расширению прав женщин.
4. Сократить детскую смертность.
5. Улучшить охрану материнского здоровья.
6. Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и прочими заболеваниями.
7. Обеспечить экологическую стабильность.
8. Сформировать всемирное партнерство в целях развития.



ЦРТ 4: Сократить детскую смертность

Одной из важнейших ЦРТ является сокращение детской смертности. Задача состоит в том, чтобы за период с 1990 по 2015 гг. сократить на две трети смертность среди детей в возрасте до пяти лет. Среди причин, ответственных за детскую смертность, выступает небольшая группа факторов: неонатальные причины (40%), пневмония (18%), диарея (10%), малярия (10%), ВИЧ/СПИД (2%) и корь (1%). Дополнительным фактором, ответственным за 30% детской смертности, остается недооценка. Среди неонатальных причин ведущими выступают осложнения преждевременных родов, родовые травмы, сепсис и менингит, а также мертворождение.

На пути к достижению этой цели уже достигнуты заметные успехи. Несмотря на общий рост населения, количественные показатели детской смертности сократились с более чем 12 миллионов в 1990 году до 7,6 миллионов в 2010-м. Большого прогресса удалось достичь и развивающимся странам, где детская смертность уже сократилась на 35%, с 97 на 1000 живорожденных в 1990 году, до 63 на 1000 живорожденных в 2010.

Несмотря на заметные успехи, отмечается дисбаланс в их достижении. Различия существуют между континентами, странами, регионами внутри стран. До сих пор сохраняется высокий риск смертности среди детей, проживающих в сельской местности развивающихся стран.



ЦРТ 5: Улучшить охрану материнского здоровья

При достижении этой цели ставятся две основные задачи.

За период с 1990 по 2015 гг. сократить на три четверти коэффициент материнской смертности.

К 2015 г. обеспечить всеобщий доступ к получению помощи в сфере репродуктивного здоровья.

В глобальном измерении с 1990 года показатели материнской смертности (смертности, связанной с беременностью и родами) сократились почти на 50% – с 543 тысяч до 287 тысяч ежегодно. В развивающихся регионах показатель материнской смертности на 100 тысяч живорожденных снизился с 440 в 1990 году до 240 в 2010-м. К сожалению, смертность – не единственный печальный показатель. Сегодня в развивающихся странах на каждую погибшую ро-

женицу приходится 20 других, здоровье которых серьезно пострадало вследствие травмы, инфекции или инвалидизации.

К достижению этой цели человечество также движется непропорциональными шагами, риски материнства в развивающихся странах остаются очень высокими. Например, риск погибнуть вследствие беременности и родов для женщины из государства Чад составляет 1:15, для женщины из Афганистана этот риск составляет 1:32, для женщины из экономически развитого и благополучного государства – 1:3800.

Серьезным вызовом для развивающихся стран остаются нехватка профессионального ухода во время родов, недостатков врачебных консультаций, нехватка знаний о контрацепции и планировании семьи, высокий процент аборт при недостаточной их безопасности и отсутствии грамотного ухода, а также рождение детей в подростковом возрасте.



ЦРТ 6: Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и прочими заболеваниями

Остановить к 2015 г. распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тен-

10 ПРИНЦИПОВ УСПЕШНОЙ ПРОПАГАНДЫ

1. Предпринимайте действия, преодолевая барьеры; возлагайте на себя выполнение разных ролей, включая представительство, сопровождение, поддержку, посредничество, ведение переговоров, взаимодействие.

2. Выберите свою задачу – определите и сосредоточьте свое внимание на важном и решаемом вопросе.

3. Оцените политический контекст – определите тех лиц, на которых следует оказать влияние; узнайте, каким образом и кем принимаются решения, выполняются и оцениваются.

4. Сформируйте базу данных – оцените проблему и начертите план действий потенциальных игроков, включая союзников и оппонентов.

5. Привлеките других людей – добейтесь поддержки ключевых руководителей/организаций, поддержите пациентов и общество с тем, чтобы они могли более эффективно отстаивать свои интересы.

6. Разработайте стратегический план – коллективными усилиями определите цели и задачи, наилучшие пути их достижения; двигайтесь к достижению долгосрочной цели небольшими шагами.

7. Делитесь идеями и внедряйте планы – формулируйте и озвучивайте простые, четкие, целенаправленные задачи, содержащие призыв к действию; оказывайте противодействие намерениям оппонентов.

8. Пользуйтесь возможностями – предпринимайте действия своевременно для максимального воздействия; создавайте новые возможности.

9. Будьте ответственны – ведите мониторинг и оценку достижения поставленных задач.

10. Содействуйте развитию здравоохранения – наращивайте потенциал посредством стратегического планирования, взаимодействия, общения и т. п., необходимых для обеспечения устойчивого развития.

денции к сокращению их распространённости.

К 2010 году обеспечить общедоступное лечение от ВИЧ/СПИДа всем, кто в этом нуждается.

К 2015 году остановить распространение малярии и прочих тяжелых заболеваний и положить начало тенденции к сокращению их распространённости.

Уже сейчас ВИЧ-инфекцией заражается меньшее число людей, чем раньше, хотя снижение показателей по странам распределено неравномерно. В 2010 году зарегистрировано 2,7 млн новых случаев инфицирования, что на 21% ниже по сравнению с пиком эпидемии в 1997 году и на 15% ниже по сравнению с 2001 годом.

На конец 2010 года было зарегистрировано 34 миллиона человек, живущих с ВИЧ, что на 17% выше по сравнению с 2001 годом. Рост этого показателя отражает не только прирост числа вновь инфицированных, но и значительное расширение доступности сохраняющей жизнь антиретровирусной терапии, которая превратила ВИЧ из смертельного приговора в управляемое хроническое заболевание, при котором у людей остается возможность жить полной и активной жизнью.

Показатели смертности от причин, связанных со СПИДом в 2010 году, сократились до 1,8 млн, по сравнению с максимальными цифрами в 2,2 млн, приходившимися на середину 2000 г. Начиная с 1995 года, когда странам с низкими и средними доходами стала доступна АРВ терапия, было предотвращено порядка 2,5 млн смертей. В 2010 году АРВ получало 6,5 млн людей, в 2011-м – уже 8 млн, но впереди предстоит еще очень долгий путь для обеспечения терапией всех нуждающихся.

В борьбе с инфекционными болезнями применялись многочисленные стратегии, включающие информационные кампании, обучение, консультирование, тестирование. Во многих странах необходимость противодействия эпидемии ВИЧ привела к революционной перестройке системы оказания медицинской помощи, вовлечению общественности, перераспределению и делегированию полномочий.

Тем не менее нерешенных вопросов остается немало. На Африканском континенте в регионе Сахары в 2010 году зарегистрировано 70% всех новых случаев ВИЧ-инфекции, при том что здесь проживает всего 12% населения Земного шара. Самой острой ситуация остается в Юж-

ной Африке. Второе место по количеству новых случаев ВИЧ занимают Карибские острова. В Азии распространённость ВИЧ ниже, чем в других регионах мира, но именно здесь весьма высока плотность населения, поэтому Азия находится на втором месте по числу лиц, живущих с ВИЧ. В противоположность другим регионам мира, где распространённость ВИЧ снижается, показатели распространения инфекции продолжают расти на Кавказе и в Центральной Азии.

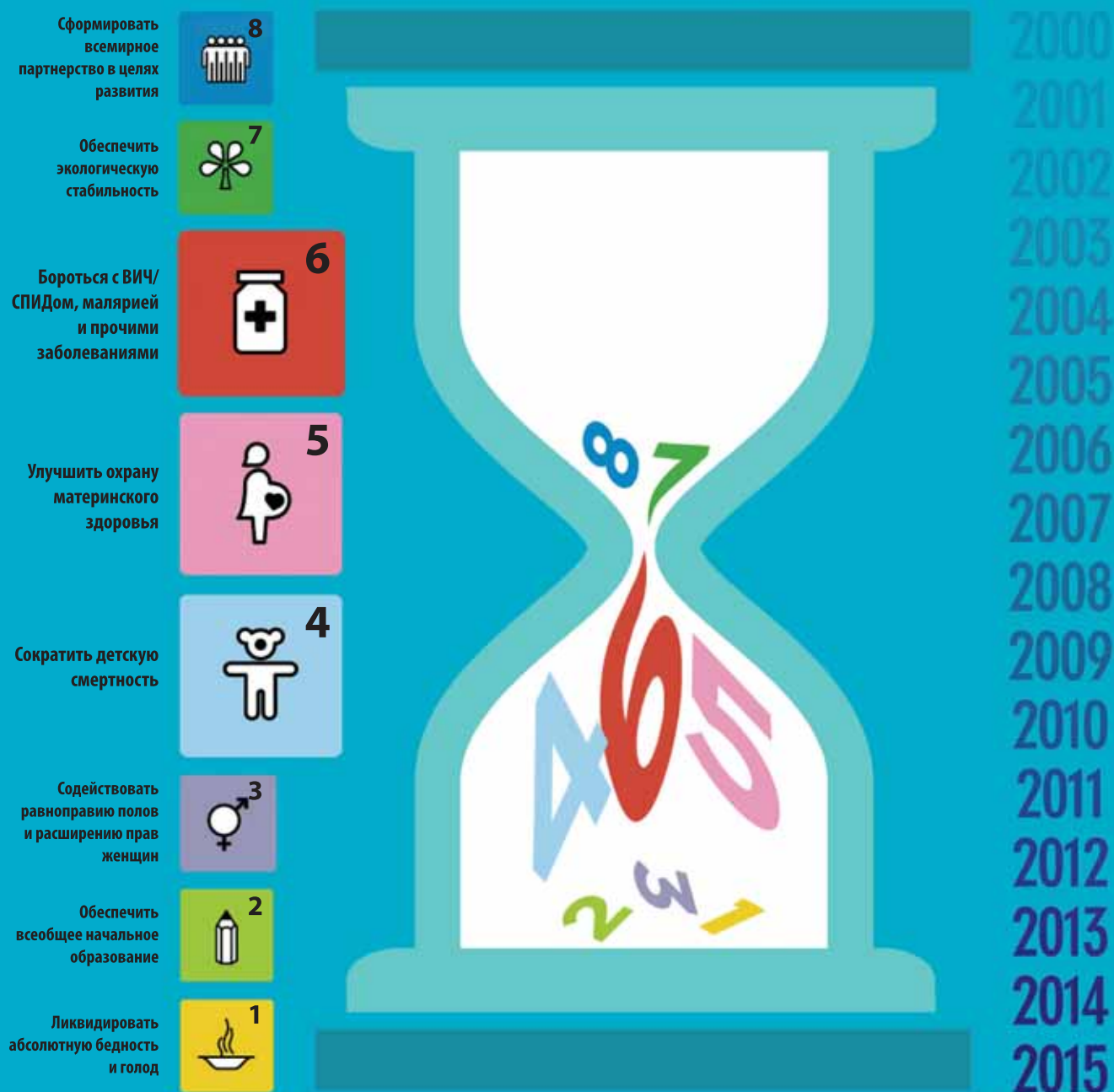
Вслед за анализом ЦРТ, связанных со здоровьем, в документе МСМ, посвященном Международному дню медицинской сестры, рассматривается роль сестринского персонала в достижении поставленных целей. За последнее десятилетие больших успехов удалось достичь в повышении уровня знаний и навыков сестринского персонала, позволяющих сестрам вносить более заметный вклад в достижение целей. Медицинскими сестрами сделано многое, но их вклад может быть преумножен. При этом важна роль каждого – от медицинской сестры сельской поликлиники до лидера на национальном и международном уровне, оказывающих помощь, меняющих систему, среду, политику, сохраняющих ресурсы для достижения более благоприятных результатов лечения. Среди рекомендаций МСМ в адрес медицинских сестер и профессиональных ассоциаций обращает на себя внимание пошаговая инструкция, позволяющая сконцентрироваться на решении конкретных проблем и достичь поставленных целей.

Человечество неминуемо приближается к 2015 году, когда цели развития будут пересмотрены и переформулированы. То, что некогда среди них были выделены цели, связанные со здоровьем, содействовало концентрации глобального внимания, ресурсов и средств на решении этих проблем. Большую работу по достижению поставленных целей выполнили медицинские сестры.

Сейчас еще не ясно, какими станут цели развития после 2015 года. Но совершенно ясно одно – медицинским сестрам предстоит не только включиться в достижение новых целей, но и не оставить без внимания те цели, к которым они шли ранее. Исключительно важно, чтобы цели развития, связанные со спасением миллионов жизней, не утратили своей актуальности даже в том случае, если глобальное внимание и ресурсы будут перераспределены иным образом.



Преодоление разрыва: Цели Развития Тысячелетия



ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БОРЬБЫ ПРОТИВ РАКА

■ **Коневская Татьяна Владимировна**, старшая медицинская сестра отделения профилактики, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Всемирный день борьбы против рака – ежегодное мероприятие, организуемое Международным союзом против рака (UICC). Цель этого дня – акцентировать внимание общественности на этой глобальной проблеме, напомнить о том, насколько опасны и распространены сейчас онкологические заболевания. Ведь рак является одной из ведущих причин смерти во всем мире.

Медицина не стоит на месте: методы борьбы с онкологическими заболеваниями ежегодно совершенствуются, и, возможно, спустя какое-то время появятся вакцины против всех видов этого страшного заболевания. Но пока врачи советуют не пренебрегать профилактикой, не злоупотреблять вредными привычками и вести здоровый активный образ жизни. И, конечно же, не стоит забывать о том, что рядом с нами живут миллионы людей, страдающих от онкологических заболеваний. И им необходимы не только огромное мужество и сила воли, но и наше понимание, доброта и тепло.

В настоящее время стало очевидно, что курение табака – причина многих тяжелых заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых и онкологических, которые ведут к преждевременной смерти. Никотин является сильным сердечным и сосудистым ядом. Многочисленные медико-статистические исследования свидетельствуют о прямой связи курения с онкологической заболеваемостью. Сигаретный дым содержит более 30 видов канцерогенных химических веществ, способных вызвать



развитие злокачественных новообразований. Среди курящих отмечается повышенная заболеваемость не только раком легких, но и полости рта,



Курение вызывает более 11 видов рака: рак легкого, гортани, полости рта, носоглотки, пищевода, желудка, поджелудочной железы, печени, почки, шейки матки, мочевого пузыря. Онкологические заболевания, связанные с курением, входят в первую пятерку всех онкологических заболеваний. На учете у онкологов Самарской области состоит 2907 человек с диагнозом «рак легкого».

желудочно-кишечного тракта и других органов. Недостаточная информированность населения и несвоевременное обращение к врачу являются причиной необратимых последствий для здоровья.

Сейчас проходит завершающий этап обсуждения ФЗ об ограничении табакокурения. Правительство России одобрило исправленный вариант законопроекта об ограничении курения в общественных местах и планирует направить его в Госдуму в самом скором

времени. В частности, поправки в законодательство предполагают поэтапное запрещение курения на территории госучреждений, спортивных объектов и вблизи входа на железнодорожный вокзал, автовокзал, аэропорт и метро. Кроме того, нормы охватывают ограничение курения на рабочих местах, в местах общественного питания, в подъездах, на детских площадках, на всех видах транспорта дальнего следования и на рынках.

Отделение медицинской профилактики ГБУЗ СОКОД и Областной центр медицинской профилактики организовали совместную акцию по профилактике табакокурения среди сотрудников, пациентов и посетителей диспансера. В холле диспансера происходила раздача красочных брошюр и информационного материала, обмен сигарет на леденцы и показ роликов о вреде курения. В конференц-зале диспансера был показан фильм о последствиях курения, после просмотра которого все желающие смогли пообщаться с психологом и задать интересные вопросы о том, как можно бросить курить. Также всем желающим было проведено исследование функции внешнего дыхания на спирометре для всех людей, которые хоть однажды задумывались о своем здоровье и хотели бросить курить. Главный врач ГБУЗ СОКОД – Леонид Васи-

льевич Шаплыгин пообщался с представителями СМИ и сообщил о новых достижениях в лечении онкологических заболеваний.

Отказаться от курения – значит сохранить здоровье, для этого людям необходимо:

- понять, насколько велика опасность и как тяжелы отдаленные негативные последствия этого пристрастия;
- сформировать чувство ответственности за своё здоровье;
- осознать, что предупреждение тяги к употреблению табака – «дело рук» самого человека;

- приобрести необходимые знания и умения для того, чтобы избежать употребления табака.

В ответ на вызовы, связанные с заболеваемостью населения Самарской области на базе Самарского областного клинического онкологического диспансера, была проведена акция, направленная на повышение осведомленности сотрудников, пациентов, жителей области об угрозах и принципах предотвращения развития онкологических заболеваний. В рамках акции состоялись беседы и лекции, демонстрации видеороликов и фильмов, распространение буклетов и брошюр.

Сюжеты об акции были показаны Самарским телевидением – каналами «СТВ», ГТРК Самара, «ГИС», «Губерния»; к участию в акции присоединились радиостанция «Маяк» и информационный портал «63.ru».

Хочется выразить большую благодарность всем организаторам акции за столь полезное и важное начинание, а это сотрудники Самарского областного клинического онкологического диспансера, областного центра медицинской профилактики, волонтеры – студенты Самарского медицинского колледжа им. Н. Ляпиной.

«Рак тоже можно предотвратить»

ПОД ТАКИМ ДЕВИЗОМ В ЭТОМ ГОДУ АКЦИЯ БОРЬБЫ С РАКОМ ПРОШЛА В ОМСКЕ

Целью акции стало повышение осведомленности о раке как одном из самых страшных заболеваний современности, привлечение внимания к предотвращению, выявлению и лечению этого заболевания.

Известно, что возникновение 43% раковых заболеваний можно было бы предотвратить с помощью таких норм здорового поведения, как:

- ограждение доступа к курению, борьба с этим явлением;
- физическая активность, сбалансированная здоровая пища;
- вакцинация против вирусов, вызывающих рак печени и шейки матки;
- избегание длительного пребывания на солнце и в соляриях.

От кого, как не от профессиональных медицинских работников, об этом могут узнать жители страны?

На призыв об участии в акции откликнулись 15 медицинских организаций Омской области: ГБ № 3, ГБ № 7, ГКБ № 1 им. А.Н. Кабанова, ГП № 1, ГП № 11, КРД № 1 (акушерский стационар), КОД, Нежинский ГЦ, ОДКБ, Большереченская ЦРБ, Исилькульская ЦРБ, Любинская ЦРБ, Называевская ЦРБ, Полтавская ЦРБ, Тевризская ЦРБ. В ней приняли участие 569 медицинских сестер, акушеров, фельдшеров, рентгенолаборантов, 4 врача.

Специалистами были подготовлены: 128 памяток, 704 листовки, 2 реферата для проведения бесед, 1 статья в газеты, выпущено 26 санитарных бюллетеней, 5 уголков здоровья, 4 информационных стенда, 1 передача на телевидении. В рамках акции состоялись 12 конференций, 661 беседа с на-

селением. Благодаря всем этим действиям информацией и профилактической работой удалось охватить более 12 тысяч человек – жителей Омской области.

Акция еще раз подтвердила недостаточную осведомленность людей о мерах по профилактике рака, многие выразили пожелания по более широкому распространению информации по заболеванию раком на телевидении, по радио, в местных газетах. В ответ на обращения медицинских работников, листовки и памятки жители региона выражали медицинским сестрам благодарность. Вывод однозначен – такие акции очень полезны не только в деле борьбы с раком, они помогают гражданам страны осознать, что медицинские сестры всегда рядом, готовы помочь им сохранить самое ценное – их жизнь и здоровье.





КООРДИНАЦИОННЫЙ СОВЕТ РАМС: СОВМЕСТНЫЕ РЕШЕНИЯ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ

27–28 февраля в Санкт-Петербурге состоялось заседание Координационного совета РАМС. В повестку дня были вынесены вопросы развития общественной работы, укрепления связей с членами организации, широкого вовлечения специалистов в те или иные проекты национальной и региональных организаций. Впервые заседание проходило в расширенном составе – к участию в нем были привлечены руководители специализированных секций РАМС. Скорее всего, такой формат заседаний станет традицией – секциям дан зеленый свет и гарантирована серьезная организационная поддержка, с тем чтобы члены профессиональных ассоциаций вне зависимости от своей специальности, увидели ощутимые результаты работы над развитием профессии. Идеи, предложения, комментарии поступали со всех сторон. Многие инициативы были уже одобрены, как, например, предложение секции акушерок о проведении в 2014 году форума для акушерок, неонатальных и педиатрических сестер. Подробнее о заседании Координационного совета расскажут сами его участники уже в следующем выпуске «Вестника», а нам хотелось бы поздравить две региональные ассоциации с тем, что их большой вклад и безусловные заслуги в общественной деятельности, в развитии профессии были официально признаны всеми участниками Совета.

Забайкальская региональная общественная организация «Профессиональная ассоциация медицинских специалистов» признана Школой передового опыта по развитию специализированных секций. Пожалуй, не осталось ни одной сестринской специальности, по которой в Забайкальском крае не работала бы с полной отдачей специализированная секция. Актив секции – признанные корифеи в своей области знаний, служат своего рода методическим центром для развития специальности: ведут работу по обобщению профессионального опыта и определению образцовых моделей практики, занимаются организацией конференций, семинаров и мастер-классов, разрабатывают сестринскую документацию и алгоритмы сестринских манипуляций, гарантируют получение населе-

нием края сестринской помощи по единым стандартам. Любая национальная конференция для читинских медсестер – повод не только поучаствовать, а поделиться своим опытом. Всей этой работой руководит Вишнякова Валентина



Александровна, президент Забайкальской ассоциации, главный внештатный специалист по сестринскому делу Сибирского федерального округа и, по единогласному решению Координационного совета, новый член Правления Ассоциации медицинских сестер России. Поздравляем и желаем дальнейших успехов и плодотворной работы!

Региональная общественная организация «Профессиональная ассоциация медицинских сестер Кузбасса» отныне официально является Школой передового опыта по внедрению ресурсосберегающих сестринских технологий. Как избавить пациентов медицинских учреждений от утомительных очередей, как снизить нагрузку и увеличить КПД сестринской работы, как привлечь дополнительное финансирование, как добиться признания вклада сестринского персонала на высшем уровне – эти



вопросы ставит и успешно решает профессиональная ассоциация Кузбасса во главе со своим лидером – Дружининой Тамарой Васильевной. Прогрессивный опыт Кузбасса давно вышел за границы Кемеровской области; сюда для приобретения новых знаний проложили маршрут специалисты не только из близлежащих, но и весьма удаленных регионов нашей страны. Тамара Васильевна – член Правления РАМС,

никогда не стоит в стороне от задач национальной ассоциации, именно в Кемерово проходят экспертизу самые разные документы РАМС. От всего сердца поздравляем, желаем успехов и новых побед!



Почетное звание «Заслуженный работник здравоохранения» присвоено новосибирской медсестре

Поздравляем Татьяну Владимировну Климчук, заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом муниципального учреждения здравоохранения городской клинической больницы № 2 г. Новосибирска с присвоением почетного звания «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации».

Татьяна Владимировна начала свой путь в профессии с должности фельдшера медико-санитарной части авиационного полка, который был расположен в 60 км от Хабаровска. В военном городке было три медицинских работника, 2 врача и 1 фельдшер, и медицинскую помощь при неотложных состояниях приходилось оказывать круглосуточно. До сих пор вспоминает она своих первых пациентов – это и рядовой Мамченко, которому пуля вошла в переднюю часть брюшной стенки, а наружу вышла в районе нижней доли легкого; и рожениц, которых транспортировала в роддома Хабаровска, и многое-многое другое. В Киеве, куда мужа перевели к новому месту службы, работала цеховой медицинской сестрой, старшей медсестрой в поликлинике.

С 1987 года Татьяна Климчук живет в Новосибирске, работает в ГБУЗ Новосибирской области «Государственная клиническая больница № 2» (ГБУЗ НСО ГКБ № 2). Больница многопрофильная, обслуживающая жителей Дзержинского района и города. В своем составе имеет многопрофильный стационар, оказывающий неотложную помощь 7 дней в неделю, городской гематологический центр, центр реабилитации пациентов, перенесших ОНМК, поликлиническое отделение с прикреплением 53 000 населения. В больнице она успела поработать цеховым фельдшером, медсестрой травматологического

кабинета, старшей участковой медсестрой, фельдшером скорой помощи. Одним словом, прошла большой путь до заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом больницы. В работе стремится достичь максимально высоких результатов. С отличием окончила в 2001 году Новосибирскую государственную медицинскую академию, факультет высшего сестринского образования, имеет высшую квалификационную категорию по специ-



альностям «Общественное здоровье и здравоохранение», «Управление сестринским персоналом». Участвовала в создании стандартов работы медицинских сестер, активно занимается научно-исследовательской работой.

Главное, над чем сейчас трудится Татьяна Владимировна, – это улучшение качества оказания медицинской помощи средним и младшим медицинским персоналом. Ею адаптированы к условиям больницы и дополнительно созданы «Порядки выполнения сестринских вмешательств», где прописаны условия обеспечения, выполнения и требования к качеству работ медицинских сестер больницы. Она уделяет особое внимание уходу за пациентами, снижению временных затрат пациентов при получении различных видов медицинских услуг, соблюдению санитарно-эпидемиологического режима. Принимает участие в обеспече-

нии больницы расходными материалами, мягким инвентарем, дезинфицирующими и моющими средствами и т. д.

При поддержке руководителя больницы – заслуженного врача РФ, д. м. н., профессора Л.А. Шпагиной, заместителя главврача по лечебной работе – д. м. н., профессора О.Н. Герасименко, с большим уважением и вниманием относящихся к труду медицинских сестер, всемерно поддерживающих лучшие начинания, научные исследования в сестринском деле, создан крепкий и дружный коллектив медицинских сестер. В сестринском коллективе работает 14 специалистов сестринского дела, имеющих высшее образование, 2 сотрудника – заслуженные работники здравоохранения РФ, более 60% специалистов имеют высшую и первую квалификационные категории. Слаженно и эффективно работает Совет специалистов сестринского дела больницы, который возглавляет Татьяна Владимировна. Она активно участвует в общественной жизни больницы и города, более восьми лет является председателем профсоюзного комитета больницы, председателем участковой избирательной комиссии. Т.В. Климчук – член правления Новосибирской ассоциации медсестер, главный внештатный специалист города по сестринскому делу, главная медицинская сестра Дзержинского района.

В 2013 году ГБУЗ НСО ГКБ № 2 празднует 80-летний юбилей. Татьяна Владимировна с радостью идет на работу. Она знает, что в присвоенном ей высоком звании заслуга труда всего сестринского персонала больницы. Она гордится своей больницей, искренне благодарна коллективу за то, что вместе преодолевают трудности, делят радость и успех, поддерживают друг друга в трудные минуты и вместе добиваются успеха в повседневном благородном труде на благо здоровья людей.

Президент РОО ННАССД
Л.Д. Гололобова,
методист **М. И. Поскотина**

НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ

Респираторный комплекс холдинга «СевзапПромЭнерго» является разработчиком и производителем специализированных респираторов для медицины. Медицинские респираторы торговой марки АЛИНА® имеют регистрационное удостоверение как товар медицинского назначения Росздравнадзора № ФСР 2010/08771 от 30 августа 2010 года и сертифицированы в системе ГОСТ Р.

С 2006 года респираторы АЛИНА® успешно массово применяются в рамках программы Всемирной организации здравоохранения в поддержку ФЦП «По предупреждению и борьбе с социально значимыми заболеваниями». Экспертная комиссия ВОЗ, состоявшая из российских и иностранных специалистов, признала данную конструкцию респираторов лучшей с точки зрения защитной эффективности и удобства пользования.

С учетом отзывов и пожеланий специалистов НИИ гриппа, НИИ гигиены и профессиональной патологии, областных противотуберкулезных диспансеров в ме-

дицинскую серию введен ряд конструктивных нововведений, направленных на повышение удобства пользования медицинским персоналом респираторов, а именно:

1. Используется высокоэффективный многослойный фильтрующий материал с более низким сопротивлением дыханию и повышенной стойкостью к влаге.

2. Изменен способ крепления лент оголовья с жесткозакрепленных на регулируемые. Эластичные ленты оголовья, покрытые х/б тканью, регулируется по длине с помощью фиксаторов натяжения.

3. Дополнительный мягкий внутренний слой обеспечивает комфорт при носке респираторов.

4. Новая распорка с усилением позволяет сохранять форму на весь срок эксплуатации.

Респираторы для медицины выпускаются трех классов в различных исполнениях (с клапаном выдоха или без него).



Рекомендуемые сферы применения:

1. Респираторы **АЛИНА®-106**, **АЛИНА®-116** (FFP1D) рекомендованы для повседневного применения персоналом и посетителями лечебных заведений.

2. Респираторы **АЛИНА®-206**, **АЛИНА®-216** (FFP2D) предназначены для использования в случаях повышенной эпидемиологической опасности, при посещении больных с вирусными инфекциями, при проведении лечебных процедур, связанных с пылеобразованием или присутствием в воздухе вирусов и бактерий.

3. Респираторы **АЛИНА®-316** (FFP3D) предназначены для использования при возможном контакте с наиболее опасными возбудителями заболеваний (туберкулез, атипичная пневмония, «птичий» грипп и т. д.).

Более подробную информацию Вы можете получить на сайте: www.sizmed.ru или по тел. (812) 703-37-33 E-mail: siz@szpe.ru



Респираторы серии АЛИНА® для работников медицины и применения в учреждениях здравоохранения









СФЕРА ПРИМЕНЕНИЯ

- возможный контакт с наиболее опасными возбудителями заболеваний
- повседневное применение в учреждениях здравоохранения
- работа в лабораториях и диспансерах
 - посещение и уход за больными
 - проведение лечебных процедур
 - посещение поликлиник
 - прием пациентов

www.sizmed.ru
+7 (812) 703 37 33





ВЫЗОВ ПРИНЯТ

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПРИСТУПАЮТ К ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЕ

- **Мария Драйвер,**
д-р философии
- **Барбара Мандлеко,**
д-р философии

Введение

С 25 февраля по 1 марта в Санкт-Петербурге состоялось первое из намеченных в рамках международного проекта мероприятий для медицинских сестер фтизиатрической службы – семинар по научным исследованиям в сестринском деле. Данный проект, реализуемый в рамках партнерства РАМС – МСМ – Эли Лилли, а точнее, уже третья его фаза, рассчитан на целых пять лет. По предложению Ассоциации медицинских сестер России в план работы проекта включено обучение сестринским исследованиям. Далее будет лидерство, защита интересов ТБ медсестер и пациентов, затронутых этим заболеванием, но сейчас поговорим об исследованиях.

Ассоциация медицинских сестер России предоставила всем региональным организациям возможность выбора – участвовать в проекте или нет. Готовность выразили более 20 региональных организаций. Все они подтвердили, что будут готовы покрыть расходы на проезд участников к месту проведения семинара, а впоследствии окажут организационную, методическую, административную поддержку исследовательской работы своих специалистов.

Программа семинара

Занятия проходили интенсивно – лекции и презентации сменялись работой в небольших группах, общими дискуссиями и консультациями преподавателей, в качестве которых выступили Мария Драйвер, доктор философии, специалист в области клини-



Проект МСМ и РАМС в области ТБ реализуется на основе грантовой поддержки United Way Worldwide благодаря Фонду Лилли и от имени Партнерства Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ

ческих исследований и Барбара Мандлеко, доктор философии, профессор кафедры сестринского дела Университета Бригама Янга. Экспертом в области проблем МЛУ-ТБ выступила Джини Уильямс, директор ТБ проекта Международного совета медсестер.

Первое знакомство с методологией проведения клинических исследований вызвало целую волну эмоций – одновременно интерес и настороженность, беспокойство из-за того, что не все так просто и понятно. И это не удивительно. В обычных условиях обучение исследованиям занимает годы, ведется при непрерывной поддержке со стороны преподавателей и научных руководителей. Этот же семинар – попытка заинтересовать участников и открыть для них путь к реализации собственных, пусть для начала небольших, но тем не менее исследовательских проектов.

Любая исследовательская работа начинается с определения проблемы – проблемы сестринской, связанной с оказанием помощи определенной категории пациентов. Исходя из этой проблемы определяется вид исследования, методология сбора и анализа данных.

Несмотря на то что участники семинара прибыли из самых разных регионов, изначально стал очевидным тот факт, что всех объединяют одинаковые проблемы.

Поэтому все предложенные исследования удалось условно объединить в рамках четырех направлений. Первые три направления объединят квази-экспериментальные исследования, предполагающие научный анализ и оценку результатов сестринских вмешательств, направленных на пациентов, медицинских сестер или младший медицинский персонал. В рамках четвертого направления задача будет заключаться в поиске взаимосвязи между депрессией пациентов с ТБ и степенью их приверженности лечению.

Мы убеждены, что по стране десятки, если не сотни медицинских сестер фтизиатрической службы имеют или получают в настоящий момент высшее образование по своей специальности. Перед многими, вероятно, стоит проблема выбора темы дипломной работы. Тем, кто уже получил диплом, вероятно, было бы интересно продолжить исследовательскую работу. Поэтому нам хотелось бы познакомить

вас с теми исследовательскими темами, над которыми будут работать участники семинара, более подробно. Чем больше исследований состоится и будет доведено до конца, тем выше будет ценность той общественной работы, которую РАМС ведет рука об руку с региональными организациями, специализированными секциями и инициативными специалистами на местах. Хочется призвать и тех медсестер, которые не принадлежат к фтизиатрической службе, ознакомиться с этими темами и перенести их на свои группы пациентов, на свои проблемы и задачи сестринского ухода.

Исследовательские проекты

Итак, одно из исследовательских направлений участников семинара связано с оценкой результатов сестринского вмешательства, направленного на младший медперсонал. Зачастую такие работники имеют ограниченный объем знаний о ТБ, а отсюда многочисленные риски – как для своего здоровья, так и для благополучия пациентов и всего стационара.

В ходе запланированного исследования на первом этапе предполагается создание учебной программы, которая затем уже на втором этапе работы будет использована в качестве сестринского вмешательства с привлечением 40 младших медработников. В их число войдут новые младшие сестры, которые недавно пришли на работу в противотуберкулезное учреждение. До обучения они будут опрошены на предмет знаний о ТБ. Затем состоится обучение, рассчитанное на 4 недели и направленное на повышение безопасности при работе в ТБ клинике, по завершении которого последует контрольное тестирование знаний. Повторная проверка знаний пройдет через 4 недели после того, как обучение будет закончено.

Оценка знаний о ТБ до обучения, сразу после него и через четыре недели (чтобы увидеть, насколько глубоко усвоены знания) внесет ценный вклад в понимание эффективности учебных стратегий. Впоследствии учебная программа, вероятно, будет полезна вновь поступающим на работу в ТБ учреждения сотрудникам – младшему медперсоналу.

Второй исследовательский проект, также квазиэкспериментальный, будет направлен на оценку эффективности сестринского вмешательства, разработанного для детей. Дети старше трех лет госпитализируются на лечение без родителей; учитывая, что лечение ТБ длительное, госпитализация вызывает у них серьезный стресс.

Итак, в рамках исследования медицинские сестры в течение трех месяцев проведут наблюдение за 30 вновь госпитализированными детьми (дошкольного и младшего школьного возраста), занесут показания и основные характеристики поведения в специальный журнал, составив предварительно перечень категорий эмоционального состояния ребенка. Наблюдение будет проводиться в течение интенсивной фазы лечения ребенка. Кроме того, проходить оно будет на фоне «стандартной» сестринской помощи, без каких-либо дополнительных вмешательств со стороны сестер.

После этого будет реализовано вмешательство, направленное на сам сестринский персонал – медицинских сестер обучат работе с детьми, причем не медицинской, а воспитательной. На занятиях будут освещены вопросы развития ребенка, реакции ребенка на расставание с семьей, помощи и поддержке ребенка для преодоления таких трудностей.

Затем пройдет второй этап наблюдения – за 30 новыми маленькими пациентами, вновь поступившими для лечения ТБ. Продолжительность наблюдения – в течение активной фазы лечения на протяжении трех месяцев и перечень наблюдаемых характеристик поведения сохранятся. Новым будет то, что сестринский уход за детьми будут осуществлять сестры, уже прошедшие дополнительную подготовку по воспитательной работе с детьми.

Исследователи смогут установить, достигнуты ли благодаря такому вмешательству положительные изменения в поведении детей, смогут ли медицинские сестры таким образом воздей-



ствовать на скорейшую адаптацию детей к длительной госпитализации.

В рамках третьего квазиэкспериментального проекта цель будет состоять в оценке того, способно ли обучение пациентов с ТБ, во-первых, дать им знания об этой болезни, во-вторых, повысить приверженность лечению. Здесь состоится целая серия проектов, где в фокусе внимания будут либо пациенты стационаров, либо те, кто проходит уже амбулаторное лечение ТБ.

В «госпитальном» проекте будет задействовано 30 вновь госпитализированных пациентов с впервые поставленным диагнозом ТБ. После стандартного лечения и обучения пациентов будет проведена оценка их знаний о ТБ, а также оценка приверженности лечению.

Затем состоится вмешательство, суть которого в том, чтобы медицинские сестры позволили пациентам повлиять на содержание и формат обучения ТБ – определить порядок изложения информации.

После этого будет проведена оценка следующей группы из 30 вновь поступивших пациентов. По окончании интенсивной фазы лечения с участием медсестер, прошедших обучение, пройдет оценка знаний пациентов о ТБ и оценка уровня приверженности лечению. В результате будет установлено наличие различий в уровне знаний и уровне приверженности лечению пациентов из двух разных групп.

Состоится и аналогичный исследовательский проект для пациентов на амбулаторном лечении. Здесь также будут сформированы две группы пациентов, получающих стандартное обучение и с применением индивидуального подхода, пройдет оценка знаний и уровня приверженности лечению. Исследовательская работа над пробле-

мой приверженности лечению на амбулаторном этапе исключительно актуальна. Дело в том, что после активной фазы лечения пациенты с ТБ начинают «хорошо» себя чувствовать, утрачивается сама физиологическая потребность в лечении, уровень приверженности начинает падать. Исследование в этом вопросе может помочь выявить «самый опасный» с точки зрения отрыва от лечения момент, который, скорее всего, происходит именно на этапе продолжения лечения.

В другой версии данного исследования внимание будет сфокусировано на группе риска по развитию ТБ. В выборку будет включено 30 контактных пациентов из группы риска, получающих стандартное амбулаторное профилактическое лечение. В ходе исследования будет установлен уровень знаний пациентов о ТБ и приверженность режиму лечения. Затем сестры, ведущие в поликлиниках ТБ диспансеров работу с такими пациентами, пройдут обучение, аналогичное описанному выше. После этого новая группа из 30 контактных лиц будет взята на вооружение – пройдет контроль знаний о ТБ и приверженности лечению. В завершение исследовательского проекта будут проанализированы различия

в уровне знаний о ТБ и приверженности лечению у двух групп пациентов.

В ходе четвертого исследовательского проекта будет предпринята попытка установить взаимосвязь депрессии у пациентов с ТБ и степенью приверженности лечению, а также уровень отказа от приема противотуберкулезных медикаментов.

Первая группа из 30 вновь госпитализированных пациентов с впервые установленным диагнозом ТБ пройдет тестирование по поводу депрессии сразу после госпитализации. После окончания стандартной интенсивной фазы лечения вновь состоится оценка уровня депрессии, а также степени приверженности лечению, отказа от приема медикаментов.

Вторая группа пациентов также пройдет оценку уровня депрессии в начале госпитализации, затем оценку депрессии и приверженности лечению после интенсивной его фазы. Оценка депрессии, приверженности лечению и отказа от медикаментов для этой группы повторится и на этапе продолжения лечения. В результате такого исследования будет решен вопрос о наличии связи между депрессией и уровнем приверженности лечению и отказами от приема медикаментов на этапе интенсивного лечения и на этапе продолжения терапии.

Заключение

Планы по реализации исследовательских проектов продуманы в мельчайших деталях, составлены графики работы на предстоящие 12 месяцев. К маю этого года всем нашим исследователям предстоит решить вопрос о проведении исследований в своих учреждениях, получить одобрение от руководства и утвердить формы информированного согласия для пациентов. В течение июня–ноября необходимо успеть собрать данные, а к концу февраля 2014 года – проанализировать их и быть готовыми представить результаты для обсуждения с коллегами.

Исследовательские проекты медицинских сестер фтизиатрической службы, членов специализированной секции РАМС по ТБ отвечают принципам актуальности и новизны, способны внести большой вклад как в совершенствование сестринской помощи больным ТБ, так и в развитие научно-исследовательской работы сестринского персонала. Хочется пожелать исследователям удачи и напомнить, что Ассоциацией будут задействованы все возможные инструменты для непрерывного общения, консультаций и поддержки исследовательских проектов!

Медицинские сестры Дальнего Востока против туберкулеза

С 12 по 14 февраля 2013 г. в г. Якутске Республики Саха (Якутия) прошла межрегиональная научно-практическая конференция «Совершенствование организации противотуберкулезных мероприятий в условиях Крайнего Севера и Дальнего Востока».

В первый день конференции были организованы обучающие школы по вопросам организации системы профилактики раннего выявления ТБ среди взрослого населения, детей и подростков, повышения качества бактериологических исследований в диагностике туберкулеза.



Во второй день состоялось открытие научно-практической конференции «Эпидемиология и организация противотуберкулезной помощи, проблемы выявления и диагностики тубер-

кулеза в современных условиях». Помимо пленарного заседания состоялись и секционные, где рассматривались особенности диагностики и лечения лекарственно-устойчивого тубер-



кулеза, проблемы лечения ТБ у детей и подростков. Впервые вместе с врачами работала секция «Сестринский менеджмент в профилактике, выявлении и лечении туберкулеза», состоявшаяся в актовом зале АК «АЛРОСА».

Модераторами сестринской конференции являлись Грязнухина Наталья Николаевна – главный внештатный специалист МЗ РС (Я) по управлению сестринской деятельностью, Петрова Пальмира Георгиевна – директор медицинского института Северо-Восточного федерального университета, д. м. н., профессор, Обутова Александра Иннокентьевна – заместитель главного врача по управлению сестринской деятельностью ГБУ РС (Я) НПЦ «Фтизиатрия».

Участниками конференции стали 146 специалистов из Якутска, Нерюнгри и улусов республики из Намского, Усть-Алданского, Горного, Амгинского, Таттинского, Вилуйского, Верхневилуйского, Алданского, Ленского, Кобяйского, Сунтарского, Томпонского, Чурапчинского, Хангаласского, Мегино-Хангаласского, Нюрбинского, Средне-Колымского и Жиганского. Среди гостей конференции были представители сестринского дела, главные сестры крупнейших клиник из Новосибирского НИИТ, Хабаровского НИИТ, а также из Читы.

Конференцию открыла Н.Н. Грязнухина, выразившая уверенность, что совершенствование сестринского дела и повышение эффективности деятельности среднего медперсонала в профилактике, выявлении и лечении туберкулеза является важнейшим ресурсом дальнейшего развития программ по борьбе с туберкулезом.

Приветствовали участников П.Г. Петрова – директор МИ СВФУ

им. М.К. Аммосова, Д.А. Алексеев – директор Якутского медицинского колледжа, Н.С. Дьячковский – декан ФВСО МИ СВФУ, А.В. Яковлева – председатель Ассоциации средних медицинских работников РС (Я).

На конференции обсуждались инновации и исследования в сестринском деле, деятельность специалистов со средним медицинским образованием в амбулаторно-поликлиническом секторе, на ФАПе, многопрофильной больнице, особенности работы, проблемы и перспективы совершенствования деятельности специалистов акушерского дела, лабораторного и медико-профилактического дела. Среди новых управленческих технологий особый интерес вызвал доклад заместителя главного врача по сестринскому делу НПЦ «Фтизиатрия» Обутовой Александры Иннокентьевны о внедрении в качестве «пилотного проекта» – должности заместителя заведующего отделением для медицинских сестер с высшим сестринским образованием.

Медицинские сестры Республики Якутия смогли доложить о результатах своих первых исследовательских работ, тематика которых включила разнообразные вопросы – диагностика ТБ, осложнения БЦЖ в родильном доме, профилактика ТБ среди сельского населения улуса и ряд других актуальных для отрасли тем.

Грамотная организация труда медицинской сестры как менеджера по сестринской деятельности позволила достигнуть в НПЦ «Фтизиатрия» следующих результатов:

- достигнуть показателя укомплектованности кадрами до 99,5%;
- определить для каждой медицинской сестры свои функциональ-

ные обязанности в работе противотуберкулезной службы;

- достичь самых высоких показателей заработной платы среди медицинских сестер Республики;
- повысить мотивацию исследовательские работы, должности зам. зав. отделениями);
- внедрить дополнительные социальные гарантии для защищенности медицинского персонала от профессиональных рисков (один страховой случай до 300 тыс. руб.);
- ввести страхование несчастных случаев во время дежурств (нападение, агрессивное поведение пациентов), использование антиретровирусных препаратов на рабочих местах (профилактика ВИЧ);
- проводить профилактические мероприятия (съемка видеороликов, распространение купонов на бесплатную ФЛГ, проведение «Диаскинтестов»);
- поставить организацию труда медицинских сестер на основе научных данных.

Все эти достижения определяют роль менеджера в сестринском деле, подтверждают, что это необходимый, самостоятельный вид деятельности, содействующий развитию противотуберкулезной службы.

Благодарим руководителей наших лечебных учреждений за поддержку, за содействие в формировании научной базы сестринского дела – основы самостоятельности сестринской профессии.

Мария Данилова
ГБУ РС (Я) НПЦ «Фтизиатрия»



ДЛЯ ТЕХ, КТО СМОЖЕТ

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ СЛУЖБЫ

Стаж работы с онкологическими больными у Светланы Александровны Гарцевой 20 лет. Сегодня она – старшая медицинская сестра стационарного отделения хосписа № 3 Департамента здравоохранения города Москвы. А до этого работала в поликлиническом отделении учреждения, оказывая помощь пациентам на дому, процедурной медсестрой стационара. А еще раньше 13 лет своей жизни отдала служению пациентам отделения онкологии скорпомощной больницы в Туле, где оказалась по распределению после окончания медицинского училища. Отделение было хирургическое, проводилась и химио-, и лучевая терапия. Поэтому все тяготы и радости труда медсестры ей хорошо знакомы.

– Светлана Александровна, какова роль медицинской сестры в таком учреждении как хоспис?

– Роль чрезвычайно велика, ведь основная помощь здесь паллиативная, то есть уход, обезболивание. Поскольку у пациентов четвертая стадия заболевания, то специальное лечение не показано. Задача – дать человеку достойно прожить отпущенные ему судьбой дни, подобрать адекватную симптоматическую терапию. Наши пациенты все лежачие, они требуют очень большого внимания. Их состояние может меняться как в лучшую, так и в худшую сторону. Поэтому утренние доклады длятся очень долго. Идет полный отчет по каждому больному, вплоть до того, сколько он покушал, какой был стул, ведь от этого зависит

дальнейшее лечение, возможность максимально помочь.

– Велика ли нагрузка на медицинскую сестру?

– В хосписе 34 койки, три сестринских поста, то есть нагрузка на постоянную медсестру примерно 11–12 человек.

– Это немало. Если у медсестры на попечении 11–12 человек, ей приходится крутиться.

– Крутиться – еще мягко сказано. День пролетает мгновенно, но и ночью очень часты вызовы.

– Сколько часов длится смена?

– У нас есть дневные сестры, которые работают только днем (с 8.30 до 16.30) и ночные (смена длится 15 ч 48 мин). В выходные кому-то выпадают сутки.

– Может ли человек в течение суток работать одинаково эффективно?

– Сложно сохранять высокую работоспособность. Но у нас в основном трудятся иногородние (москвичей совсем мало), люди очень стойкие.

– Этот график учреждение само устанавливало?

– Да. Раньше работали сутками. Но отважились на перемены, потому что медсестры сильно уставали, а это чревато ошибками, да и здоровье медперсонала может пострадать. Поэтому пришли к такому графику, который более или менее всех устраивает. Работать по системе «день–ночь» было бы очень тяжело для тех, кто ездит издалека. Решили, что будут дневные сестры (они живут рядом и ходить каждый день на службу им удобно) и ночные (которые дежурят «ночь – через две», «ночь – через три».

– Много ли в процентном измерении иногородних?

– Свыше 60 процентов. Они вынуждены ездить из близлежащих областей, потому что в провинции им платят копейки, прожить на которые нереально, особенно, если женщина одна тащит на своих плечах семью (а это часто встречается).

Но персонал у нас подобран весьма тщательно. Вначале была большая текучка: люди устраивались на работу, а через месяц увольнялись, не выдержав ее тягот. Чтобы этого избежать, придумали такую форму отбора, как волонтерство. Прежде чем взять человека к нам в отделение, он должен 36 часов отработать бесплатно, посмотреть, что его ждет.

Это касается не только сестринского персонала, но и санитарок. Не все выдерживают, некоторые через два часа со слезами уходят, говоря: «Я не смогу, вы меня простите».

Волонтерство позволяет отобрать тех, кто сможет у нас работать. Человек знакомится

с сутью этого труда, его последовательностью, присутствует на перевязках (а перевязки здесь сложные, в выходные дни, в вечернее время, когда нет перевязочной медсестры, палатные сестры должны их делать сами), смотрит, как обрабатываются всевозможные стомы, осуществляется уход. Нужно много знать и уметь. Здесь своя специфика. Когда сюда приходишь, такое впечатление, что ты только что со школьной скамьи, ничего не знаешь, настолько здесь сложно.

– Волонтерство – это замечательно. А возможно ли организовать

Работу в хосписе выдерживают не все. Некоторые через два часа со слезами уходят, говоря: «Я не смогу, вы меня простите».

более предметную подготовку на уровне медучилища, колледжа?

– Сложно сказать. Из училища выходишь почти с «белым листом», знаешь только необходимые азы, все остальное постигаешь на месте, в процессе работы. Никто в училище не научится колоть вены. Причем какие вены бывают, видишь лишь в отделении, когда поработаешь. Я знаю, как «химия» сжигает их, какие они проблемные, как трясешься над каждой, стараясь ее уберечь, чтоб в последующем можно было воспользоваться, ведь лечение длительное. В результате его вены горят и уходят.

– Разве не существует катетеров, специальных портов?

– Периферический катетер ставится на несколько дней, а подключичный – в основном, в индивидуальных случаях послеоперационным больным, которым показана многодневная инфузионная терапия. Слышала, что в онкоцентрах детям ставят порты. Раньше это делали только в Москве, в провинции – нет.

– Проводится ли химиотерапия в поликлинических условиях?

– Конечно, но не всякая, многое зависит от того, как пациент ее переносит. Нужно пристальное наблюдение доктора, контроль анализов. Важно не «посадить» лейкоциты, иначе из этого состояния очень сложно выйти, человек может от любой инфекции умереть. Поэтому если лейкоциты сильно падают, больного нельзя отпустить домой.

– Какими качествами должна обладать медицинская сестра хосписа?

– Прежде всего, добротой. Но при этом нельзя раскисать, давать пациенту понять, что он тяжелый. Если будем плакать над каждой кроватью, то никому не поможем. Поэтому у нас медсестры всегда заходят в палату с улыбкой, несут оптимизм. И пациенты заряжаются этим оптимизмом. Да, они – тяжелые, как правило, это уже последний этап. И тем не менее мы должны нести им надежду. Мне вспоминается, как к заведующей отделением в Туле пришла пациентка, чувствовавшая, что смер-

тельно больна, и говорит: «Я медленно умираю». На что заведующая ответила: «А вы знаете, мы, когда рождаемся, все начинаем медленно умирать». Она не стала утешать, разубеждать, просто нашла нужные слова, и больная приобдрилась.

Чтобы здесь работать, надо любить свое дело и помимо знаний, обладать опытом.

– Сколько времени занимает полное погружение в эту специальность?

– Года два, не меньше. Но, по моему мнению, невозможно погрузиться полностью, все равно какие-то нюансы всплывают.

– Сталкиваясь ежедневно с уходом больных в мир иной, к смерти привыкаешь?

– К смерти привыкнуть нельзя. И не надо привыкать. Эмоционально, конечно, нелегко работать в таком учреждении. Бывает, что за сутки 5–6 человек умирает.

– Как восстанавливаетесь, снимаете накопившийся негатив?

– Наверное, каждый по-своему: кто-то идет в театр за позитивом, кто-то – на выставку. Я, несмотря на то что сильно устаю (мы все устаем, что скрывать), все равно нахожу в себе силы с утра в выходные пойти покататься на лыжах.

Кроме того, с нами работает психолог. В хосписе есть очень хорошая комната психологической разгрузки, где звучит успокаивающая музыка, имеются массажные кресла, всевозможные приспособления, позволяющие погрузиться в состояние релаксации. Пребывание в ней в течение 15–

20 минут помогает расслабиться, прийти в себя. Конечно, сложно во время напряженного рабочего дня найти для себя 15 минут, но тем не менее, когда у медсестры возникает такая необходимость, ее нагрузку берут на себя другие, например, перевязочная сестра, если в данный момент свободна.

– С какими сложностями сталкивается медсестра хосписа?

– Работа с людьми всегда сложная, а с больными – особенно. Пациент имеет

право на все, в том числе на раздражение, негатив, потому что у него болит, ему плохо. Но когда ему становится лучше, у него отношение к нам меняется. Он чувствует, что ему помогают.

– Имеются ли в хосписе приспособления, облегчающие труд медицинской сестры?

– Благодаря усилиям главного врача учреждения Натальи Павловны Скворцовой мы хорошо оснащены. Функциональные кровати позволяют придать пациенту любое положение. Всевозможные боковые мягкие ограничители предупреждают травмирование ноги или руки больного. Если пациенту хочется посидеть, а он слаб, используются мягкие сиденья – не надо подушки подкладывать, чтобы его удержать.

Есть приспособления для мытья головы. Есть каталка-душ: пациента перекадываешь и моешь, как в ванной.

Имеются слайды, которые подвешиваются под пациента при переворачивании (конечно, если больной грузный, одной медсестре не справиться, все равно должны участвовать две-три сестры).

У нас везде, в каждой палате ведется видеонаблюдение, что облегчает труд медсестры. Она видит, больной ворочается, подходит к нему, спрашивает, что беспокоит: может, нужно доктора позвать, воды дать попить. Несмотря на то, что у каждого пациента на кровати есть пульт вызова медсестры, некоторые даже не могут его взять, настолько слабы.

Во всем этом велика заслуга главного врача. Наталья Павловна такой человек: если загорелась идеей – добьется ее реализации во что бы то ни стало.

Кстати, для больных у нас созданы комфортные условия. В каждой палате есть аквариум. Палаты оснащены душем, санузелом, телевизором, холодильником, кондиционером. Летом осуществляем прогулки, накрываем шатры на улице, вывозим больных, они там завтракают, обедают, общаются с родственниками.

– Эти прогулки ложатся дополнительным грузом на сестринский персонал.

– Ну и что ж. Выделяется медсестра для того, чтобы следить за больными на улице.

– Что вы считаете своей основной задачей как старшая медицинская сестра?

Медицинские сестры всегда заходят в палату с улыбкой, несут оптимизм. И пациенты заряжаются этим оптимизмом.

– Главное – организовать работу, обеспечить стационар средствами ухода, лекарственными препаратами, посмотреть, все ли рабочие места в норме. К сожалению, много времени отбирает занятие с наркотиками: приходится ежедневно выписывать их из аптеки, затем собирать пустые ампулы, чтобы сдать главной медсестре на уничтожение.

– Остается ли время поработать с людьми?

– Конечно. Каждое утро я делаю обход по палатам, принимаю смену у ночных медсестер. Если выявляю какие-то недочеты, сразу говорю о них. Точно также поступаю и с дневными сестрами.

– Сколько медицинских сестер находится под вашим началом, помимо младшего медперсонала?

– Двадцать постовых палатных, две процедурные и две перевязочные.

Считаем необходимым, чтобы выходные дни были прикрыты перевязочной медсестрой. Это снижает нагрузку на палатных постовых сестер: раньше они сами делали перевязки в воскресные дни – на что уходило время, а теперь получили возможность больше находиться с пациентами.

– Как повышаете квалификацию сестринского персонала?

– Проводим конференции на различные темы, посвященные уходу за пролежнями, стомами, тому, что пригодится в работе. Или, скажем, особо опасным инфекциям. Может быть, мы с ними никогда не столкнемся, но надо о них знать.

Конференции позволяют людям встряхнуться, освежить знания. Хотя у нас все сестры с высшей категорией, все большие профессионалы, работают с огромной отдачей, буквально творят чудеса. Они настолько профессионально относятся к своему делу, что больные выписываются с улучшением, даже пролежни здесь заживают.

– Поскольку Вы давно работаете в этой специальности, хорошо ее знаете, будь Ваша воля, чтобы вы изменили в сестринской деятельности в целом по стране?

– Наверное, готовила бы медицинских сестер для каждой специальности уже на базе медучилища. Сейчас медсестру готовят для всего, а по сути ни

для чего, ведь то, что мы проходили на практике – такой мизер!

Хотя как это организовать, затрудняюсь сказать. Думаю, никакой больной не даст практикантке колоть свою вену, если она единственная. Одно дело, когда ты пришла к нему как практикантка, и другое дело, когда ты уже работаешь. Пациент по-иному реагирует.

– Вы знакомы с зарубежным опытом своих коллег?

– Слышала, читала о нем. Сравниваю с нашим учреждением и, мне кажется, мы не отличаемся. Не знаю, конечно, как они оснащены, но у нас, считаю, хорошее оснащение. Возможно, там нагрузки на медицинскую сестру ниже.

– Ведут ли ваши сестры исследовательскую деятельность?

– Нет. Хотя в процессе работы кто-то что-то придумывает. Если пациенту от этого легче, то почему бы нет? Они делятся друг с другом опытом, знаниями. У нас очень хороший, дружный коллектив.

– Сталкиваетесь ли с профессиональными вредностями в работе?

– Безусловно. Правда, здесь нет химиотерапии. Я много лет до прихода в хоспис работала с «химией», и мы действительно травились. Когда приходила домой, весь рот жгло, по утрам была горечь.

Но наши медицинские сестры должны уметь правильно работать с дезрастворами, чтобы не навредить своему здоровью. Поэтому каждая отчитывается передо мной, как грамотно их приготовить, соблюдая нужную концентрацию. Каждая должна уметь пользоваться приспособлениями для облегчения труда (чтобы не сорвать спину), хорошо знать технику смены белья у тяжело больных. Все нужно делать правильно.

– Что здесь держит людей?

– Любовь к профессии. Если медицинская сестра в силу своего характера, каких-то особенностей поликлиническая, она в стационаре работать не станет.

– Вы общаетесь с коллегами из других подобных учреждений?

– К сожалению, нет тесного общения, хотя оно не помешало бы. Если бы была онкологическая секция, например, в Ассоциации медицинских сестер Москвы, можно было бы обмениваться

опытом, черпать что-то новое для себя. Это всегда полезно, прежде всего для пациентов. Человек ведь не может всего знать.

– Какую проблему, по вашему мнению, нужно поднимать на уровне страны, Ассоциации медицинских сестер России?

– Проблему воспитания медицинской сестры. Надо учить её быть добрее, внимательнее относиться к людям. Современные выпускники не ощущают всей меры ответственности, которая на них ложится, не осознают, что в их руках жизнь человека.

Беседа велa Валентина ЗУЕВА

Взгляд со стороны

– Светлана Гарцева – человек очень добросовестный, ответственный, дисциплинированный, умеющий взаимодействовать с людьми, – так отзывается о Светлане Александровне заведующая стационарным отделением хосписа №3 г. Москвы Нина Юрьевна Широкова. – Сейчас у нас сложился хороший, надежный сестринский коллектив, благодаря тому, что мы отбираем медицинских сестер. Во-первых, предварительно беседуем, рассказываем, какая работа, сразу же знакомим со всеми трудностями, проводим по палатам, все показываем – информируем полностью. Во-вторых, претенденты должны еще 36 часов отработать бесплатно: и в ночную смену, и в дневную. В результате чего глубже понимают, с чем придется столкнуться, и осознанно принимают решение. Если мы видим, что медсестра действительно заинтересована в этой работе, и намерена добросовестно трудиться, ее и наше желание совпадают, мы ее принимаем в коллектив. Помимо профессионализма, очень большие требования предъявляем к сестре в плане тактичного поведения с пациентами. Она должна быть внимательна, спокойна, доброжелательна. У нас не допускается даже малейшего раздражения по отношению к пациенту, нельзя не выслушать его. Это совершенно исключено. Сегодня мы удовлетворены работой сестринского персонала.

*Фото Валентины Зуевой
На снимке: С. Гарцева*

НЕ ПРОХОДИТЕ МИМО



■ **Том Фаллер,**
доктор философии, профессор
кафедры медицинской этики
Университет Портланда
г. Портланд, Орегон, США

Ситуация: В один из зимних дней молодая женщина, медицинская сестра по профессии, вышла на улицу, чтобы прогуляться со своим ребенком. Гуляя по улицам с коляской, она вдруг заметила мужчину, лежащего в снегу. Подойдя к нему, она услышала просьбу о помощи – мужчина просил довести его до дома, при этом он явно находился в состоянии алкогольного опьянения. Самостоятельно он не мог ни идти, ни стоять. Женщина поняла – чтобы помочь этому человеку, ей придется попеременно тащить его и коляску, и это будет непросто.

Вопрос: Многие люди могут запросто пройти мимо лежащего на дороге человека и не остановятся, чтобы оказать помощь. Проигнорировать пьяного и тот факт, что он является человеком, для многих легче, чем оказать посильную помощь. Но как быть, если ты являешься медицинской работницей? Как поступить нашей медицинской сестре? Возложена ли на нее более весомая по сравнению с обычными людьми этическая ответственность по оказанию помощи лицам в подобном состоянии? Если да, то из чего эта этическая ответственность проистекает?

Анализ: Во многих странах существует юридическое обязательство, в США, например, согласно библейской истории, его называют Законом доброго самаритянина, которое обязывает медицинского работника оказать помощь тому, кто в ней нуждается. Но этические требования могут

быть не менее весомыми, чем правовые. Поэтому мы попытаемся ответить на вопрос о том, существует ли этический долг оказания помощи в подобной ситуации.

Этический кодекс Международного совета медсестер помимо прочего указывает, что «Фундаментальная ответственность медицинской сестры имеет четыре измерения: поддержание здоровья, профилактика болезни, восстановление здоровья и облегчение страданий». Кроме того, в Кодексе отмечается, что «Главную ответственность медсестра несет **перед тем, кто нуждается в ее помощи**», «медицинская сестра поддерживает максимально высокие стандарты помощи **в конкретной ситуации**», и «медицинская сестра должна **в любой момент времени** вести себя подобающим образом, соответствующим высокой степени доверия к профессии».

В искомой ситуации мужчина не является пациентом лечебного учреждения, оказание ему помощи со стороны проходящей мимо женщины не предписано расписанием дежурств и распределением обязанностей. Но эта женщина является медицинской сестрой, она член уважаемой профессии и связана определенными этическими обязательствами, Кодексом этики.

Поэтому, ей следует последовать принципу Честности и Полноты оказания помощи, играющему уникальную роль среди прочих этических принципов. В отличие от других принципов, касающихся пациента и проистекающих из его прав, этот принцип касается непосредственно медицинского работника и его поведения.

Частью этого принципа является обещание быть верным своему долгу. Человек связан обязательством выполнять данные обещания, т. е. должен быть честным. Моральные ценности и принципы профессии, которым медицинская сестра присягает на верность, вступая в медицинскую профессию, как раз и являются данными обещаниями. Произнося слова профессиональной клятвы, медицинская сестра определяет вектор для своих последующих действий, она обещает, что она будет выполнять моральные нормы и принципы своей профессии.

печить облегчение положения пострадавшего. Не будь этого пункта, посторонние остерегались бы помогать пострадавшим, боясь последующего иска.

Прямого аналога Закону доброго самаритянина в России не существует, однако действует уголовная ответственность за неоказание помощи больному (которая распространяется на всех медицинских работников), а также уголовная ответственность за оставление в опасности

Тем не менее иногда следование моральным нормам или обещаниям может вызвать затруднения, потребовать самопожертвования. Так, в обсуждаемой здесь ситуации медицинская сестра должна будет потратить немало сил и времени на «транспортировку» нуждающегося в помощи мужчины, вероятно, ее новорожденному ребенку придется провести на морозе больше времени, чем она рассчитывала. Но тем и отличается человек, связанный обязательствами, что он сохраняет твердость и решительность выполнить долг даже вопреки сложным обстоятельствам.

Здесь важно вспомнить, что жизнь человека многогранна. Все мы живем в нескольких измерениях, выполняем несколько разных ролей. Человеку с целостной личностью под силу распространить моральные ценности и принципы на все сферы своей жизни. Достигая целостности, мы также достигаем постоянства и согласованности всех сторон своей жизни.

Принцип честности требует интеграции в свою жизнь всех идеалов. Мы стремимся следовать своим принципам во всех сферах своей деятельности. Мы воспринимаем эту задачу как способ сделать желаемое действительным, достичь тех идеалов, которыми мы верны.

Соответственно, в указанной ситуации женщине – медицинской сестре – следует оказать помощь нуждающемуся в ней мужчине. Ей не стоит отступать от своего долга и тех обязательств, которыми она связана, в том числе рамками Кодекса профессиональной этики.

Данная ситуация достаточно распространена, однако обстоятельства, при которых мы можем с ней столкнуться, могут быть разными. Например, если эта ситуация повторяется регулярно, если в данный момент времени медицинская сестра спешит на срочный вызов к больному, если собственное здоровье медицинской сестры не позволяет ей самостоятельно оказать помощь, этически верным будет звонок в соответствующие службы – полицию и скорую помощь, участие которых позволит обеспечить безопасность человека.

(которая применяется вне зависимости от профессиональной принадлежности ко всем, кто столкнулся с подобной ситуацией).

К сожалению, опасных для здоровья граждан ситуаций возникает все больше и больше, благодаря чему все мы убеждаемся, что среди российских граждан растет число людей не просто ответственных, но также готовых к риску во имя спасения попавших в беду.

АЛЬТЕРНАТИВА ТАБЛЕТКЕ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АРТ-ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ



■ **Е.Г. Самарина,**
клинический психолог, арт-терапевт
ГКУЗ «Дружносельская психиатрическая
больница», Ленинградская область



■ **В.А. Козырева,**
главная медицинская сестра ГКУЗ ДПБ

Внедрение арт-терапии в Дружносельской психиатрической больнице мы начинали в 2007 году с небольшого проекта в одном из женских отделений. В 2008 году впервые оформили **выставочную** стену с работами пациентов для формирования социально-реабилитационной среды в отделении, подготовили **фильм-презентацию**, представив смысл и задачи арт-терапии, а также лучшие работы пациентов. Эти первые шаги помогли привлечь внимание персонала, разбудить в специалистах учреждения желание сделать нечто большее. Пациентов агитировать не пришлось – выставка стала настоящим событием в их однообразной больничной жизни. С этого момента арт-терапия стала неотъемлемым элементом реабилитационных мероприятий, предлагаемых Дружносельской психиатрической больницей; с каждым годом число специальных творческих групп и кружков только пополнялось, к этой работе подключались все новые и новые отделения больницы.

Благодаря сотрудничеству ДПБ с Санкт-Петербургским научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В.М. Бехтерева в рамках проекта «**Арт-терапия в психосоциальной реабилитации и психотерапии психических расстройств**» (2010–2011 г.), нами были выделены позитивные формы работы в лечении и реабилитации пациентов, существующие в настоящее время в ДПБ и объединенные в единую схему реабилитационных мероприятий.

По результатам участия ДПБ в данном проекте учреждению был выдан **сертификат** на применение **метода арт-терапии** как основного среди реабилитационных мероприятий, используемых в нашей больнице.

Основной задачей нашего учреждения в настоящее время является поддержание **существующих позитивных форм реабилитационной работы с пациентами**, разработка и внедрение новых форм, а также увеличение объема и качества психотерапевтической помощи пациентам.

Позитивные формы работы в лечении и реабилитации пациентов в ДПБ:

- С апреля 2007 года в ДПБ действует бригадный подход по ведению и лечению пациентов. В каждую бригаду входят заведующий отделением, лечащий врач, психолог, социальный работник и специалисты сестринского дела, доля охвата бригадным методом составляет в среднем 30% от общего числа пациентов больницы. Ведутся карты бригадного наблюдения, которые являются приложениями к истории болезни (аналог индивидуальной реабилитационной программы для пациента).
- Осуществляется работа пациентов всей больницы в **гончарной мастерской** под руководством мастера-художника по гончарному делу (мастер имеет дополнительное образование по арт-терапии).
- **Музыкальные занятия** проводятся на всех отделениях под руководством музыкального работника.



- Проводятся открытые студийные, закрытые тематические **арт-группы и индивидуальные арт-терапевтические занятия** под руководством медицинских психологов.
- Сформированы **арт-студии** на нескольких отделениях, имеется тенденция к формированию студий на каждом отделении.
- Активное участие в арт-работе с пациентами принимают медицинские сестры, младший медицинский персонал. В рамках психообразовательных и открытых студийных групп проводятся сестринские занятия.
- Принято решение о создании **общепользовательского арт-центра**, который впоследствии будет регулировать и направлять развитие арт-терапии в ДПБ.
- **Психотерапевт**, работающий в ДПБ, принимает активное участие в арт-терапии
- Специалисты, работающие в арт-терапевтическом направлении, имеют соответствующее образование **по арт-терапии**.
- В отделениях внедряются элементы **социально-реабилитационной среды**, такие как собрания пациентов, конкурсы, соревнования, творческие постановки, оформление отделений продуктами творчества и деятельности пациентов, уход за растениями и животными.
- Проводятся внутрибольничные и внутриотделенческие **выставки**, а также выставки вне больницы.

Творческая студия «ART-LIFE» открыта в 2011 году. Здесь используются различные материалы: для работы в изо-направлении – краски, карандаши, мелки; для лепки – пластилин, глина; для изготовления коллажей – цветная бумага, картон, картинки; для психообразовательного направления – развивающие и обучающие материалы, компьютерные программы.

В 2012 году начат групповой интегрированный проект по созданию творческой постановки и анимационного фильма, который совмещает в себе методы изо-терапии, сказко-терапии, музыка-терапии, видео-, коллаж... При этом каждое арт-направление решает определенные терапевтические за-

дачи, например, цель сказко-терапии состоит в профилактике обсессивно-компульсивных расстройств. Занятия в нашей арт-студии способствуют решению творческих, психокоррекционных и психосоциальных задач:

- общая активизация пациентов;
- развитие или восстановление когнитивных навыков;
- коррекция эмоционально-поведенческой сферы;
- развитие творческих способностей;
- развитие различных социально-психологических навыков (обучение навыкам общения и взаимодействия, расширение диапазона средств и способов саморегуляции поведения и др.).

Творческая студия «АРТ-ВЗГЛЯД» в 1 специализированном отделении существует с мая 2010 года, здесь проводится как групповая, так и индивидуальная работа с пациентами. В работе используется вся палитра прикладного искусства, пациенты с большим желанием осваивают ранее им незнакомые виды деятельности – работают в технике макраме и декупаж, поют и играют на гитаре, осваивают компьютерные программы.

В творческой студии «АРТ-ВЗГЛЯД» под руководством медицинских сестер организованы различные группы по интересам пациентов:

- **духовно-образовательная** группа направлена на понимание нравственных аспектов жизни, включая позитивное отношение ко всему живому, знакомство с различными религиозными направлениями;
- **литературно-творческая** группа, где пациенты занимаются изучением творчества писателей и поэтов, обсуждают и пробуют себя в подобных направлениях творчества. Здесь заведен специальный журнал, где пациенты пишут свои стихи, отзывы о книгах;
- **музыкально-творческая** группа объединяет пациентов, которые с удовольствием занимаются подборкой и последующей постановкой музыкальных произведений и настоящих концертов;
- **пациенты арт-группы** выполняют работы из природных и искусственных материалов и другие ин-

тересные поделки из ниток, бисера и т. д.

Арт-терапевтические занятия отличаются разнообразием используемых форм и средств творческого самовыражения – рисунок, коллажи, лепка, изготовление поделок из натурального сырья: кожи, бересты, крупы, флористика.

В процессе работы арт-групп регулярно проводились и проводятся **итоговые занятия, выставки** внутри отделений, внутри и вне больницы, выполняются итоговые групповые работы.

В 2011 г. 130 работ пациентов ГКУЗ ДПБ были отправлены от студии «АРТ-ВЗГЛЯД» для участия в выставке **«Арт-терапия и искусство инновидящих»** 7 из них были выставлены в Малом зале Музея неконформистского искусства Санкт-Петербурга.

Последняя выставка изо-работ студии «АРТ-ВЗГЛЯД» проходила с **6 сентября 2012 года по 10 января 2013 года в п. Сиверский, в торговом центре А.В. Правдина на 3 этаже. Это небольшая, но яркая экспозиция для жителей нашего поселка была отмечена восторженными отзывами местного населения.**

Большое внимание уделяется общению с природой и «живым» материалом. Уход за животными и цветами в живом уголке, цветами во всем отделении: разведение растений, составление букетов – все эти направления деятельности являются важными элементами в создании социально-реабилитационной среды и осуществляются под наблюдением медицинских сестер и младших медицинских работников. Настоящие уголки живой природы созданы силами пациентов и работников учреждения в двух отделениях больницы в студиях: «АРТ-ВЗГЛЯД» и «ART-LIFE».

Пациенты с удовольствием участвуют в ландшафтных работах, ежегодно в больнице к Дню медработника проводится конкурс на лучший уголок территории, каждый из которых закреплен за определенным отделением.

Гордостью учреждения является **гончарная мастерская «АРТ-КЕРАМИКА»**, принимающая пациентов всех отделений больницы с 2009 года. В гончарной мастерской пациенты изготавливают предметы обихода, украшения, поделки.



На основе приобретенного опыта мы можем смело утверждать, что арт-терапия является исключительным и уникальным методом реабилитации пациентов с психическими расстройствами. Совместная и индивидуальная творческая работа, создание своими руками различных предметов дают мощный заряд позитивной энергии, вселяют в пациентов чувство уверенности в своих силах, ощущение собственной значимости.

Огромная заслуга в том, что арт-терапия вышла в Дружносельской психиатрической больнице на серьёзный уровень, принадлежит сестринскому персоналу. Клинические психологи ведут группы в дневное время, в то время как медицинские сестры доступны для пациентов в любое время суток. Вечера в нашем учреждении не бывают хмурыми – заботливые, внимательные и, что не вызывает сомнений, творчески мыслящие медицинские сестры всегда рады провести с пациентами интересное занятие.

По имеющимся данным, за период существования студий пациенты, участвующие в реабилитационных мероприятиях, особенно в арт-занятиях, становятся активнее в творческой деятельности и в деятельности в отделении в це-

по пути социальной адаптации к более высокому и достойному качеству жизни!

Руководители сестринских служб и специалисты сестринского дела Девяткина Александра Сергеевна, Каретников Антон Юрьевич, Чефранов Валерий Павлович, Антипенко Елена Олеговна, Белоконь Ирина Ростиславовна, Васильева Евгения Михайловна, Хокконен Татьяна Владимировна, социальные работники Живикова Татьяна Николаевна и Борзакова Ирина Анатольевна, а также главная медсестра ДПБ Козырева Вера Алексеевна – составляют ядро творческого коллектива нашего учреждения, благодаря которому однажды возникшая инициатива живет и развивается.



лом, пациенты становятся аккуратнее, внимательнее к себе и своему окружению; отмечается улучшение коммуникативных и когнитивных функций; происходит расширение диапазона средств и способов саморегуляции поведения. Занимаясь творчеством, пациенты идут

Примечание авторов: На демонстрацию, распространение, использование в СМИ фотографий пациентов и их работ имеются письменные согласия и доверенности на бланках от НИПНИ им. В.М. Бехтерева и ГКУЗ ДПБ, составленные юристом.



В Кардиоцентре состоялась первая конференция операционных сестер Красноярского края

■ **Наталья Викторовна Быкова,**
главная медицинская сестра ФГБУ
«ФЦССХ» Минздрава России
(г. Красноярск)

В Федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии Красноярск прошла конференция, посвященная Европейскому дню операционной медицинской сестры. Мероприятие, организованное Красноярской ассоциацией медсестер, прошло под лозунгом «Операционная медицинская сестра – гуманная профессия». Место проведения выбрано не случайно – кардиоцентр является специализированным хирургическим ЛПУ, а операционное отделение – его сердцем.

Открыли конференцию главный врач Центра Валерий Анатольевич Са-


кович и главная медицинская сестра – Наталья Викторовна Быкова, выступившая с докладом, отражающим гуманность профессии операционной сестры. Президент Красноярской организации медсестер, руководитель секции операционных медицинских сестер РАМС, член Европейского Правления ЕОРНА Наталья Дмитриевна Фалеева рассказала о текущей ситуации, задачах и перспективах развития в крае общественного движения медицинских сестер.

Собравшись на профессиональный праздник, нельзя не поговорить о насущном. Так случилось и в этот раз. При стремительном развитии технологий для обмена опытом важно использовать каждый момент. Большой интерес участников мероприятия вызвали доклады на тему правильного ухода за хи-


рургическим инструментарием, использования современных расходных материалов, а также видео мастер-класс о технике подготовки операционной сестры и пациента к хирургическому вмешательству.

В заключение конференции были отмечены 7 лучших операционных медицинских сестер Красноярского края.

Мы часто слышим, когда люди, говоря о своем жизненном пути, используют фразу «до» операции и «после» как некую точку отсчета. По долгу службы операционная медицинская сестра причастна к началу нового периода в жизни пациента. Ответственность колоссальная. При этом ежедневно операционные сестры нашей страны приступают к работе с одной мыслью – главное, чтобы жизнь пациента «после» стала намного лучше!




СИСТЕМА ВЛАЖНОГО ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН



Medisorb

эффективное заживление ран

➔ **УВЛАЖНЕНИЕ НЕКРОТИЧЕСКОЙ ТКАНИ**
Medisorb G




➔ **ОЧИЩЕНИЕ РАН, ДЛИТЕЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ НАД КОЛИЧЕСТВОМ ЭКССУДАТА**
Medisorb A
Medisorb P
Medisorb H

➔ **КОНТРОЛЬ НАД КОЛИЧЕСТВОМ ЭКССУДАТА В ИНФИЦИРОВАННЫХ РАНАХ**
Medisorb A
Medisorb G


➔ **КОНТРОЛЬ НАД КОЛИЧЕСТВОМ ЭКССУДАТА**
Medisorb A
Medisorb P
Medisorb H

➔ **КОНТРОЛЬ НАД КОЛИЧЕСТВОМ ЭКССУДАТА В ИНФИЦИРОВАННЫХ РАНАХ**
Medisorb A
Medisorb G


➔ **ЗАЩИТА ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ ТКАНЕЙ**
Medisorb H
Medisorb F




Medisorb A




Medisorb F



Medisorb G



Medisorb H



Medisorb P

Реклама. Соответствие подтверждено.

ООО "Гигиена-Север", Санкт-Петербург, тел.: (812) 676-00-66
www.matopat.ru • www.bella-spb.ru

Клубника и черника защищают от инфаркта

Употребление клубники и черники круглый год – эффективная профилактика инфаркта. К такому выводу пришли американские исследователи из Гарвардской школы здравоохранения в Бостоне.

Они выяснили, что если женщина активно налегает на эти летние ягоды, то опасность развития инфаркта у нее снижается, в среднем, на треть. И хотя исследование проводилось только в отношении женского здоровья, его авторы убеждены, что полученные выводы могут быть использованы и для профилактики инфарктов среди мужчин. По мнению ученых, секрет такого воздействия клубники и черники в деле профилактики инфарктов в высоком содержании флавоноидов в этих ягодах.

Эти вещества эффективно сражаются с закупоркой артерий. Антиоксидан-

ты флавоноиды встречаются во многих растениях, а также в чае и красном вине. Они защищают от целого ряда недугов, включая болезни сердца, гипертонию, некоторые виды злокачественных образований и деменцию. В ходе исследования 93 600 женщины отвечали на вопросы ученых, рассказывая о своей диете. Затем за ними наблюдали в течение 18 лет. Всем женщинам было от 25 до 42 лет на момент начала наблюдений.

В указанный период у 405 женщин произошли инфаркты. Как подсчитали ученые, активно употреблявшие чернику и клубнику участницы исследования на 32% реже рисковали стать жертвами инфаркта. Активным считалось употребление ягод не реже трех раз в неделю. А вот другие женщины, которые не отказывали себе в самых разных фруктах, но воздерживались

именно от клубники и черники, значительно чаще становились жертвами инфарктов. Таким образом, именно эти ягоды и следует считать наиболее действенными.

Витамин К проглавляет молодость

Добавки с витамином К могут стать одними из самых популярных в наступившем году. Ведь он не только защищает здоровье, но и помогает продлить молодость.

Настало время пополнить наши знания витаминного алфавита еще одной буквой. Витамин К может и должен стать одним из важнейших ингредиентов диеты 2013 года. Этим витамином особенно богаты зеленые листовые овощи, растительные масла, а также злаки и цельнозерновые продукты. Дефицит витамина К вызывает хрупкость костей и способствует образованию тромбов в кровотоке, а также кальцификации артерий.

Но кроме всего прочего, витамин К очень полезен для женщин среднего и старшего возраста, так как он предотвращает утрату плотности костей, являющуюся частым следствием наступления менопаузы. Витамин К2 полезен тем, что помогает усваивать кальций. Этот процесс напрямую влияет на здоровье костей, а значит, на нашу подвижность и физическую силу. Витамин

защищает от рака печени, он благотворно влияет на внутренние процессы, которые отражаются и на нашем лице. Чем здоровее печень, тем более молодым и здоровым кажется цвет кожи, тем дольше мы сохраняем привлекательность и красоту. Однако прием добавок с витамином К не следует считать одинаково полезным для всех людей без исключения. Если вы

принимаете антикоагулянты (препараты, препятствующие свертыванию крови и образованию тромбов), то количество этого витамина в диете надо ограничить. Иначе он резко усилит действие лекарств, что может вызвать опасные для здоровья и жизни внутренние кровотечения. Так что перед приемом добавок проконсультируйтесь со своим лечащим врачом.

ИМПЛАНТИРУЕМЫЕ ИНФУЗИОННЫЕ СИСТЕМЫ

АЛЬТЕРНАТИВА КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИМИОТЕРАПИИ



■ **Ермошина Ирина Александровна,**
главная медсестра ГБУЗ «ЛООД»



■ **Вакуленчик Елена Геннадьевна,**
медсестра процедурного кабинета
хирургического отделения № 1 ГБУЗ
«ЛООД»

Специалистам процедурных кабинетов отделений химиотерапии нередко приходится сталкиваться с проблемой венозного доступа у пациентов, получающих химиотерапию. При необходимости курса лечения, предполагающего длительный или непрерывный доступ в венозную систему, наиболее оптимальным является имплантирование порт-системы.

Зачем нужна порт-система?

В настоящее время подкожно имплантируемые порты являются наилучшей альтернативой регулярной постановки катетеров людям, нуждающимся в длительной и регулярной химиотерапии (онкологические больные) или других длительных регулярных внутривенных инфузиях.

Неоднократные пункции и катетеризации периферических вен в целях химиоте-

рапии, как правило, сопровождаются раздражением сосудистой стенки, флебитами, флеботромбозами, некрозом тканей, вызывают болезненные ощущения у пациентов. Повреждение вен связано, прежде всего, с действием самих препаратов (адриабластин или доксорубцин, паклитаксел – таксол и др.). Они приводят к «ожогу» стенки вены. Нельзя не учитывать тот факт, что само по себе частое внутривенное введение препаратов приводит к постепенному ухудшению состояния вен. Распространенными и серьезными осложнениями являются экстравазация и флебит, так как подавляющее большинство противоопухолевых препаратов до настоящего времени вводится внутривенно. Экстравазация – попадание противоопухолевого препарата за пределы вены. Повреждение мягкой ткани связано с попаданием препаратов под кожу. Это достаточно грозное осложнение, которое требует немедленных действий –



Иглы Surecan Safety II для имплантируемых порт-систем



Безопасно. Удобно. Надежно

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

ООО «Б. Браун Медикал»

196128, Санкт-Петербург, а/я 34, E-mail: office.spb.ru@bbraun.com, сайт: www.bbBraun.ru, тел./факс: (812) 320 4041

промывания тканей физиологическим раствором. При попадании значительных количеств доксорубицина под кожу может возникнуть некроз тканей, что сопровождается выраженной болью и омертвением тканей с последующим развитием выраженного отека руки.

При отсутствии периферических вен возникает необходимость установки центрального венозного катетера (подключичного или яремного). Длительность стояния центрального венозного катетера ограничена во времени (не более 6 месяцев), требует тщательного медицинского ухода и ухудшает качество жизни больного (затруднено выполнение гигиенических водных процедур, косметический дефект). Наличие у больного центрального венозного катетера сопряжено с риском серьезных инфекционных и тромботических осложнений. В связи с этим, центральный венозный катетер может применяться у больных только в условиях стационара.

Имплантация порт-системы решает сложные комплексы проблем, присущих традиционным методам катетеризации.

Имплантация порта никоим образом не нарушит привычный образ жизни пациента и не заставит отказаться от многого из того, что он делал раньше. Как только заживет шов после установки порта, пациент сможет посещать баню и бассейн, вести привычный образ жизни. Лечащий врач заранее определит место размещения так, чтобы порт не мешал заниматься привычными делами. Порт не бросается в глаза и выглядит всего лишь как небольшая припухлость под кожей. Применение порт-системы позволит проводить безболезненные инъекции в любое удобное время без поиска очередной вены на руке. Имплантированные порты не создают помех при проведении компьютерной и магнитно-резонансной томографии. При прохождении предполетного досмо-



Сразу же после установки порта



Через 3 недели после имплантации

тра в аэропортах рекомендуется иметь при себе документ, выданный при установке имплантированного порта, и заранее предупредить персонал, который проводит досмотр о наличии такого порта. Прохождение через сканеры и металлодетекторы безопасно для портов.

Порт-системы для длительного введения – это новая ступень развития техники внутривенных процедур после периферических и центральных венозных катетеров.

Химиотерапия – один из основных компонентов онкологического лечения, а при некоторых видах злокачественных новообразований, таких как лимфома, мелкоклеточный рак легкого, болезнь Ходжкина и др. – единственно возможное лечение. Суть химиотерапии – использование с лечебной целью лекарственных средств, тормозящих рост или необратимо повреждающих опухолевые клетки.

Согласно рекомендациям Европейской онкологической ассоциации, наиболее рациональной является установка порт-системы на самом раннем этапе химиотерапии до появления периферических флебитов тем онкологическим пациентам, которым планируется проведение длительной химиотерапии.

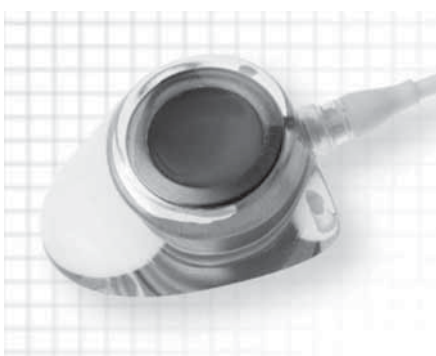
В развитых странах инфузионные порты устанавливают около 55% всех пациентов,

получающих длительные курсы химиотерапии. Имплантация венозного порта предусматривается требованиями международных исследовательских протоколов, входит в современные стандарты химиотерапии.

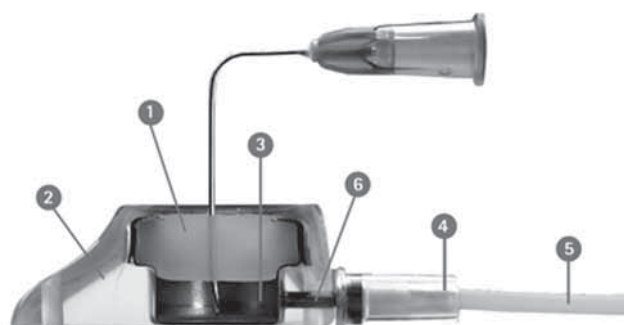
В Северной Америке устанавливается более 400 000 имплантационных систем постоянного доступа (портов) в год, в Европе более 250 000 в год, что свидетельствует об удобстве и широком распространении подобной методики. В настоящее время наблюдения пациентов с инфузионными порт-системами при обеспечении правильного ухода за ними составляет более 5 лет.

Пациентам отделений нашего учреждения – Ленинградского областного онкологического диспансера – также устанавливаются порт-системы (используется порт-система Селсайт компании B.BRAUN). Это обеспечивает простое и надежное введение лекарственных препаратов, что особенно важно при введении цитостатиков.

Имплантируемые венозные порт-системы предназначены для проведения многократных внутривенных введений, например, химиотерапии, антибактериальных и противовирусных препаратов, парентерального питания, забора или переливания крови. Через порты можно также проводить забор крови для проведения различных исследований.



Имплантируемый венозный порт



Порт-система:

1. Силиконовая мембрана
2. Наружная камера
3. Титановый резервуар
4. Соединение канюли порта с катетером
5. Катетер
6. Канюля порта

Что такое порт-система?

Имплантируемая инфузионная система представляет собой центральный венозный катетер, который соединен с небольшим резервуаром с мембраной-портом. Вся система полностью скрыта под кожей. Порт – это небольшая емкость, выполненная из металла (титана) или пластика (полисульфона), имеющая в основании элементы крепления, а в верхней части силиконовую мембрану для пункции.

Установка и использование порт-системы

Методика установки порт-катетеров практически отработана и считается безопасной, обеспечивающей высокий уровень комфорта для пациента. Кроме того, данная методика требует меньшего ухода за самим портом. Процедура установки порта занимает около 30–40 минут, является малоинвазивной и щадящей.

Установка порта взрослым пациентам проводится под местным обезболиванием, детям – под общим. После установки порт может использоваться до 5 лет без необходимости переустановки. Простота и удобство использования дает возможность пациентам выполнять инъекции самостоятельно после необходимого инструктажа. Сами пациенты ценят, что подкожный порт ставится один раз и на весь курс лечения, а все препараты после его установки вводятся безболезненно. Применение портов значительно расширяет возможности амбулаторного лечения и лечения в домашних условиях.

Процедура имплантации порта не представляет значительных технологических трудностей для подготовленного врача. Установка порта проводится в асептических условиях в операционной под местной анестезией. Уже на следующий день установленный порт может использоваться для проведения инфузий. При установке порта используются различные виды имплантации (плечевая, артериальная, хирургическая в печеночную артерию, перитонеальная и чрезкожная). Чрезкожная имплантация, используемая на наших отделениях, выполняется через подключичную вену.

Несколько советов при работе с венозными портами

Во время работы с порт-системой должны строго соблюдаться правила асептики

и антисептики. Всегда проводится визуальный осмотр места предполагаемой инъекции с целью выявления изменения кожных покровов: отек, покраснение, изъязвления или выделения. Перед процедурой руки обрабатываются гигиеническим способом, используется антисептик для рук. Процедура выполняется в стерильных перчатках.

Вам потребуются: маска, стерильные перчатки, стерильные салфетки для обработки кожи над имплантируемой системой, стерильный шприц 10 и 20 мл, обычная игла для шприца, игла для порта с удлинителем, физиологический раствор, пластырь, лекарство для инфузии, антисептик для кожи.

Для пункции используется специальная игла Губера. Эта игла имеет особую форму острия, исключая повреждение силиконовой мембраны порта. Обычные иглы (иглы для подкожных инъекций) деформируют силиконовую мембрану порта, что ухудшает его работу. При подборе диаметра и длины игл для инъекций и инфузий через порт-систему необходимо учитывать:

- вязкость вводимого раствора;
- глубину расположения камеры порта;
- время использования порт-системы и планируемого введения (забор крови, болюсная инъекция, длительная инфузия и т. д.).

При пункции порта следует вводить иглу строго вертикально, при этом ощущаются провалы в момент прохождения кожи и мембраны и упор в твердую заднюю стенку порта. Если игла не полностью проникла в порт, то возможно поступление препарата в окружающие ткани и отсутствие эффекта от их применения. Игла Губера закрепляется с помощью специальной наклейки или пластыря и стерильной салфетки. При длительных инфузиях салфетка должна меняться регулярно.

При правильно установленном и обслуживаемом порте введение лекарственных растворов должно быть безболезненным. В любом другом случае нужно обязательно остановить процедуру.

Перед началом проведения инфузии всегда проверяйте функционирование порта и катетера путем аспирации нескольких миллилитров крови в шприц. Если аспирация крови невозможна, то попытайтесь ввести в порт-систему несколько миллилитров физиологического раствора. Если чувствуется сопротивление при введении, а также обнаруживается припухлость вокруг порта или вдоль кате-

тера, то можно предположить нарушение функционирования системы.

После окончания инфузии порт-система промывается физиологическим раствором, игла удаляется. Во время удаления иглы Губера очень важно поддерживать положительное давление в шприце, чтобы избежать обратного тока крови. После извлечения иглы участок дезинфицируется спиртовой салфеткой, и, если требуется, накладывается давящая повязка.

Промывайте порт-систему 10–20 мл 0,9% раствора хлорида натрия (NaCl), либо этим раствором следом за гепаринизированным, в случае его использования, после каждого вводимого раствора и каждые 5–7 недель, если порт-система не используется. Если установлен артериальный порт, необходимо еженедельное промывание гепаринизированным раствором. Порты, устанавливаемые спинально или эпидурально, более просты в обращении, поскольку их не надо промывать.

Согласно внутреннему протоколу, для промывания может быть использован как обычный, так и гепаринизированный 0,9% раствор хлорида натрия (NaCl). В случае использования гепаринизированного 0,9% раствора хлорида натрия (NaCl) концентрация гепарина должна составлять 100–500 у. е./мл. Например, для приготовления раствора, содержащего 100 у. е. гепарина в 1 мл, возьмите 9 мл 0,9% раствора хлорида натрия (NaCl) и добавьте к нему 0,2 мл чистого гепарина. В случае использования гепаринизированного 0,9% раствора хлорида натрия (NaCl), систему необходимо предварительно промыть 10–20 мл обычного 0,9% раствора хлорида натрия (NaCl), т. к. некоторые лекарственные средства при контакте с гепарином могут давать осадок и, как следствие, блокировать порт или катетер. После проведения парентерального питания или после введения контрастного вещества необходимо промыть порт достаточным количеством 0,9% раствора хлорида натрия (NaCl) температурой 37 °С, чтобы удалить жировые частицы или остатки контрастного вещества.

Как преодолеть «непроходимость» катетера

1. Вначале проверьте, не зажата ли клипсом или не перекручена удлинительная трубка иглы. При использовании трехходового переходника убедитесь, что он открыт. Проверьте, не смещена ли игла под повязкой.

2. Изменение положения пациента при движении руками или туловищем может стать причиной смещения порта или катетера (может наблюдаться при так называемом «синдроме защемления»).

3. Кончик катетера может упираться в стенку венозного сосуда. При этом попытайтесь промыть катетер 20 мл 0,9% раствора хлорида натрия (NaCl) без использования излишнего давления. Если инфузия возможна и при этом нет ощущения боли или припухлости, то порт-систему можно использовать.

При окклюзии, вызванной тромбом, нельзя пытаться восстановить проходимость катетера при помощи давления, так как это может привести к разрыву стенки катетера.

Мы считаем, что именно правильная установка порт-системы и правильное выполнение всех рекомендаций при инфузии – залог её длительного использования!

Работая с порт-системами, специалисты нашей клиники убедились в их неоспоримых преимуществах: снижении уровня осложнений химиотерапии, повышении качества жизни пациентов, удобстве использования для нас – медицинских работни-

ков. Очевидным преимуществом для пациента является удобство и комфорт во время вливаний, возможность использования этого доступа во время операции, во время лечения других заболеваний и, что немаловажно, для взятия крови для анализа. Очевидным преимуществом для медперсонала является сокращение времени манипуляции, значительно сокращение осложнений, связанных с внутривенными вливаниями.

При установке порт-системы медицинская сестра объясняет пациенту достаточно простые правила поведения в быту, а в итоге применения порта пациенты высказывают положительные отзывы.

К сожалению, пока такие системы используются нечасто в силу их высокой стоимости. Вместе с тем необходимо отметить, что при анализе фармако-экономических показателей очевидно, что стоимость постановки и ухода за порт-системой в десятки раз меньше, чем при других доступах для инфузионной терапии, особенно если при других доступах произошли осложнения. Нам представляется, что необходимо дальше проводить исследования на пред-

мет эффективности применения порт-систем и вести работу по их распространению в практике учреждений, оказывающих помощь пациентам с онкологическими заболеваниями.

Хочется отметить, что с помощью компании B.BRAUN – немецкого производителя *порт-систем* – доступна информационная поддержка их применения при химиотерапии в виде бесплатных буклетов, инструкций для врачей и медицинских сестер. Одной из проблем на сегодняшний день является то, что порт-системы сравнительно мало применяются в нашей стране. Специалистам сестринского дела следует взять на себя инициативу по популяризации применения порт-систем при лечении не только онкологических, но и других заболеваний, терапия которых связана с длительными инфузиями цитостатиками и иными лекарственными препаратами.

В связи с широкими возможностями и преимуществами использования порт-систем необходимо обучение медицинских сестер работе с ними, начиная со студенческой скамьи.

ИМПЛАНТИРУЕМЫЕ ПОРТЫ ДЛЯ СОСУДИСТОГО ДОСТУПА

Стандарт Сообщества инфузионных медицинских сестер (INS)

1. Установка и удаление имплантируемого порта для сосудистого доступа являются хирургическими процедурами, в связи с чем они должны проводиться лицензированными специалистами, компетентными выполнять данные манипуляции в соответствии с законодательными актами, профессиональными нормативными документами, а также согласно локальным правилам и требованиям и/или практическим рекомендациям.

2. Медицинские сестры должны быть компетентны в вопросах использования и

обслуживания имплантируемых портов, включая доступ к порту, распознавание потенциальных осложнений, а также в обеспечении надлежащего ухода, включая обучение больного и лица, ухаживающего за ним, в соответствии с локальными правилами и требованиями и/или практическими рекомендациями.

3. Для доступа к имплантированным сосудистым портам могут применяться только безопасные иглы Губера.

4. При введении рентгеноконтрастных препаратов с использованием инфузионных

насосов через имплантируемые сосудистые порты, согласно инструкциям производителей, могут применяться только специально сконструированные для работы с инфузионными насосами иглы Губера.

5. В том случае, если имплантированный порт продолжает использоваться, на место сосудистого доступа должна быть наложена стерильная прозрачная полупроницаемая мембрана или марлевый пелюшечный материал.

Практические рекомендации

1. В тех ситуациях, когда через имплантируемый сосудистый порт планируется введение препаратов с применением инфузионных насосов, при организации сосудистого доступа и непосредственно перед началом инфузии, необходимо удостовериться, что порт обладает характеристиками, необходимыми для проведения инфу-

зии с применением инфузومات. Для этого должны использоваться как минимум два метода, включающие просмотр руководств по проведению процедуры; идентификационные карточки, пометки на сгибах или идентификационные цепочки, созданные производителем; а также пальпация самого порта. Несмотря на то что некоторые им-

плантируемые порты, подходящие для проведения инфузии с применением инфузومات, имеют характерные черты, определяемые при пальпации, результаты пальпации порта не могут служить единственным идентификационным методом.

2. Медицинская сестра должна знать о возможности повреждения катетера, кото-

рая может приводить к экстравазации и эмболии фрагментами катетера, а также к удалению порта и последующей установке его в другой области. Наиболее распространённые факторы риска включают в себя «синдром перекручивания», а также осуществление инфузии с применением инфузомата через те порты, которые для этого не приспособлены.

3. При доступе к имплантированному порту необходимо следовать правилам асептики, в том числе использовать стерильные перчатки. При доступе часто требуется использовать маску; при этом в настоящее время вопросы применения масок окончательно не разрешены в связи с отсутствием соответствующих исследований.

4. Для доступа к имплантированным сосудистым портам должны использоваться иглы Губера с минимальным диаметром, позволяющим проводить намеченную терапию в нужном режиме. Для того чтобы снизить риск смещения иглы во время доступа, следует подбирать иглу Губера нужной длины, позволяющей пройти сквозь кожу и надёжно установить её в порте.

5. Следует удостовериться в проходимости порта до начала его использования для проведения инфузии. О проходимости порта свидетельствуют наличие обратного тока крови и возможность промывания порта не содержащим консервантов рас-

твором натрия хлорида 0,9% без признаков инфильтрации.

6. В настоящее время имеется недостаток данных для того, чтобы определить оптимальные сроки смены игл Губера, используемых для проведения постоянной инфузии через имплантированный сосудистый порт; как правило, их сменяют каждые 7 дней.

7. Во время работы имплантированный порт должен быть покрыт повязкой из прозрачной полупроницаемой мембраны или марлевой повязкой, которые должны покрывать иглу и сосудистый доступ. В том случае, если марлевая повязка используется с целью стабилизации крылышек иглы сосудистого доступа, и при этом она не застилает место введения иглы, находящееся под повязкой из прозрачной полупроницаемой мембраны, следует считать, что применяется повязка из прозрачной полупроницаемой мембраны, смена которой должна проводиться каждые 7 дней.

8. С целью уменьшения обратного тока крови и снижения риска тромботической окклюзии катетера при извлечении иглы Губера следует использовать технику с созданием положительного давления.

9. При обучении пациентов и/или ухаживающих за ними лиц следует разбирать такие аспекты, как: особенности процедуры установки, тип устанавливаемого порта (например, порт, подходящий для введения препаратов с помощью инфузи-

онных насосов, количество просветов); необходимость всегда носить с собой идентификационную карточку порта (например, в кошельке); вопросы ухода за портом, в том числе периодичность промывания; особенности асептической техники при доступе к порту; возможность использования для доступа только игл Губера (включая необходимость подбора подходящего типа игл для проведения вливания с использованием инфузионных насосов); а также распознавание возможных осложнений и необходимые при этом действия.

10. В том случае, если инфузия через имплантированный порт осуществляется в домашних условиях, обучение больных или лиц, ухаживающих за ними, должно также включать следующие вопросы: важность ежедневной проверки повязки; каким образом снимать и надевать повязку без натяжения места установки иглы; защита области установки порта во время принятия ванны; необходимость следить за тем, чтобы ляжки женских бюстгалтеров не создавали трения в месте сосудистого доступа; необходимость немедленно сообщать о появлении таких симптомов, как боль, жжение, жар или раздражение в месте сосудистого доступа; необходимость остановить инфузионной насос и срочно сообщить о протекании, появлении влажности или отека в месте сосудистого доступа.



24–28 июня 2013 г. в Санкт-Петербурге состоится первый российско-американский семинар для медицинских сестер онкологической службы в рамках международного проекта «Совершенствование сестринской помощи при проведении химиотерапии». Напомним, что проекту оказана поддержка со стороны благотворительного фонда Бристоль Майерс Сквибб, а цель этого начинания состоит в том, чтобы внедрить научно-обоснованные вмешательства, способствующие снижению бремени побочных эффектов и осложнений при проведении химиотерапии. Участниками первого семинара станут 30 медицинских сестер, кандидатуры которых выдвинуты от 15 региональных организаций. Позже будет проведен второй аналогичный семинар для новой группы участников. Подготовка учебной программы ведется совместными силами – экспертами PAMC, ONS (Сообщества онкологических медсестер) и самими участниками обучения. Следите за новостями проекта на сайте PAMC.

28–29 ноября 2013 г. Ассоциация медицинских сестер России приглашает специалистов отделений ЦСО, операционных и перевязочных медицинских сестер принять участие во всероссийской конференции.

Две национальные конференции – для специалистов центральных стерилизационных отделений и для операционных медицинских сестер – будут организованы в Санкт-Петербурге и пройдут в параллельном режиме. Здесь будут рассматриваться как вопросы управления и организации работы специализированных служб, задачи обеспечения безопасности пациентов и обучения сотрудников, так и вопросы научной деятельности сестринского персонала, развития сотрудничества с зарубежными коллегами.

Подробная информация для участников конференции будет размещена на вэб-сайте PAMC в разделе: «Календарь событий» не позднее июля 2013 г. <http://www.medsestre.ru/news/info/21>

ООО «Компания ВитаЛаб»

ООО «Компания ВитаЛаб» является эксклюзивным поставщиком на территории Российской Федерации тест-систем «R-Biopharm» – для исследований пищевой непереносимости.

ООО «Компания ВитаЛаб» является авторизованным дистрибьютором на территории Северо-Западного Федерального округа ЗАО «Аналитика», ООО «Чистый инструмент», ООО «ИнтелЛабСервис».

«Aquisel» (Испания), «Biochrom Ltd» (Великобритания), «J. T. Baker» (Нидерланды), «Response Biomedical Corp.» (Канада), «Tcoag Ireland Limited» (Ирландия), «Standart Diagnostics» (Корея), «Biosistemas S.A.» (Испания), «Roche» (Швейцария), «Vital Diagnostics» (Россия), «Erba Lachema s.r.o.» (Чехия), «Ольвекс Диагностикум» (Россия), «Интерлабсервис» (Россия).

ОБОРУДОВАНИЕ И НАБОРЫ РЕАГЕНТОВ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ БИОХИМИИ, ПЦР, ИФА



РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЛАБОРАТОРИИ



МОНИТОРИНГ «ХОДОВОЙ ЦЕПИ» И КОНТРОЛЬ ДЕЗИНФЕКЦИОННО-СТЕРИЛИЗАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ

- Электронный термоиндикатор «Термотест»
- Биологический индикатор «Биостер»

ЛЕЧЕБНЫЕ ГЕЛИ И САЛФЕТКИ «КОЛТЕКС»



ООО «Компания ВитаЛаб»
(812) 740-71-04, 740-71-05
196 105, г. СПб, Яковлевский пер., дом 11, литер «А»
vitalab@mail.ru; ВитаЛаб.рф

МЕДИЛИС®-ДЕЗ

ДВУХКОМПОНЕНТНОЕ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕЕ СРЕДСТВО

БОРЬБА С ПЛЕСЕНЬЮ

Режимы дезинфекции объектов растворами средства «МЕДИЛИС-Дез» при поражениях плесневыми грибами

Объект обеззараживания	Концентрация рабочего раствора (по препарату), %	Время Обеззараживания, мин	Способ Обеззараживания
Поверхности в помещениях (пол, стены, жесткая мебель), предметы обстановки	0,1	30	Двукратное протирание или орошение с интервалом 15 минут
	0,25	15	
	0,5	5	
Поверхности мягкие, в т.ч. ковровые и прочие напольные покрытия, обивочные ткани, мягкая мебель	0,1	60	Двукратное протирание щеткой
	0,25	30	
	0,5	15	
	1,0	5	
Бельё, загрязненное органическими субстратами	0,5	90	Замачивание
	1,0	60	
	1,5	30	
Посуда, в т.ч. одноразовая, аптечная и лабораторная	0,5	90	Погружение
	1,0	60	
	1,5	30	
Уборочный материал и инвентарь	1,0	60	Погружение
	1,5	30	
Резиновые и полипропиленовые коврики	0,5	60	Погружение или протирание
	1,0	30	
	1,5	15	



Aspergillus niger — вид высших плесневых грибов из рода Аспергилл (*Aspergillus*); вызывает заболевания человека и животных (аспергиллёзы)



Состав: комбинация ЧАСов, триамин и др компоненты.
Срок годности: 5 лет, раб.раствора - 28 суток
Безопасность: 4 класс малоопасных соединений
Дополнительные свойства:
Отличные моющие и дезодорирующие свойства
Сохраняет свои свойства при замораживании и оттаивании



Наборная
МЕДИЛИС

Москва, Лаборатория МедиЛИС
тел/факс.: (495)315-16-65, 315-17-10, 980-80-39, 980-80-38,
www.medilis.ru; e-mail: mail@medilis.ru

КОНЦЕНТРАТ (ЧАС+ТРИАМИН)

WWW.MEDILIS.RU