

# ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 4/13 2013



**Аортокоронарное шунтирование  
– роль медицинских сестер  
в реабилитации пациентов**



**стр. 7**

**Новый этап обучения  
лидерству – трудности  
закаляют**



**стр. 15**

**Мои года – мое богатство.  
90-летний Юбилей отметила  
медицинская сестра из Архан-  
гельской области**



**стр. 24**

**Работа над ошибками.  
Симуляционное обучение  
в подготовке специалистов  
Забайкальского края**



**ЛИЗОФОРМ**

# Автоматическая промывка каналов Scope Buddy®

## Сведите к минимуму ручной труд при промывке каналов эндоскопа

- Промывка нескольких каналов эндоскопов за 30 секунд
- Совместимость со всеми гибкими эндоскопами
- Звуковая и визуальная индикация завершения процесса
- Настенное или настольное размещение рядом с имеющейся раковиной или мойкой



Репроцессор  
DSD-201



Репроцессор  
CER



Система для хранения  
эндоскопов  
Scope-Store SE

Группа компаний «Лизоформ»,  
Тел. +7 (812) 347-71-15. E-mail: sales@lysoform.ru  
Филиал в Москве: ООО «КлиндДез»,  
Тел. +7 (495) 741-54-42, 771-25-64. E-mail: klindez@yandex.ru  
www.lysoform.ru



**■ Инновации должны перестать восприниматься как лозунг и стать одной из функциональных и должностных обязанностей главных и старших сестер. Безусловными лидерами инновационных преобразований призваны стать члены профессиональных сестринских ассоциаций.**

Уважаемые коллеги и читатели «Вестника».

От имени Ассоциации медицинских сестер России позвольте всех вас приветствовать и кратко осветить основные события общественной деятельности, в которые многие из вас активно вовлечены.

Как раз в дни подготовки этого номера на сайте Министерства здравоохранения России прошло голосование за кандидатов в состав Общественного совета. К сожалению, мы не смогли набрать достаточного числа голосов, но вовсе не по причине низкой поддержки, а в связи с тем, как технически было организовано само голосование. Телефон в офисе РАМС буквально разрывался на части в заключительные дни голосования, руководители региональных организаций сообщали, что медицинские сестры не могут проголосовать в связи с техническими проблемами при открытии сайта МЗ. Как ни парадоксально, но при достаточно низком числе набранных голосов на сайте, за эти немногие дни мы смогли ощутить колоссальную поддержку со стороны медицинских сестер самых разных регионов.

В состав Совета, судя по итогам голосования, ассоциация не пройдет, но мы не теряем оптимизма по поводу дальнейшего партнерства и взаимодействия с Министерством здравоохранения. Мы могли работать и вносить свои предложения в отсутствие Совета, продолжим эту работу и теперь, с его созданием. В частности, такая работа ведется по согласованию проектов Профессионального стандарта.

Мы смогли принять участие в нескольких заседаниях, посвященных стандартам. Хочу отметить, что ситуация сложная – обсуждение ведется сразу по стандартам всех специальностей здравоохранения, причем обсуждение носит междисциплинарный и межведомственный характер. Со стороны министерства труда предлагается максимальное сокращение и унификация стандартов. Определенная логика здесь имеется, но в результате теряются важные для сестринского сообщества разделы документов, отражающие истинный вклад и уровень профессиональной подготовки специалистов. В частности, по предложению Минтруда всем медицинским сестрам присваивается 6 квалификационный уровень. Мы считаем, что необходимо дифференцировать труд медицинских сестер. Ведь уже есть медицинские сестры с высшим образованием, работающие на управленческих позициях, в будущем высшее образование должно постепенно стать нормой для ряда наиболее сложных специальностей в сестринском деле, соответственно, квалификационный уровень специалистов должен быть разным. Ассоциация продолжает переговоры с различными сторонами для окончательного согласования стандартов.

Еще раз обсудить профессиональные стандарты операционного дела, а также инновации в работе операционных и перевязочных сестер, в организации центральных отделений стерилизации нам поможет проводимая в конце ноября конференция. Этот выпуск журнала приурочен к конференции и содержит целый ряд полезных

материалов для организаторов и практикующих специалистов. Мы надеемся, что примеры наилучшей практики, которые мы доносим и с трибун мероприятий, и со страниц журнала, будут восприняты многими читателями в качестве руководства к действию.

К сожалению, далеко не всегда сестринская помощь соответствует современным требованиям и представлениям о качестве, безопасности, комфорте. Одним из материалов текущего выпуска Вестника мы надеемся привлечь внимание руководителей сестринских служб к задаче своевременного и качественного повышения квалификации специалистов, к необходимости практических перемен. Инновации должны перестать восприниматься как лозунг и стать одной из функциональных и должностных обязанностей главных и старших сестер. Иначе пациенты будут продолжать испытывать страдания и неудобства, которые давно могли бы быть исключены из их жизни за счет грамотной организации помощи.

Уважаемые коллеги, в подавляющем большинстве случаев вы работаете в очень тяжелых условиях нехватки кадров, нехватки признания, недостаточной оценки своего труда со стороны руководителей, коллег и подчиненных. Тем не менее, регулярно знакомясь с плодами вашего труда, с результатами работы ваших коллективов, мы видим, что, несмотря на все трудности, ваша лидерская позиция становится основой исключительных профессиональных достижений. Ассоциация сердечно благодарит вас за этот труд, искренне ценит ваши усилия и ваш вклад в укрепление сестринской профессии.





**На обложке:** операционные медицинские сестры ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России (г. Красноярск)

## СОДЕРЖАНИЕ

### НОВОСТИ РЕГИОНОВ

Больница начинается с регистратуры. Конкурс медрегистраторов в Кемерово	стр. 3
Новые технологии в сестринском деле – всероссийская конференция руководителей отрасли в Волгограде	стр. 5
Работа над ошибками. Внедрение симуляционных технологий обучения в Забайкальском крае	стр. 18

### НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ

Новый этап обучения лидерству – трудности закаляют. Итоги 3 семинара в рамках проекта РАМС - ICN	стр. 7
--	--------

### СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Болевой синдром у пострадавших в результате острых отравлений ядами	стр. 12
---	---------

### ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА

Аортокоронарное шунтирование – роль медицинских сестер в реабилитации пациентов	стр. 20
Проза будней – интервью с медицинской сестрой процедурного кабинета	стр. 27
Все в наших руках! Скандинавская ходьба в поддержку здоровья и долголетия	стр. 34

### ГЕРОИ НАШЕГО ВРЕМЕНИ

Мои года – мое богатство	стр. 15
--------------------------	---------

### ВОПРОСЫ ЭТИКИ

«Совершенно секретно» – информация о пациенте разглашению не подлежит	стр. 10
---	---------

### 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](mailto:rna@medsestre.ru)  
 Подробная информация о подписке и размещении публикаций – на сайте РАМС: [www.medsestre.ru](http://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](mailto: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

# Больница начинается с регистратуры

В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПРОШЕЛ КОНКУРС «ЛУЧШИЙ МЕДИЦИНСКИЙ РЕГИСТРАТОР».

Конкурс среди медицинских регистраторов в Кемеровской области впервые состоялся в 2012 году. Событие вызвало большой отклик со стороны лечебных учреждений, быть может, этот опыт будет интересен и другим российским регионам.

Организаторы – Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области и Профессиональная ассоциация медицинских сестер Кузбасса – задались целью повысить качество обслуживания пациентов в регионе.

Медицинский регистратор – это первое звено в длинной цепи персонала, с которым встречается пациент. Очень важно, чтобы уже на этом этапе человек, оказавшийся в сложной жизненной ситуации, почувствовал поддержку, бережное и внимательное к себе отношение. Немаловажной задачей конкурса стало и формирование положительного имиджа медрегистратора.

К участию в конкурсе допускались медицинские работники, имеющие стаж практической работы в медицинских организациях не менее 5 лет. Возраст конкурсантов не ограничивался. Что же оценивали члены конкурсной комиссии? То, что важно и для пациента, и для специалиста:

- внешний вид регистратуры (рабочего места каждого конкурсанта) – порядок, чистота, доступность и достоверность информации;
- ведение документации – внешний вид амбулаторных карт, наличие качественной маркировки, система и условия хранения, отсутствие дубликата карт, своевременная перепись карт с занесением предыдущих данных в новые карты, своевременное предоставление амбулаторной карты на прием врачу;



- этику, общение – умение вести диалог в телефонной беседе и при непосредственном общении с пациентом, предоставление информации, интересующей пациента в доступной форме;
- компьютерную грамотность – владение ПК, владение Интернетом;

**Медицинский регистратор – это первое звено в длинной цепи персонала, с которым встречается пациент. Очень важно, чтобы уже на этом этапе человек, оказавшийся в сложной жизненной ситуации, почувствовал поддержку, бережное и внимательное к себе отношение**

- систему записи на прием к врачу – по телефону, по Интернету, запись лично пациентом.

Также проводился выборочный опрос, анкетирование по отзывам пациентов, итоги которого вошли в портфолио конкурсантов.

Больше шансов для победы было у тех медицинских регистраторов, кто принимал активное участие в акциях,

организованных ПАМСК («Помоги собраться в школу», «Кузбасс – территория добра», «Чужих детей не бывает», «Доброе сердце» и др.), в работе общественных организаций. Наличие наград и поощрений тоже приближало к победе.

После предоставления всех необходимых документов в конкурсную комиссию, конкурсантам предстояло пройти итоговое тестирование, результаты которого и стали решающими при определении победителей.

Призовые места конкурса медицинских регистраторов в 2012 году заняли: 1 место – Киселевич Анна Николаевна, МБУЗ «Центральная городская больница» женская консультация, Анжеро-Судженский городской округ; 2 место – Исмагилова Ирина Алексеевна, МБУЗ «Детская городская больница», г. Осинники; 3 место – Талибуллина Галина Николаевна, МБУЗ «Клиническая поликлиника № 5», г. Кемерово. (в зависимости от места)

Награждение победителей состоялось на торжественном собрании, посвященном «Международному дню медицинской сестры».

## Медицинские сестры и акушерки Тюменской области выступили в поддержку грудного вскармливания



■ **Новосёлова Надежда Валентиновна,**  
главная медицинская сестра  
ББУЗ ТО Родильный дом № 3

32 страны мира и 10 агентств ЮНИСЕФ в 1990 году приняли Декларацию о защите, поощрении и поддержке грудного вскармливания. Ежегодно с 1 по 7 августа во всем мире проходит «Неделя поддержки грудного вскармливания» как один из стратегических методов популяризации естественного вскармливания детей, возобновления утерянной традиции – кормить детей грудью.

С 2013 года Тюменская область впервые присоединилась к проведению международной акции, которая проходила под девизом «Поддержите Мать, чтобы обеспечить Золотой старт для её ребёнка! С кормлением грудью все выигрывают!». Инициатором и организатором акции стала специализированная секция по перинатологии Тюменской профессиональной сестринской ассоциации.

Специалисты секции подошли к организации акции всесторонне – разработали методические рекомендации по поддержке грудного вскармливания для родовспомогательных учреждений области, анкеты для рожениц, планы занятий, информационные папки, листовки и видеоролик. Все это было передано в родильные дома и отделения. Кроме того, прошёл конкурс на лучший баннер в поддержку грудного вскармливания. Лучшими были признаны творческие работы Городской поликлиники № 8, Тюменского перинатального центра и Областной больницы № 23.

В акции приняли участие 19 родовспомогательных учреждений Тюменской области, поучаствовать в занятиях смогли 2684 беременных женщин, родильниц и кормящих матерей.

Проведенная работа изменила отношение большинства медицинских работников и пациенток к грудному вскармливанию.



Теперь усилия всех медицинских работников будут нацелены на то, чтобы помочь женщине наладить грудное вскармливание, преодолеть возможные трудности и почувствовать уверенность в себе.

7 августа в 12 часов акция завершилась грандиозным запуском 780 белых воздушных шаров.

## «Вечные ценности»

Литературный конкурс «Вечные ценности» был объявлен Ассоциацией медицинских сестер Кузбасса в конце 2012 года, накануне грандиозного для нашего региона события – 70-летия Кемеровской области.

К участию в конкурсе приглашались медицинские сестры (братья), акушерки, фельдшера, лаборанты медицинских организаций области, являющиеся членами Ассоциации, а так же их дети, учащиеся общеобразовательных школ.

Конкурс проводился по трем номинациям: «Лучшее поэтическое произведение»

«Лучшая проза» и специальная номинация для детей «Моя мама – медсестра». Тематика конкурсных работ определялась следующими направлениями: «Малая Родина – Кузбасс» и «Моя профессия. Какая она?» Детям медицинских работников было предложено написать стихотворение или рассказ о своей маме или папе.

Итак, с 15 декабря 2012 года конкурс был запущен. К 15 марта 2013 года все желающие представили свои творения на суд жюри.

Всего в конкурсе «Вечные ценности» приняли участие 60 литературных произведений.

Больше всего работ было посвящено теме родины. В красивых стихах и поэмах отразилась необъятная любовь и гордость за родной край, свои корни.

Торжественно, с энтузиазмом рассказали о своей профессии медицинские сестры и фельдшеры. Дети написали о своих самых лучших мамах – нежно, трепетно и невероятно красиво!

Итоги конкурса были подведены в Международный день медицинской сестры. Все работы были опубликованы в одноименном сборнике «Вечные ценности».



# ИННОВАЦИИ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ОТРАСЛИ ПРОШЛА В ВОЛГОГРАДЕ



■ **Комиссарова О.П.,**  
исполнительный директор РАМС

Новые технологии в деятельности специалистов со средним медицинским образованием – развиваются ли они в Российской Федерации. Ответить на этот вопрос собрались более 500 специалистов и преподавателей сестринского дела в Волгограде 26–27 сентября в рамках работы конференции «Новые технологии в деятельности специалистов со средним медицинским образованием».

Конференция проходила по плану МЗ РФ, под эгидой Министерства здравоохранения Волгоградской области, организована была очень четко, с особым вниманием к участникам конференции, слаженной командой оргкомитета, сотрудников медицинской академии и колледжей г. Волгограда, Волгоградской ассоциации медицинских сестер. Свою лепту внесли студенты медицинских образовательных учреждений – наше будущее, кадровый потенциал здравоохранения.

Министр здравоохранения Волгоградской области – Шкарин Владимир Вячеславович – весь свой доклад посвятил сестринскому персоналу, его истории, проблемам и роли специалистов сестринского дела в развитии новых направлений практики.

Уже не удивительно, что руководители здравоохранения высокого ранга уделяют внимание проблемам сестринского дела, этого требует время. Однако участники конференции с нетерпением ждали готовые рецепты по решению сестринских проблем в реги-



онах, очень хотелось услышать новое о реальных изменениях в нашей деятельности.

Из года в год на различных мероприятиях мы обсуждаем необходимость изменений в сестринской практике, передачи некоторых полномочий от врачей медицинским сестрам в рамках их компетенции, необходимость внедрения новой модели сестринского ухода. Мы все время планируем и

**В России уже есть отличные примеры расширения функций сестринского персонала. однако широкому их внедрению по всей стране мешает отставание в нормативно-правовом обеспечении отрасли**

обсуждаем, описываем и детализируем, но никак не можем перейти к действиям, игнорируем и оставляем без внимания то, что уже давно создано и ждет своего часа. Так, не один год ушел у профессионального сообщества на уточнение функций и компетенций сестринского персонала разных специальностей, Ассоциацией медицинских сестер были разработаны профессиональные стандарты, однако в докладе главного внештатного специалиста по

сестринскому делу С.И. Двойникова опять прозвучало – «нужно пересмотреть функции медицинских сестер, пересмотреть номенклатуру, составить план действий». Да, все это нужно, чтобы корабль реформ сестринского дела, наконец, отчалил от пристани, только хотелось бы прежде договориться о пункте назначения, согласованно решить, чего мы ожидаем от медицинской сестры, разработать и принять концептуальную модель сестринского дела.

Хочу обратить ваше внимание на название конференции – «Новые технологии в деятельности специалистов со средним медицинским образованием» – уже не первый раз в названии таких мероприятий определяется, что мы ведем речь о медсестрах со средним профессиональным образованием. Оправдано ли это? Может быть все-таки стоит идти в ногу с прогрессивным миром и открывать дорогу для специалистов с различным уровнем подготовки, думать о том, какие позитивные перемены в профессию могут привнести специалисты с бакалавриатом, магистратурой, докторантурой? Вот и профессор Галина Сквирская, говоря о развитии первичного сектора здравоохранения, рекомендовала решать вопрос о его усилении специалистами сестринского дела с высшим образованием.



Передовая подготовка здесь нужна и тем, кто непосредственно работает с пациентом, и тем, кто отвечает за организацию всего процесса. Причем за примерами уже и далеко ходить не надо. В России уже есть поликлиники, работающие по ультрасовременным технологиям. Например, Самарская поликлиника № 15. В нашем журнале мы уже писали об этом учреждении, где давно забыто понятие очереди, где потоки пациентов распределены, составлены паспорта участков, группы риска, группы диспансерного наблюдения... Здесь уже реализована расширенная модель сестринской практики, принятие которой во всей стране стало бы великим благом для первичного звена.

Ирина Назаркина, заместитель главного врача поликлиники, отмечая целесообразность расширения полномочий медицинской сестры, поделилась достигнутыми результатами. Параллельный самостоятельный прием медсестры и врача снял напряжение в работе с пациентами во время приема. Работа медицинских сестер в школах пациентов снизила% вызовов скорой помощи с приступами АГ, снизилась госпитализация пациентов с ОНМК. За 12 лет работы медицинские сестры самостоятельно выявили 15 000 пациентов со злокачественными новообразованиями! Это ли не показатель разумного распределения ролей медперсонала для обеспечения качества оказания медицинской помощи пациентам?

Как всегда делилось своими достижениями Кемерово. Дружинина Тамара Васильевна рассказала о внедрении

ресурсосберегающих технологий в сестринском деле – «Свободные руки». Смысл этого подхода к организации труда заключается в создании вспомогательных служб, которые берет на себя все непрофессиональные, неспецифические задачи сестринского персонала, освобождая специалистов для выполнения более сложных задач. Кемеровским опытом пользуются многие регионы благодаря сотрудничеству ассоциаций медицинских сестер, входящих в состав национальной организации «Ассоциации медицинских сестер России».

Во многих ЛПУ сегодня открываются и успешно действуют центры профилактики. Причем основную роль в их работе играют медицинские сестры. О работе одного из таких центров рассказал Александр Аверин, заведующий отделением профилактики ГKB № 1, г. Чебоксары. Организация диспансеризации населения продумана в деталях, так чтобы в момент приема специалистов затраты времени были сведены к минимуму, а время это использовалось с максимальной пользой.

Ассоциация медицинских сестер России с момента своего основания выступает за внедрение инноваций, совершенствование профессиональной практики – центральное звено в ее работе. Благодаря проектам РАМС в России появились ТПМУ, руководство по венозному доступу, рекомендации по работе медицинских сестер отделений различного профиля. Мы готовы идти только вперед. К сожалению,

в ходе мероприятия в адрес документов прозвучала критика – мол слишком высокие требования предъявляются к оснащению рабочих мест, к расходным материалам. Да, мы считаем, что использование морально устаревших расходных материалов (ваты, бинтов, пластырей) не оправдано экономически. Приобретая их, ЛПУ экономит средства, однако, сколько рабочего времени уйдет на работу с ними, с лечением каких осложнений, например, в лечении ран, придется столкнуться персоналу, в отсутствие современных средств ухода?

В ходе конференции не раз прозвучали слова о содружестве органов управления здравоохранением, общественных профессиональных объединений и образовательных учреждений в решении проблем сестринского дела в России. Это замечательно, только для сотрудничества требуется определенный формат. И это не конференции, а совместные рабочие группы, проблемные заседания, где обсуждаются всесторонне отдельные вопросы, где все стороны могут высказать мнение, а затем принять совместное решение и над ним работать. Со своей стороны Ассоциация в подобном сотрудничестве хотела бы перейти от слов к делу.

Мы были рады услышать выступление Анастасии Гажевой, ученого секретаря ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, предложившей пересмотреть традиционную схему соотношения: врач-медсестра. Настало время делать расчет потребности медицинских сестер исходя из числа пациентов. И с этим нельзя не согласиться! Надеемся, что конкретные шаги в этом направлении со стороны Минздрава России последуют уже в ближайшее время.

Конференция, не смотря на свое название, показала, что очевидная роль в развитии сестринского дела и внедрении инноваций принадлежит медицинским сестрам именно с высшим профессиональным образованием! Опыт Астрахани, Самары, Москвы и Красноярска, Кемерово и Чувашии говорил в пользу академической подготовки сестер. Хочется верить, что ответ вопрос о целесообразности бакалавриата и магистратуры в сестринском деле уже найден, причем уже на российских примерах.



# НОВЫЙ ЭТАП ОБУЧЕНИЯ ЛИДЕРСТВУ – ТРУДНОСТИ ЗАКАЛЯЮТ

Летом принято отдыхать, набираться новых сил, забывать о ежедневной рутине и проблемах... принято у многих, но только не у лидеров сестринской профессии. Для них лето – это очередной повод встретиться, обсудить насущное, обменяться опытом и поучиться новому. Так произошло и в этом году, благодаря проведению Ассоциацией медицинских сестер России международного проекта «Лидерство в переговорах» в партнерстве с Международным Советом Медсестер.

На этот раз слет состоялся в Санкт-Петербурге. Именно слет – ведь преподаватели и участники преодолели тысячи километров, чтобы собраться вместе на несколько насыщенных работой и дебатами дней. На третьем по счету семинаре все встретились добрыми друзьями, как будто и не прошло целого года с момента расставания. В этом году семинар принял и новых участников, причем «белыми воронами» они себя не чувствовали – главные сестры и лидеры по духу – это люди с одной группой крови.

Итак, что на этот раз удалось освоить в рамках учебной программы и при поддержке преподавателей МСМ? Кстати, на этот раз к Франсису Саппарайену (Маврикий) и Еви Густавсон (Швеция) присоединилась и Лесли Белл, консультант Международного Совета Медсестер по опросам политики в сестринском деле и здравоохранении, эксперт в области Профсоюзной работы с более чем 20-летним стажем в Профсоюзе и профессиональной ассоциации зарегистрированных медицинских сестер Онтарио (Канада).

Для начала, участники обсудили любимую тему Франсиса Саппарайена –



**Лидер – это тот, кто не боится проблем. Каждая трудная ситуация для лидера – это возможность изменить жизнь своего коллектива к лучшему**

лидерство. Лидер – это не тот, кто громче всех высказывается, а тот, к кому все прислушиваются; лидеру доверяют, его поддерживают, но не потому, что он главный по должности, а потому, что несет на себе ответственность за всех и каждого, идет вперед, открывая дорогу своим соратникам. Сам лидер умеет учиться, не боится сложных решений, видит на перспективу, оценивает свои действия и, главное, не боится проблем. Наоборот, каждая трудная ситуация для лидера – это возможность изменить жизнь своего коллектива к лучшему.

Лидер должен быть профессионалом, а для этого нужны определенные знания и навыки. Лидер сестринской

профессиональной ассоциации должен разбираться во многих вопросах, например, в социально-экономических. «Медицина – это не та профессия, куда идут ради материального благополучия» – убеждены многие, в том числе многие руководители страны. Разумеется, жажда наживы в медицину людей не приводит, но справедливо ли полагать, что медицинские сестры – это альтруисты, у которых нет более никаких жизненных потребностей, кроме служения обществу? Нет желания создать семью, вырастить детей, дать им все самое лучшее? Лидеры профессии должны это понимать и отстаивать право медицинских сестер на достойную жизнь. Отдавая все, и не получая взамен адекватной оплаты, специалисты отрасли «выгорают» и либо уходят из профессии навсегда, либо работают, но уже без былого «огонька».

С теорией все понятно, но на практике гораздо сложнее. Участники поде-





лились теми проблемами, с которыми живут в последние годы. «Медицинских сестер все меньше, их катастрофически не хватает, но вместо поддержки мы видим «слепого оптимизацию» – сокращение сестринских ставок. У нас медицинские сестры получают по 5–7 тысяч рублей. Как их удерживать, если добиться повышения оплаты не удастся? Руководители не хотят нас слышать. Очень тяжело, когда поддержки нет не только на уровне регионального руководства, но и на уровне ЛПУ. Нет желания вникнуть в проблему...», высказались участники семинара из Иваново. «Отпускной период, дополнительная нагрузка на кадры, но желания со стороны администрации пойти на встречу нет... нам в одном из отделений нужна медицинская сестра, разделить обязанности ушедшей в отпуск между имеющимися сестрами невозможно, есть и человек, медсестра другого отделения, которая готова отработать в свое свободное время, но руководство это не устраивает, оформлять ее не хотят», – вторили участницы из Москвы.

На многие острые вопросы ответила представитель Территориального комитета Профсоюза работников здравоохранения по Санкт-Петербургу и Ленинградской области Юлия .... Лидеры и руководители сестринских служб должны быть в курсе действующего законодательства. Понимать, что можно, а что нельзя, и еще – уметь чи-

тать между строк, уметь вникать в те проблемы, с которыми сталкиваются руководители ЛПУ. Вам нужна медицинская сестра на целый месяц, у вас есть эта медсестра, вы хотите, чтобы она отработала, и чтобы ей оплатили эту работу. Вы настаиваете на оформлении ее по совместительству... Конечно, это возможно, но нужно ли на этом настаивать, если вы в курсе, что совместительство требует заключения трудового договора, запускает серьезный бюрократический процесс... быть может ситуация разрешима иным образом? Подумайте о том, чего вы хотите достичь, о возможных вариантах решения проблемы, и дайте вашему руководству возможность выбора. Тогда вероятность успеха будет выше.

Франсис с удовольствием продолжил тему «решения проблем» и преодоления трудностей. Если руководитель является лидером, это не значит, что у него есть «волшебная палочка» для решения проблем. Зато у него есть знания, как шаг за шагом можно продвинуться даже в самом сложном вопросе. Достигается это за счет четкого следования схеме.

Для начала нужно определить и сформулировать проблему, затем оценить текущую ситуацию, собрать факты. Далее – провести «мозговой штурм» – разработать множество вариантов решения проблемы, а не какой-то один, если хорошенько подумать – варианты найдутся. Затем – выбрать наиболее

перспективные из них, наиболее благоприятные. В завершение стоит понять, как действовать и разработать план, подумать, кому какие задания поручить, как лучше добиться того, чтобы предложенные варианты были рассмотрены и один из них – выбран и одобрен руководством и коллективом. Обратиться в СМИ, расклеить листовки по городу, выйти на демонстрацию, написать обращения в вышестоящие инстанции или договориться о личной встрече и провести переговоры – примеры тех действий, которые, в конечном итоге, можно предпринять для решения проблемы. Выбор остается за лидером и обычно продиктован уровнем и масштабом проблемы, законодательными требованиями и, даже, национальными особенностями. Медицинские сестры Греции – активные участники забастовочных движений, для медсестер Швеции – это крайняя и исключительная мера, на острове Маврикий наши коллеги предпочитают прямые переговоры, а в Канаде решений в пользу персонала чаще добиваются с помощью письменных обращений, подкрепленных сильными аргументами, фактическими данными и научно-обоснованными прогнозами.

Некоторые из этих практических шагов удалось освоить и участникам семинара. Франсис и Еви рассказали о том, как правильно составить письменное обращение, как описать сложную ситуацию, чтобы она была по-







нятна человеку, руководителю, находящемуся «по ту сторону баррикад». Обсудили участники семинара и взаимодействие со средствами массовой информации. Как оказалось, для многих работа со СМИ не в новинку. Сергей Федорович из Иваново теперь уже регулярно выступает на региональном телевидении, у большинства лидеров есть опыт сотрудничества с радиостанциями. Редакторы программ, посвященных вопросам здоровья, профилактики заболеваний, донорства, все охотнее приглашают на свои передачи профессионалов отрасли – медицинских сестер, которые умеют рассказать о сложных вопросах медицины, избегая недоступной для подавляющей части аудитории специальной медицинской терминологии. К сожалению, при разборе проблемных вопросов, медицинских сестер приглашают редко, еще реже – сами медицинские сестры бывают готовы к вопросам неприятным и провокационным. В частности, к вопросам о медицинских ошибках. С одной стороны, это по-человечески понятно. Общество не настроено «разбираться» в проблеме, оно настроено «обвинить и наказать виновного». Но медицинским сестрам пора взять на себя ответственность и научиться открыто обсуждать серьезные темы, а не скрываться от надвигающейся камеры и журналистов, как от артиллерийского полка. Мы все понимаем, что ошибки в медицинской практике неприемлемы, что права на ошибку у нас нет, что цена ошибки – жизнь и здоровье человека. Но важно понять, что если ошибка произошла, а такое, к сожалению, бывает даже в лучших клиниках мира, то нужно и самим провести ана-

лиз ситуации, и изложить все факты для представителей СМИ. Рассказать о нагрузке, рассказать о нехватке кадров, рассказать не о том, что виновный уволен/отстранен/осужден, а о том, какие меры предприняты, чтобы ситуация не повторилась в будущем. По данным американских специалистов, количество судебных исков против медицинских работников снижается пропорционально их готовности к открытому диалогу с обществом и пострадавшими пациентами и членами их семей. Для лидеров профессии это очень важно, как важно и то, чтобы после очередного происшествия, на профессию медицинской сестры не надвигалась очередная волна бурного возмущения.

Участники семинара приехали не на отдых, но тяжелым обучение не стало. Лекции постоянно чередовались работой в группах и настоящими переговорами. Каждый смог попробовать себя и в роли лидера ассоциации, и в роли руководителя ЛПУ. В импровизированных переговорах сестры были на высоте! Удалось добиться создания Центрального стерилизационного отделения, учебно-методического кабинета, введения дополнительной сестринской ставки на отделение в 60 коек, дополнительной оплаты за работу по совместительству. От чуткого взора преподавателей утаить ничего не удалось – каким составом участники пришли на переговоры, кто излагал основные аргументы, как поддерживала команда, насколько четко были представлены варианты решения проблемы, удалось ли переговорами не только решить текущую задачу, но и выстроить отношения с руководством, что важно для будущего. По всем статьям наши участ-

ники со своими задачами справились, прокомментировал Франсис в своем заключительном выступлении!

Иного результата мы и не ожидали, тем более что обучение вели не только преподаватели Международного Совета, но и лично президент РАМС – Валентина Антоновна Саркисова. Встреча с лидером национальной ассоциации, знающим, понимающим, и болеющим за каждую медицинскую сестру вдохновила участников семинара на новые свершения. Из первых рук им удалось узнать о том, как работала ассоциация в течение прошедшего года, какие проблемы решала, добиваясь утверждения профессиональных стандартов, признания высшего образования, продвижения диалога с органами власти, с министерством здравоохранения. Глядя со стороны на горящие глаза аудитории, внимающей каждому слову, было понятно, что у этой хоть и небольшой, но удивительно сплоченной команды единомышленников, большое будущее!

Зарядившись энергией и взаимной поддержкой, участники международного семинара расстались на целый год, чтобы следующий раз встретиться на заключительном семинаре и представить результаты собственных проектов – по созданию специализированных сестринских служб, обучению персонала, решению кадровых проблем, развитию региональных ассоциаций. Еще немного – и пациенты, а также коллективы сестринского персонала многих российских регионов, непосредственно на себе почувствуют и роль лидеров сестринского дела, и их непоколебимую волю к решению накопившихся проблем!



# «СОВЕРШЕННО СЕКРЕТНО»

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ РАЗГЛАШЕНИЮ НЕ ПОДЛЕЖИТ



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

**В регистратуре диспансерного отделения раздался телефонный звонок. Звонивший мужчина представился сотрудником полиции, сообщив при этом свою фамилию и рабочий телефон. Мужчина поинтересовался, состоит ли гражданка М. 56 года рождения на учете. Медицинский регистратор любезно предоставила данную информацию.**

## Вопрос

Этично ли поступил медицинский регистратор, предоставив позвонившему мужчине информацию о пациентке? Не имело ли место нарушение принципа конфиденциальности?

## Анализ ситуации

Во всех медицинских учреждениях, включая больницы, клиники, поликлиники, офисы семейной медицины, учреждениях, оказывающих помощь а дому, аптеках и домах сестринского ухода имеется информация под грифом защищенной медицинской информации. Сюда входит ФИО пациента, адрес, дата рождения, электронный и почтовый адрес, номер медицинской карты и любые другие данные, по которым возможна идентификация человека.

Поскольку вся эта информация считается сугубо личной, контролировать ее может только сам пациент. Поэтому во многих странах на уровне закона от медицинских учреждений требуется сохранение этой информации в тайне.

В ответ на многочисленные нарушения конфиденциальности медицинской информации во многих странах приняты специальные законы, определяющие, какую информацию и при каких условиях можно раскрывать. Например, медицинское учреждение может раскрывать медицинскую информацию о пациенте только для проведения лечения, оплаты медицинских услуг и других случаев, разрешенных законом. Все работники медицинских учреждений обязаны соблюдать указанные законы.

С позиций этики медицинские работники обязаны защищать медицинскую информацию пациента в силу принципа конфиденциальности.

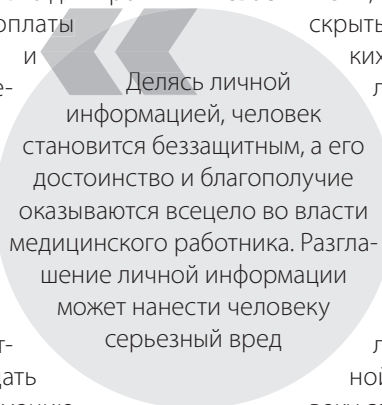
Совершенно очевидно, что принципы неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности тесно взаимосвязаны. Принцип частной жизни подразумевает, что только сами люди, коллективы и организации определяют, когда, как и в каком объеме сообщать информацию о себе. Таким образом, принцип частной жизни касается права пациента ограничивать доступ к своей персональной информации для других людей. Принцип конфиденциальности, напротив, определяет обязанность других людей, которым стала доступна частная информация о пациенте, не разглашать ее без соответствующего на то разрешения со стороны пациента.

Принципы частной жизни и конфиденциальности особенно важны в здравоохранении. Медицинские уч-

реждения проникают в частную жизнь людей гораздо дальше по сравнению с любыми другими организациями. В интересах сохранения, защиты и восстановления здоровья, медицинским работникам становится доступной та информация, которую в обычных обстоятельствах человек никому не предоставит. В процессе диагностики и лечения пациента осматривают со всех сторон, проводят снимки и сканирования, всевозможные тесты и анализы. Медицинским работникам люди открывают те аспекты или страницы своей жизни, которые часто остаются скрытыми даже от самых близких родственников. Делясь личной информацией, человек становится беззащитным, а его достоинство и благополучие оказываются всецело во власти медицинского работника. Разглашение личной информации может нанести человеку серьезный вред.

Поскольку медицинские работники так глубоко проникают в детали частной жизни пациента, делая его беззащитным, абсолютным долгом медицинского работника является уважение к частной жизни пациента и сохранение в конфиденциальности той информации, которая стала известной в процессе лечения. Эту ситуацию можно определить как своего рода контракт. Пациент открывает медицинскому работнику определенную личную информацию, который в ответ обещает сохранить ставшую доступной информацию в тайне. В отсутствие такого контракта пациент едва ли поделился всей информацией, которая важна для лечения.

Итак, вывод, который мы можем сделать, состоит в том, что медрегистратор, ответивший на вопросы сотрудника полиции, нарушил принцип частной жизни и конфиденциальности.



# Врачебная тайна в России

Наиболее частым нарушением права граждан на неразглашение врачебной тайны является сообщение сведений о факте обращения за медицинской помощью, а также о диагнозе и прогнозе заболевания врачам и средним медицинским персоналом в кругу коллег. Чаще всего это происходит в частных беседах, поэтому ответственность не наступает исключительно вследствие отсутствия огласки этого факта и неведения самого больного относительно нарушения его прав. Следует отметить, что здесь речь идёт не о получении лечащим врачом профессионального совета, а именно о частных, дружеских обсуждениях «интересных случаев из практики» с людьми, к лечению данного больного не имеющих никакого отношения.

Кроме того, нередко разглашение врачебной тайны имеет место в переписке с третьими лицами. Причём, если частная переписка врача не поддаётся учёту, то служебная переписка, к сожалению, изобилует сведениями, в которых, при надлежащем подходе, можно усмотреть разглашение врачебной тайны.

Практика показывает, что чрезвычайно распространено нарушение врачебной тайны в следующих ситуациях: при нахождении пациента в стационаре родственники, друзья и знакомые интересуются состоянием его здоровья. Объяснима и понятна тревога родных за состояние здоровья близкого человека. Однако обратимся снова к ст. 61 Основ: информация о состоянии здоровья гражданина, информация о диагнозе заболевания и иные сведения, полученные при обследовании и лечении гражданина, составляют врачебную тайну, и не могут быть разглашены без согласия самого пациента.

Интересуются ли лица (преимущественно, средний медицинский персонал), отвечающие на телефонные звонки, степенью родства звонящего с пациентом? Каким образом по телефону можно проверить эту информацию? Уверено ли лицо, сообщающее информацию о состоянии здоровья пациента, в том, что пациент не возражает против сообщения такой информации именно этому родственнику? Ответы на эти вопросы всем известны – в лечебных стационарах в таких ситуациях врачебная тайна не соблюдается.

Интересный нюанс содержится в правовой норме, регулирующей правовые последствия неблагоприятного прогноза развития заболевания. Так, при неблагоприятном прогнозе развития заболевания информация об этом должна быть сообщена в деликатной форме самому гражданину, а также членам его семьи, если сам пациент не запретил сообщать им об этом (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

Следует обратить внимание на то, что во всех остальных случаях информация без согласия пациента не может разглашаться вовсе. Здесь же для неразглашения сведений должно быть не просто отсутствие согласия пациента, но и прямо выраженный запрет пациента на предоставление информации о неблагоприятном прогнозе развития заболевания членам его семьи. Следует отметить, что под членами семьи здесь понимаются супруг (супруга), совершеннолетние дети, родители, братья и сёстры пациента.

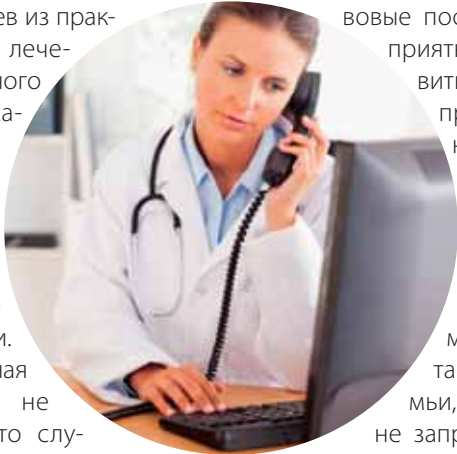
Некоторыми врачами, сталкивающимися именно с неблагоприятным прогнозом развития заболевания, этические требования понимаются не со-

всем адекватно и трактуются вразрез с законодательством. Так, если лечащий врач в доверительной беседе сообщает родственникам онкологического больного о диагнозе и прогнозе заболевания и сам пациент, между тем, о своём диагнозе ничего не знает, врач нарушает как минимум часть 3 ст. 31 Основ, содержащую вышеуказанную норму.

Неразглашение данных о диагнозе как составляющая врачебной тайны введено в законодательство сравнительно недавно и сразу же получило практическое закрепление в виде запрета на указание диагноза в листах временной нетрудоспособности, справках и иных медицинских документах, выдаваемых третьим лицам или самому пациенту для предъявления третьим лицам.

Интересно с этой точки зрения гражданское дело по иску гражданина, находившегося на лечении в психоневрологическом диспансере. Справка, выданная ему для предъявления по месту работы, содержала угловой штамп и круглую печать с указанием наименования лечебного учреждения – «психоневрологический диспансер». Гражданин обратился в суд с иском к диспансеру, ссылаясь на нарушение врачебной тайны, поскольку сам факт нахождения на лечении в ПНД (без учёта диагноза) является разглашением сведений о факте обращения за медицинской помощью в учреждение, характер деятельности которого не всегда адекватно воспринимается работодателем. Иск был удовлетворён и гражданину была выдана справка без указания специализации лечебного учреждения.

Очевидно, что когда пациента госпитализируют, его близкие, проявляя беспокойство, будут не раз обращаться к медицинским работникам за информацией. Чтобы общение проходило в рамках этики и закона, важно еще в момент госпитализации устанавливать круг лиц, в отношении которых сам пациент разрешит предоставление информации.



# Болевой синдром у пострадавших в результате острых отравлений прижигающими ядами. Снижение болевого синдрома



■ **Смирнова А.А.**,

старшая медицинская сестра  
отделения переливания крови  
БУЗОО «ГК БСМП № 1»

**Актуальность темы.** Для медицинской практики в связи с сигнальным значением боли очень важной является объективная характеристика выраженности болевого ощущения. Трудность и сложность этой оценки связаны с тем, что по своему характеру боль является субъективным ощущением, зависящим не только от величины вызывающего ее раздражителя, но и от психической, эмоциональной реакции пациента на боль. Адекватная оценка боли с использованием тщательно разработанных и одобренных методов, подходящих для конкретной популяции пациентов, является необходимым условием для успешного ведения страдающих от боли пациентов. Только регулярная оценка боли самим пациентом или медицинской сестрой может дать достаточную информацию для врача, и, таким образом, позволит оптимизировать лечение.

**Цель исследования** – изучить оценку степени боли у пострадавших в результате острых отравлений прижигающими ядами для своевременного купирования болевого синдрома или уменьшения его степени.

## Задачи исследования:

- оценить количество пациентов с болевым синдромом в результате острого отравления прижигающими ядами;
- оценить эффективность и безопасность применения наглядной шкалы интенсивности боли при купировании болевого синдрома;

- оценить влияние применения наглядной шкалы на качество жизни у пострадавших;
- разработать рекомендации для применения наглядной шкалы и определить место шкалы в комплексной программе терапии боли у пострадавших.

## База исследования

Основной базой для проведения исследования стала ГКБ скорой медицинской помощи № 1 г. Омска. В исследование были включены пациенты с диагнозом «острое отравление уксусной кислотой», давшие письменное согласие на участие в исследовании, имеющие легкую и умеренную степень отравления. Исключение составили пациенты, которые ввиду сопутствующих заболеваний или психического расстройства не могли принимать участие в исследовании, а также пациенты с тяжелой и крайне тяжелой степенью отравления.

## Методы исследования:

- анализ истории болезни;
- исследование проблемы и характера боли посредством наблюдения и невербального общения с пациентом;
- 5-бальная наглядная шкала «Faces pain scale» (Шкала Лица Боли), где 0 – отсутствие боли, 5 – максимально сильная нестерпимая боль;
- дневник пациента с графиком наблюдения за болью;
- определение латентного периода анальгезии – интервала времени от введения препарата до появления устойчивого анальгетического эффекта;
- сравнение эффективности действия обезболивающей терапии до момента применения НШИОБ (шкалы боли) и во время применения.

**Научная новизна.** Впервые в условиях стационара неотложной помощи

будет применена НШИОБ, изучена эффективность и безопасность применения шкалы боли для купирования болевого синдрома у пострадавших в результате острого отравления прижигающими ядами.

**Ход исследования и анализ результатов.** После проведенного скрининга в исследование были включены 10 пациентов (4 женщины и 6 мужчин), в возрасте от 19 до 70 лет. Анализ историй болезни пациентов позволил установить, что среди причин отравления преобладают суицидальные попытки – 8 случаев, 2 случая отравления связаны со случайным приемом едких веществ (на фоне длительного приема алкогольных напитков). Состояние пострадавших оценивалось на основании клинических проявлений отравлений, данных общеклинических, биохимических исследований. По клиническому течению 6 пациентов представляли собой контингент легкой степени отравления, 4 пациента – средней степени.

Ведущее место в клинической картине острого периода (от 1 до 5 суток) при отравлении уксусной кислотой являлась боль. Боль испытывали 100% пострадавших. На боли в горле указали 90%, по ходу пищевода – 80%, в эпигастральной области – 30% (рис. 1). Причем наиболее мучительной оказывалась боль в горле, которая усиливалась при каждом глотательном движении или при рвоте. У всех пациентов болевые ощущения были характерными и носили резкий, жгучий характер.

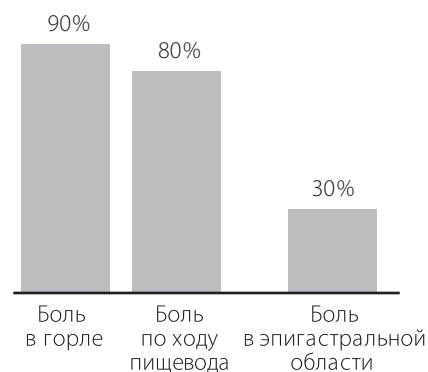


Рис. 1. Локализация боли



Всем пациентам была назначена комплексная терапия, в состав которой входило лечение болевого синдрома. Применялась единая тактика лечения, основанная на строгом соответствии назначаемых средств обезболивания в зависимости от интенсивности боли.

Наркотические анальгетики показали высокую эффективность в терапии острой боли: они обеспечивали быстрое и эффективное обезболивание (купирование болевого синдрома происходило в течение 10-минутного воздействия, обезболивающий эффект до 6 часов). Хороший эффект анальгезии при умеренной выраженности болевого синдрома достигался с помощью нестероидных противовоспалительных препаратов. Время воздействия до купирования боли в этих случаях составляло до 20 минут и длилось в течение 3–4 часов. Адекватное обезболивание обеспечивалось ненаркотическими анальгетиками при легкой степени боли (купирование боли наступало через 30 минут, время воздействия составляло до 3-х часов). Кроме того, при подведении итогов лечения не было зафиксировано ни одного осложнения от назначенных препаратов, что свидетельствует не только об их эффективности, но и безопасности.

По данным наглядной шкалы интенсивности остроты боли, положительный эффект от проводимого обезболивания наблюдался у всех пациентов. Однако, к 5-му дню наблюдения только 3 пациента отмечали полное исчезновение болевого синдрома (интенсивность болей достигла уровня от 0 до 1 балла), в то время как у 7 пострадавших сохранялись болевые ощущения, хотя и менее выраженные по сравнению с теми, что были в первый день наблюдения (интенсивность болей уменьшилась на 2–3 балла) (рис. 2).

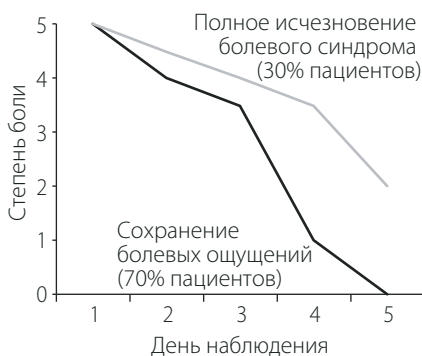


Рис. 2. График наблюдения за болью

## ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬЮ

ФИО \_\_\_\_\_  
 Возраст \_\_\_\_\_ Палата \_\_\_\_\_  
 Дата исследования \_\_\_\_\_ День исследования \_\_\_\_\_  
 Диагноз \_\_\_\_\_

Время	09.00	12.00	15.00	18.00	21.00	00.00	03.00	06.00
Локализация боли								
Купирование боли								
Средство обезболивания								
Степень боли по Шкале Лиц								

Специалист по сбору данных: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
 (подпись) (расшифровка подписи)

### Рекомендации для применения наглядной шкалы оценки степени боли «Faces pain scale» (Шкала Лица Боли)

**Боль** – особый вид чувствительности, связанный с действием патогенного раздражителя и характеризующийся субъективно неприятными ощущениями, а также существенными изменениями в организме, вплоть до серьезных нарушений его жизнедеятельности и даже смерти.

**Цель болевого стереотипа** – оценить боль, чтобы направить жизнедеятельность организма на устранение источника боли или уменьшение ее степени, на снижение выраженности и масштаба повреждения.

**Ответственность за проведение такой оценки возложена на медицинскую сестру!**

### Выбор оптимального способа оценки боли

**Боль** – это личный опыт и наиболее ценный инструмент – самооценка боли самим пациентом. Однако пациент часто не в состоянии охарактеризовать боль из-за физического, психического и эмоционального состояния, поэтому вербальный контакт с ним не может быть использован. Несмотря на это необходимо оценивать боль в сотрудничестве с пациентом, даже если контакт с ним затруднен. Во всех случаях необходимо в первую очередь доверять ощущениям пациента.

Способен ли пациент к общению?

Да

Нет

Оценка боли по выражению лица

Для определения интенсивности боли используют специальные шкалы оценки боли. Использование какой-то одной шкалы в пределах одной клиники позволяет всему медицинскому персоналу, занимающемуся обезболиванием, «говорить на одном языке».

Выбирая способ оценки боли необходимо убедиться в том, что:

- Он соответствует образовательному уровню пациента, его физическому, психическому и эмоциональному статусу.
- Он отвечает как интересам пациента, так и потребностям специалистов, занимающихся обезболиванием.

### Оценка боли по выражению лица

Варианты кодирования



Пациент или медицинская сестра со слов пациента отмечает выраженность болевого синдрома по 5-бальной Шкале, где 0 – отсутствие боли, 1 – легкая боль, 2 – умеренная боль, 3 – средняя боль, 4 – сильная боль, 5 – ужасная боль, которую испытывает пострадавший.

Принципы адекватной оценки боли:

- Исследование интенсивности боли осуществляется как в покое, так и при движениях пациента, что позволяет оценить его функциональный статус.
- Эффективность обезболивания определяется оценкой интенсивности боли до и после назначения каждого анальгетика или метода анальгезии.
- Оценка боли (как выраженности боли, так и эффективности обезболивания) должна проводиться регулярно, каждые 3 часа.
- При решении вопроса о необходимости обезболивания необходимо ориентироваться на критерии максимально допустимой интенсивности боли (порог вмешательства).
- Интенсивность боли, эффективность обезболивания, а также наличие побочных эффектов должны регистрироваться в «Дневнике пациента наблюдения за болью». Это необходимо для соблюдения преемственности лечения боли, а также контроля его качества.

В некоторых случаях родственники пациента могут участвовать в оценке боли.

После введения анальгетика 9 пациентов отмечали полное исчезновение боли, и только один продолжал жаловаться на незначительные болевые ощущения. Однако уже через сутки возврат боли к исходному уровню отметили 4 пациента.

### Выводы

- Пациенты, пострадавшие в результате острых отравлений прижигающими ядами, испытывают боль в 100% случаев.
- Интенсивность боли может изменяться в различные отрезки времени в течение дня. Боль всегда субъективна, и независимо от оценки ее врачом пациент должен сам уметь оценить свою боль. Если при этом пациент применяет шкалу, то становится возможным оценить эффективность проводимой анальгезирующей терапии, причем он может рассчитывать на

повышение эффективности лечения, благодаря своему собственному вкладу – ведению дневника. Анализ динамики степени интенсивности боли при проводимом обезболивании достоверно указывает на значительно лучший эффект при применении шкалы. Метод применения шкалы является не только эффективным, но и безопасным, в связи с чем может рассматриваться как основной в оптимизации лечения пострадавших в результате острых отравлений прижигающими ядами.

- Пациенты, к которым применялась шкала боли, выражали более сильное желание и далее применять ее, с большей охотой рекомендовали ее другим пациентам и были более уверены в том, что она соответствует их ожиданиям. Пациенты также сообщали, что использование шкалы боли помогает быстрее распознать при-

знаки приближающегося болевого синдрома.

Таким образом, результаты исследования показывают, что пациенты, использовавшие шкалу, были более удовлетворены своим умением управлять болью.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Волчаков В.А., Игнатов Ю.Д., Страшнов В.И. Болевые синдромы в анестезиологии и реаниматологии. М.: МЕДпресс-информ, 2006. 320 с.
2. Голенков А.В. Удовлетворенность больных сестринским уходом и лечением в психиатрическом стационаре / А.В. Голенков, Н.С. Ожиганова // Главная медицинская сестра. – 2010. – № 8. – С. 143–152.
3. Торчинский Н.В. Доказательная сестринская практика. Оценка достоверности диагностических методов / Н.В. Торчинский, А.Ю. Бражников // Медицинская сестра. – 2010. – № 6. – С. 27–33.
4. Breivik H., Borchgrevink P.C., Allen S.M., et al. Assessment of pain. British Journal of Anaesthesia. – 2008. – С. 17–24.

## КАК УСОВЕРШЕНСТВОВАТЬ РАБОТУ ХИРУРГИЧЕСКОЙ БРИГАДЫ

Согласно заявлению Американского общества сердца для сокращения предотвратимых ошибок при операциях на сердце необходимо работать над укреплением коммуникации и командного духа в хирургических бригадах.

Эксперты Общества провели обзор научных исследований, посвященных коммуникации, рабочей среде и внутренней организационной культуре оперблока, и сформулировали ряд конкретных рекомендаций.

Изучая научные данные, эксперты отметили, что хирурги и анестезиологи, с одной стороны, и медицинские сестры с перфузиологами, с другой стороны, по-разному оценивают эффективность взаимодействия и коммуникации во время оперативных вмешательств. Так, хирурги и анестезиологи говорят, что взаимодействие осуществляется на отлично в 85% случаев. Оценки медицинских сестер гораздо скромнее, высокую оценку сотрудни-

честву с хирургами они готовы дать лишь в 48% ситуаций.

Авторы заявления утверждают, что конфликты в оперблоке с трудом поддаются управлению. В небольшом коллективе одни стремятся избежать конфликта и поэтому игнорируют проблемные ситуации, чаще идут на уступки, а другие во чтобы то ни стало хотят настоять на своем. Причиной тому – асимметрия статусов членов бригады, которая возникает из-за разных по уровню полномочий, например, как у хирурга и медицинской сестры.

Чтобы преодолеть эти проблемы, нужны формальные, официальные решения и документы. Итак, что же рекомендуют эксперты Общества?

1. Использование Контрольного перечня мер хирургической безопасности (Чек-листа) или проведение совместных брифингов до операции и после нее;

2. Разработка документа, определяющего непрофессиональное поведение

медицинского работника любого подразделения и предписывающее применение официальных процедур в ответ на такое поведение;

3. Формирование культуры безопасности ЛПУ за счет внедрения надежной системы повышения качества – каждый член команды должен иметь возможность безбоязненно высказаться о возможных угрозах безопасности, каких-то пробелах и неточностях в работе других ее членов;

4. Очень важно, чтобы бригады проходили совместное обучение по вопросам хирургической безопасности, чтобы это обучение было максимально прикладным, и, например, проходило по симуляционным сценариям.

5. Определяющую роль в укреплении системы хирургической безопасности должны играть руководство клиники и медицинские сестры-менеджеры.

*По материалам Nurse.com News*

# МОИ ГОДА – МОЕ БОГАТСТВО



4 сентября 2013 года исполнилось 90 лет Зинаиде Митрофановне Савушкиной – медицинской сестре и донору Великой Отечественной войны, отличнику здравоохранения. Сегодня она находится в Архангельском областном госпитале для ветеранов войн, где для неё по инициативе Ассоциации медицинских работников Архангельской области был организо-

ван праздник и товарищеская встреча в честь Юбилея.

Зинаида Митрофановна родилась в селе Гороховка Новокалитянского уезда Воронежской губернии. В дальнейшем семья переехала на Север. Война для 17-летней Зиночки началась с направления Районным комитетом ВЛКСМ в Красный Крест. После обучения в сандружине вместе со своими подругами она работала на транспортировке раненых с Карельского фронта. В Архангельске вместе со студентами и старшеклассниками они разгружали бесконечные эшелоны – «госпитали на колесах».

Вскоре ее приняли на работу в рентгенкабинет эвакуогоспиталя 1771, передислоцированного в Архангельск с Украины. Там она стала донором. Окончив 6-месячные курсы, Зинаида получила направление на работу перевязочной и операционной медсестрой в хирургическое отделение эвакуогоспиталя, который в августе 1942 года был эвакуирован из Архангельска на станцию Плесецкая. Здесь она тоже была донором, при этом нередко прямое переливание начинали в момент, когда Зинаида ассистировала на операции. Сколько солдат потом писали ей письма с благодарностью за спасенную жизнь и называли не медицинской, а родной сестрой.

В 1943–1944 годах, уже как опытный медицинский работник, Зинаида Митрофановна сопровождала группы раненых по назначению: в батальон – выздоравливающих, в госпитали – тяжелораненых, а других, симулянтов или самострелов (были и такие в военные годы), отвозила под охраной конвоя на психиатрическую экспертизу. Бесстрашная была медсестра!

С 1944 г. Зинаида Митрофановна работала статистиком в отделе эвакуогоспиталей Архангельского облздравоотдела. За доблестный труд в годы Великой Отечественной войны она награждена орденом Отечественной войны II степени, медалью Жукова.

После войны Зинаида Митрофановна окончила медицинское отделение фельдшерской школы (1952) и продолжила работу в Архангельской областной клинической больнице, где много лет была старшей медсестрой травматологического отделения. Выполняя огромный объем практической работы, она успешно руководила медицинским персоналом, была отличным наставником и активно занималась общественной деятельностью. После выхода на заслуженный отдых не смогла усидеть дома и вернулась в любимую больницу, работала в отделе кадров. Сегодня Зинаида Митрофановна – наш заслуженный ветеран – окружена заботой коллег и близких. Она по-прежнему жизнерадостна и очень общительна, сочиняет стихи, поет песни, охотно делится своими воспоминаниями с молодежью. О ней, как о долгожителе, учащиеся медико-биологического класса и университетского колледжа готовят сообщение на симпозиум по истории медицины.

В Ассоциации медицинских работников Архангельской области под руководством президента А.В. Андреевой, являющейся директором Музейного комплекса Северного государственного медицинского университета, проводится большая работа с ветеранами. Архангельские медики принимают активное участие во многих патриотических акциях и исследованиях по истории медицины, в т.ч. в годы Великой Отечественной войны. В настоящее время совместно с СГМУ идет подготовка к очередному Дню воинской славы, посвященному 70-летию битвы за Кавказ. В октябре это мероприятие объединит медиков – представителей разных национальностей. В следующем году запланированы концертные программы и встречи с ветеранами в честь 70-летия освобождения Заполярья и других памятных дат, в которых планирует принять участие и Зинаида Митрофановна Савушкина, которая очень хочет рассказать молодому поколению о героической деятельности медицинских работников в годы войны.

**Правление АМРАО**



Зинаида Митрофановна в окружении медицинских сестер – членов АМРАО





# ВСЕГДА В БОЕВОЙ ГОТОВНОСТИ

## ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКИ В ОТДЕЛЕНИИ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

■ **Светлана ЧЕХНЕЕВА,**  
журналист интернет-газеты  
Гатчинка.рф

**Х**ирургия является одной из самых древних отраслей медицины. Ещё Гиппократ писал свои труды по хирургии, его метод резекции ребра при гнойном плеврите до сих пор не потерял актуальность.

Меня встретила Елена Гончарова, операционная сестра отделения экстренной хирургии Гатчинской ЦР-КБ. Елена связала свою жизнь с медициной совсем недавно. В 38 лет она поступила в Гатчинский филиал Выборгского медицинского колледжа, год назад закончила его по специальности «операционная медицинская сестра» и с этого времени работает в районной больнице.

Елена переехала с семьёй в Гатчину сравнительно недавно, до этого она имела опыт работы в патоморфологической лаборатории. Изначально в планы Елены входило продолжить работать в этой области, но во время обучения она поняла, что работать она хочет только в хирургии.

– Наша работа сложная и отлична от других областей медицины, но главная особенность – мы видим результат сразу, – рассказывает Елена.

В процессе обучения она работала на отделении санитаркой, что дало ей возможность дополнительного самообразования. За время работы женщина училась у других медицинских сестёр, изучала инструменты, вникала в специфику работы. Всё это способствовало становлению её как высокопрофессионального специалиста. По окончании учёбы Елена осталась на отделении уже в качестве медицинской сестры.

– Моя первая операция прошла отлично. Страшно не было, в конце операции было чувство глубокого удовлетворения от своей работы, – делится воспоминаниями Елена.

Работа хирургической сестры связана с риском заражения опасными инфекционными заболеваниями, такими как гепатит и ВИЧ. Как правило, пациент поступает в тяжёлом состоянии и не всегда может сказать, чем болен. Нагрузки на отделении экстренной хирургии колоссальные. Операции могут идти одна за другой, а это очень тяжело не только физически, но и психологически. Елена, как и другие меди-



Елена Гончарова

цинские сёстры отделения, выполняет объём работы не меньший, чем врачи-хирурги. От профессионализма сестёр зависит работа врача и успех операции в целом.

– Врачи у нас хорошие, профессионалы своей области, да и просто отличные люди. Если есть вопросы по проходящей операции, всегда расскажут свои действия, объяснят. Никогда не оставят вопрос без ответа, – рассказывает медсестра Гончарова. – Конечно, бывает, что и прикрикнут. Но вы должны понимать, что хирургия – очень серьёзная работа, очень напряжённая,



ведь и мы, и наши врачи несём ответственность за жизнь пациента.

В сферу обязанностей Елены входит не только работа во время операции, но и подготовка инструментов, формирование наборов инструментов для операций. В конце операции задача Елены собрать, промыть инструменты и отправить их в стерилизационное отделение. Медсестра вспоминает:

– Самой впечатлившей меня операцией стала трепанация черепа по причине гематомы. Когда видишь, как мозг после удаления гематомы начинает оживать и пульсировать, понимаешь, что мы спасли человеку жизнь, получаешь такой заряд положительных эмоций, который сложно с чем-нибудь сравнить. Операции проходят разные. Участились случаи прободной язвы желудка. Конечно, это связано с образом жизни и питанием людей. В весенне-летний период много пациентов после ДТП, травмы. Все операции, которые мы делаем на отделении, и не перечислишь. Если есть необходимость, то вызываем хирургов из Санкт-Петербурга. Основное отличие нашего отделения от отделения плановой хирургии – это

срочность, бывает, что минуты промедления могут стоить человеку жизни. Мы всегда «в боевой готовности», в ожидании. Пока пациента поднимают в операционную, у меня уже должно быть всё готово.

На отделении 3 операционных зала экстренной хирургии и 4 зала плановой хирургии, работают около 20 медицинских сестёр. Средний возраст 35–40 лет. Молодых специалистов мало, возможно, по причине сложности работы, большим нагрузкам, да и медицина не слишком романтичная работа. Поэтому случайных людей в профессии нет. Люди приходят в медицину по призванию, кто-то ещё в школе решает, что медицина именно то, чему стоит посвятить свою жизнь, кто-то, как Елена, приходит позже, но объединяет их одно – желание помогать людям.

– Мои родные полностью меня поддержали, когда я решила пойти учиться и связать свою жизнь с хирургическим отделением, – признаётся моя собеседница. – Кто-то скажет, что в таком возрасте сложно менять образ жизни, учиться, но для меня это было легко, ведь я стремилась к тому, что



мне нравится. В дальнейшем есть возможность пойти на высшее сестринское образование, но пока я об этом не думала.

В этот момент Елене сообщили, что поступает пациент, и она приступила к своей работе. Спокойно и сосредоточенно, привычными движениями она собрала необходимый набор для операции и уверенным шагом вошла в операционную. Двери тихо за ней закрылись. На улице светит солнце, люди торопятся по своим делам, а в операционной отделения экстренной хирургии Елена Гончарова с бригадой врачей в очередной раз борются за жизнь человека.

## ПОЛЕЗНЫЕ СОВЕТЫ

Роджер Зиглер, эксперт по здоровому образу жизни, прочитав интервью с женщиной, которая использовала лимонный сок вместо дезодоранта, решил опробовать на себе лимонное дезодорирование и рассказал нам о результатах эксперимента.

Зиглер никогда не испытывал особых проблем со слишком неприятным запахом своего пота, но считает, что любые натуральные средства по умолчанию лучше промышленных, поэтому решил убедиться в том, что лимон – идеальная природная альтернатива ненатуральным средствам от запаха пота.

Как выяснил Зиглер, несколько капель лимонного сока на каждую зону (например, подмышечную впадину) дают долгий и стойкий эффект. Когда экспериментатор попробовал то же самое проделать с лаймом, ничего не вышло – фрукт не выдержал конкуренции

с лимоном, при этом вызвав раздражение кожи подмышек.

Зиглер пробовал найти в Интернете информацию о безопасности длительного применения сока лимона в качестве дезодорирующего средства, но только в очередной раз прочитал, что цитрусовые полезны при употреблении внутрь. Однако здравый смысл подсказывает, что не стоит наносить лимонный сок на кожу сразу после бритья или если на ней есть царапины и порезы.

Роджер Зиглер – убежденный сторонник мнения, что мы злоупотребляем шампунями, мылом и дезодорантами, лишая кожу ее природной жировой смазки, особенно в зимнее время, когда кожа как никогда нуждается в увлажнении и защите от ветра и мороза.

«Поэтому, – призывает Зиглер, – давайте пользоваться тем, что у нас всегда есть в холодильнике, особенно учиты-

вая то, что цена того же лимона, используемого не по прямому назначению, не превышает цену красивых, но содержащих вредные химические соединения флаконов с дезодорантами».



# СОТРУДНИЧЕСТВО – ПУТЬ К УСПЕХУ

2 СЕНТЯБРЯ СОСТОЯЛАСЬ ВСТРЕЧА ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ АССОЦИАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЦЕНТРА ЧЕРНОЗЕМЬЯ С ВИЦЕ-ГУБЕРНАТОРОМ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Далеко не каждый день лидерам сестринского дела предоставляется возможность обсудить проблемы отрасли с руководителями региона. Вот и в Воронеже, такая встреча, состоялась впервые. Руководитель профессиональной ассоциации – Светлана Викторовна Ивлева, решила воспользоваться этим шансом, чтобы рассказать вице-губернатору области Александру Викторовичу Гусеву о том, как сегодня работают медицинские сестры, в какой под-



Светлана Ивлева – молодой руководитель Воронежской ассоциации медицинских сестер; избрана на этот пост весной этого года



Александр Гусев – проработав на посту вице-губернатора Воронежской области, избран осенью этого года мэром Воронежа

держке нуждаются, каких успехов могут достичь во благо здоровья людей.

В Воронежской области, как и во всех регионах страны, стали заметны перемены, произошедшие в связи с реализацией приоритетных национальных проектов в области здравоохранения. В области открыт перинатальный центр – акушерский стационар 3-го уровня, онкологический центр, отремонтированы больницы и поликлиники, во многие ЛПУ закуплено новейшее оборудование, отвечающие всем требованиям времени. Эти перемены вдохновили медицинских сестер, но, укоренившихся в сестринском деле проблем решить пока не смогли.

В области трудится 22 569 медицинских работников со средним медицинским образованием, из них 216 с высшим сестринским образованием. Однако, на сегодняшний день, отток сестринских кадров продолжается. Виной тому сразу несколько причин.

В первом ряду, конечно, проблемы материального характера. Оплата труда сестринского персонала остается низкой, система год за годом теряет квалифицированных сестер, профессионализм, забота и тепло которых так нужны пациентам. Все меньше остается специалистов, работающих только на одну ставку. Но цена высокой нагрузки – качество и безопасность

помощи, отсутствие возможности уделить пациенту больше внимания.

Тревожит лидеров профессии и отношение к медицинским сестрам со стороны врачей. Несмотря на то, что за последние годы профессионализм сестер существенно возрос, их вклад в совершенствование помощи продолжает оставаться за кадром. Врачи не ориентированы на формирование партнерских взаимоотношений с медицинскими сестрами, не видят перспектив в высшем сестринском образовании, не готовы принимать те перемены, которые в сестринском деле уже свершившийся факт.

Внимательно выслушав президента Воронежской ассоциации медсестер, Александр Викторович Гусев заинтересовался тем, как с подобными проблемами справляются другие регионы России, какие вносятся предложения по развитию сестринского дела на всероссийских встречах руководителей сестринских служб, каковы дальнейшие планы на развитие сестринского дела в регионе и стране в целом, какую работу в этой связи уже сегодня проводит Воронежская ассоциация.

Поделившись имеющимся опытом развития сестринского дела в регионах, Светлана Ивлева предложила вице-губернатору разработать и реализовать комплексный план, предусматривающий различные меры социаль-

ной и профессиональной поддержки сестринского персонала. Целесообразно рассмотреть варианты введения региональных доплат, льготного кредитования для решения жилищного вопроса, способы поддержки при устройстве детей в детские сады. Стоит работать и над имиджем профессии – поощрять заслуженных работников отрасли, освещать работу медицинских сестер в прессе, проводить социальную рекламу и ориентировать молодежь. Исключи-

тельно важно поддерживать и новаторские проекты медицинских сестер, например, посредством грантовых конкурсов. Совместными силами стоит решать и давно наболевшую проблему высокой нагрузки.

Во всех этих инициативах большую роль готова сыграть и сама Ассоциация. Объединяя порядка 1200 медицинских сестер, Воронежская ассоциация является активным участником общероссийской ассоциации медицинских сестер, взаимодействует с сестринскими коллективами ежедневно, знает о главных проблемах и готова оказать всестороннюю помощь в их решении. И, главное, Ассоциация является рупором профессионалов, настоящих мастеров своего дела.

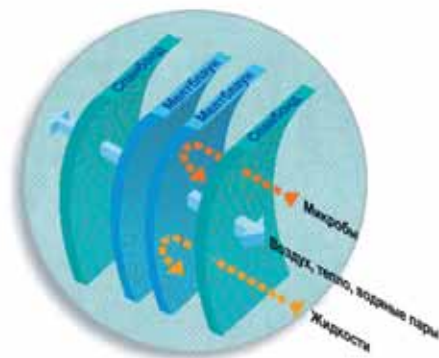
Поблагодарив Светлану Викторовну за содержательный разговор, Александр Гусев выразил поддержку действиям профессиональной ассоциации, тому, что медицинские сестры не хотят стоять в стороне от реформ и преобразований, а также гарантировал дальнейшее сотрудничество. Встреча лидера сестринской ассоциации и одного из первых лиц региона, еще недавно казавшаяся невозможной, вселила оптимизм и уверенность в том, что проблемы сестринского персонала будут решаться на самом высоком уровне.





## Преимущества халатов Foliodress®:

- инновационный многослойный нетканый SMMS материал
- эффективный барьер для микробов, крови и других жидкостей
- оптимальный воздухо- и теплообмен
- низкое ворсоотделение



Надеть халат Foliodress® – легко и просто, без лишних движений!





# АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ —

## роль медицинских сестер в реабилитации пациентов



■ **М.А.Голубева,**  
старшая медицинская сестра  
приемного отделения ФГБУ «ФЦССХ»  
МИНЗДРАВА РОССИИ (г. Красноярск)

*«...не только сам врач должен употреблять в дело все, что необходимо, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу в его деятельности».*

Гиппократ

Основополагающим условием социально-экономического развития нашего общества является здоровье, как отдельного человека, так и всего общества.

Показатели здоровья населения России, в целом, находятся на неудовлетворительном уровне. Болезни си-

стемы кровообращения занимают среди всех причин смерти особое место, ибо они обуславливают львиную долю всех смертей (57%). Такого высокого показателя нет ни в одной стране мира!

Следует обратить особое внимание, что среди сердечно – сосудистых заболеваний большая часть – это ишемическая болезнь сердца. Аортокоронарное шунтирование – операция, которая является самым эффективным методом лечения ИБС и позволяет пациентам вернуться к нормальной и активной жизни. Целью выполнения аортокоронарного шунтирования является: устранение причин внезапной сердечной смерти, преждевременное предотвращение острого инфаркта миокарда, увеличение продолжительности, и улучшение качества жизни, устранение симптомов ИБС (стенокардии, аритмии, сердечной недостаточности).

Первая плановая операция аортокоронарного шунтирования была выполнена в США в Университете Дюка еще в 1962 году доктором Сабистом.

В настоящее время в мире проведено сотни тысяч операций аортоко-

ронарного шунтирования, и во многих клиниках они стали обыденными. Еще 10–15 лет назад, для того чтобы сделать операцию, необходимо было ехать в Европу или в Прибалтику и стоимость такой операции была просто запредельной.

Несвоевременно начатое и недостаточно организованное восстановительное лечение этой категории пациентов может ухудшить ближайшие и отдаленные результаты операции, нанести ущерб здоровью пациента и обесценить объемы общественных затрат (Щепин О.П. и соавт.,1999; Ключев, В.М.,1999, Акчуринов Н.А. и соавт.,2000, Князева Т.А.и соавт., 1997–2002, Зайцев В.П., Айвазян Т.А., 1994–2005, Щегольков А.М. и соавт., 2002–2007; Замотаев Ю.Н., Мандрыкин Ю.В., 2005–2007).

В настоящее время реабилитация пациентов с ишемической болезнью сердца, перенесших операции аортокоронарного шунтирования, представляет собой комплекс медико–социальных мероприятий, направленных на наиболее быстрое и качественное восстановление здоровья, трудового и психологического статуса. (Раков А.Л., Замотаев ЮН, Ще-

гольков А.М. и соавт., 2001, Пурецкий А.М. и соавт., 2003).

Учеными доказано, что образ жизни на 50% определяет состояние здоровья человека (остальные – 20% – наследственность, 20% – экология и 10% – уровень оказания медицинской помощи), это свидетельствует о важности отношения к собственному здоровью.

В нашей клинике в мае 2012 года была создана «ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ – АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ». На сегодняшний день Школу посетило 458 пациентов. Занятия проводятся еженедельно по четвергам, на них присутствует от 8 до 12 пациентов.

Что же такое «Школа здоровья» для пациентов в нашем Центре?

С формальной точки зрения, Школа – это медицинская профилактическая технология, основанная на совокупности индивидуального и группового воздействия на пациентов и направленная на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по рациональному лечению того или иного заболевания, повышение приверженности пациентов к лечению для профилактики осложнений заболевания, улучшения прогноза и повышение качества жизни.

Хирургическое лечение у значительной части пациентов не устраняет основных причин этого заболевания. В связи с этим, одним из приоритетных направлений деятельности «Школы здоровья» является формирование навыков здорового образа жизни, а так же возможность показать пациенту связь между его поведением и процессом дальнейшего развития уже имеющегося заболевания.

Организовывая «Школу здоровья» мы преследовали цели:

- создание профессионально грамотного с медицинской точки зрения информационного сопровождения, в виде мультимедийной презентации, которая ориентирована на пациента и позволяет ему получить информацию о состоянии его здоровья, о тех изменениях, которые будут происходить с его самочувствием в послеоперационном периоде;
- формирование партнерских отношений с медицинским персоналом;

- формирование осознанного подхода к выполнению врачебных назначений, рекомендаций;
- снижение психо-эмоционального напряжения у пациентов, посредством предоставления достаточного объема информации об его заболевании, и, о предупреждении возможных осложнений;
- формирование повышения ответственности у пациентов за сохранение своего здоровья.

Для того, чтобы информация, полученная в «Школе здоровья» не забывалась по окончании занятия мы обеспечиваем пациентов наглядными пособиями. Нами разработана «Памятка пациенту перенесшему, операцию на открытом сердце (при выписке из стационара)». Памятка по своей сути – это свод рекомендаций. В течение полугодия мы собирали вопросы волнующие наших пациентов, перенесших операцию аортокоронарное шунтирование, консультировались с кардиохирургами, врачами-кардиологами, прибегали к помощи интернета, медицинских изданий. В итоге наша памятка представляет собой краткую информацию «ответы на вопросы». Каждые три месяца она несколько изменяется, так как госпитализируются все новые пациенты, и круг волнующих их вопросов становится шире. Приложение 1.

Анализируя опыт проведения «Школы здоровья» в нашем Центре, мы увидели следующие результаты:

- врачам – кардиологам стало намного легче общаться с пациентами, так как они после посещения занятий уже владеют необходимым объемом информации о своем заболевании. При общении с лечащим врачом, пациенты стали задавать более конкретные, целенаправленные вопросы о дальнейшей тактике своего лечения и реабилитации;
- палатные медицинские сестры отметили возросшую заинтересованность пациентов к состоянию своего здоровья, еще на этапе нахождения в стационаре.

Организовав проведение занятий в «ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ – АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ», мы смогли вызвать интерес у пациентов к факторам риска возникновения своего заболевания, а так же к мерам профилактики прогрессирования процесса. Об этом можно судить по количеству задаваемых ими вопросов, по дискуссии, которая происходит, в заключительной части занятия. После посещения занятия пациенты, как правило, готовы к более активному участию в лечебном процессе.

Хочется отметить, что наша Школа для пациентов единственная в Красноярском крае, где занятия проводят медицинские сестры, имеющие высшее



сестринское образование. Это повышает статус медицинских сестер, они дополнительно занимаются самообразованием, реализуют свои возможности и планы, повышают престиж профессии «медицинская сестра», и, несомненно, увеличивается их роль в лечебном процессе. Как показала практика, медицинская сестра может профессионально грамотно ответить на вопросы, включиться в решение проблем наших пациентов, помочь им адаптироваться к изменению состояния их здоровья.

«Школа здоровья» для пациентов с заболеваниями сердечно – сосудистой системы является особой формой работы с больными. Проводимые занятия в «Школе здоровья» направлены на повышение удовлетворенности пациента от оказываемой в Центре медицинской помощи, ее главная задача – мотивировать пациента к активному участию в лечебном процессе своего заболевания, для обеспечения эффективной профилактики осложнений после оперативного вмешательства.





## 1. Восстановительный период

Первичный восстановительный период продолжается примерно 30–45 дней. В течение этого времени пациент постепенно возвращается к привычной деятельности.

Темп и особенности восстановительного периода индивидуальны для каждого человека. Каждому пациенту следует увеличивать нагрузку в собственном темпе.

В процессе выздоровления могут быть периоды улучшений и ухудшений, которые ожидаемы и не должны вызывать тревогу пациента.

## 2. Послеоперационные швы

а) В большинстве случаев пациент выписывается после снятия швов.

- Ежедневным уходом за швами является мытье их водой с мылом (разрешается использование мягкой мочалки).
- Если имеются выделения из послеоперационной раны – следует после мытья покрыть ее стерильной марлевой салфеткой и заклеить сверху лейкопластырем.

б) В случае таких изменений раны как покраснение, обильные выделения или повышение температуры тела – необходимо обратиться к лечащему врачу.

в) Возможно появление проходящих со временем ощущений потери чувствительности, зуда и боли в месте операции.

## 3. Эмоциональные ощущения

У некоторых пациентов в послеоперационном периоде происходят изменения в эмоциональной сфере, выражающиеся в следующем:

- пониженный фон настроения
- повышенная эмоциональность
- отсутствие аппетита
- нежелание чем – либо заниматься
- гнев на окружающих

Эти проявления являются нормальными, распространенными и проходят с течением времени.

Если же они становятся выраженными, продолжительными и мешают повседневной жизни – рекомендуется обратиться к лечащему врачу.

## 4. Боли

Возможны боли в области хирургического вмешательства, в грудной клетке с иррадиацией в руки. Эти боли могут продолжаться после операции в течение нескольких месяцев. Это – распростра-

ненное явление и не должно вызвать тревоги у пациента.

Прием обезболивающих препаратов по указанию врача. Помогают так же массаж и упражнения на расслабления.

## 5. Лекарства

После операции пациент нуждается в приеме различных лекарств. Некоторые из них принимаются в течение ограниченного времени (которое определяется лечащим врачом), а некоторые – постоянно.

### Следует помнить!

Указание о приеме лекарств или о его отмене дается только врачом!

Если пациент, по какой – либо причине, не принял вовремя лекарство, нельзя принимать двойную дозу во время очередного приема!

### Важно знать следующее!

- название лекарств
- дозы лекарств
- сколько раз в день следует принимать лекарство, и в какие часы
- побочные действия лекарственных препаратов (эти данные будут сообщены лечащим врачом при выписке)
- при появлении побочных действий лекарств, таких как, боль в желудке, рвота, понос, сыпь и т. д., – следует сообщить об этом лечащему врачу.

## 6. Эластичные бинты

- Необходимо бинтовать оперированную ногу в течение 6 недель со дня операции
- Следует бинтовать ногу до колена.
- Бинты следует снимать на ночь. Это время можно использовать для их стирки в целях повторного использования.

• **Здоровую ногу** необходимо бинтовать в течение 2 недель после операции. Если нога не отекает, можно прекратить бинтование в более ранние сроки.

• Вместо эластичного бинта можно использовать эластичный гольф подходящего размера, который можно приобрести в аптеке и надевать его после снятия швов.

## 7. Ношение корсета

При операции АКШ производится рассечение грудины, которая затем скрепляется металлическими швами, так как это очень массивная кость и на нее приходится большая нагрузка. Для её более быстрого заживления необходимо обес-

# И, ПЕРЕНЕСШЕМУ, ОПЕРАЦИЮ НА ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ

печить ей покой, для этого пользуются специальными медицинскими бандажами (корсет).

Корсет следует одевать лежа, поверх хлопчатобумажной или трикотажной одежды, не раздражающей послеоперационный шов

## 8. Питание

В восстановительном периоде важна сбалансированная диета. Рекомендуется проконсультироваться с диетологом вашего лечебного учреждения.

Желательно избегать употребления жареного, жирного, а так же уменьшить употребление соленого, сладкого и субпродуктов.

Вес тела должен соответствовать росту! (Избыточный вес является одним из факторов риска сердечно – сосудистых заболеваний).

Часы приема пищи должны быть постоянными. Следует избегать избыточного приема пищи.

В пищевом рационе рекомендуется использование бобовых, свежих овощей и фруктов, куриного мяса и рыбы.

## 9. Поездки за границу

Прежде чем вы будете планировать полет или поездку за границу, стоит проконсультироваться с лечащим врачом.

## 10. Физические нагрузки

Любая физическая нагрузка, за исключением ходьбы, может быть разрешена лишь после консультации с кардиологом или семейным врачом. Следует увеличивать физические нагрузки постепенно, переходя от легких упражнений к более сложным.

Рекомендуется ходьба по утрам и вечером, в хорошую погоду, желательно по ровной местности, без значительных подъемов. Начинать следует с 30 минут.

## 11. Подъем тяжестей

Необходимо избегать подъема тяжестей весом свыше 5 кг в течение трех месяцев после операции (это необходимо для полного заживления грудины).

## 12. Дальнейшие наблюдения

После выписки следует записаться на прием к участковому врачу. Необходимо принести на прием выписку (листок нетрудоспособности). Участковый врач продолжит лечение и продлит листок нетрудоспособности.

## 13. Курение

Если вы курите, то вам следует знать, что курение уменьшает количество кис-

лорода в крови, увеличивает потребность организма в кислороде и, в связи с этим, повышает артериальное давление и наносит вред артериальным сосудам.

## 14. Работы по дому

На первом этапе вы сможете заниматься лишь легкими работами по дому и помочь в приготовлении пищи. Постепенно можно будет увеличить объем домашних работ. Следует избегать выполнения работ, требующих физических усилий.

## 15. Вождение автомобиля

Следует избегать вождения автомобиля в течение одного месяца после операции.

Вам необходимо будет обратиться к кардиологу для получения разрешения на вождение автомобиля, так как, после операции ваши реакции будут замедлены вследствие слабости и утомляемости, а так же под воздействием лекарств, а вращательные движения остаются затрудненными до полного заживления грудины.

Если Вам придется совершать далекие поездки, следует делать остановки в пути и давать отдохнуть и расслабиться ногам для улучшения кровообращения в них.

## 16. Лестницы и наклонные поверхности

Подъем по лестнице требует более значительных усилий, чем ходьба по ровной местности, поэтому подниматься и спускаться по лестнице следует с остановками для отдыха. Подъем по наклонной поверхности следует преодолевать постепенно, с остановками для отдыха.

## 17. Осанка

После операции возможны изменения осанки: плечи наклонены вперед, спина согблена из-за слабости и боли.

Следует постоянно стараться выпрямить спину и расправлять плечи.

## 18. Интимные отношения

После операции существует страх вступления в интимные отношения из-за боли и опасений травмировать послеоперационную рану.

Энергия, требуемая для интимных отношений, соответствует энергии, необходимой для ходьбы и подъема по лестнице примерно на два этажа.

После посещения кардиолога, рутинной проверки и получения его разрешения, возможно вступление в интимные

отношения. Возможно, вы будете испытывать затруднения в определенных позах – следует изменить их в соответствии с вашими ощущениями.

## 19. Прием гостей

В начальный период вашего пребывания дома следует попросить родственников и знакомых сократить посещения, которые значительно утомляют.

Желательно сократить посещение маленьких детей, которые могут быть носителями различных вирусных инфекций.

## 20. Возвращение к работе

Возвращение к работе осуществляется постепенно, после консультации с кардиологом или лечащим врачом.

### Закключение

- Каждый пациент возвращается к объему привычной активности в своем индивидуальном темпе. Не следует сравнивать себя с другими пациентами, перенесшими операцию на сердце и соревноваться с ними.
- Если у вас имеются какие – либо проблемы, связанные с перенесенной операцией, не стесняйтесь обращаться прямо к нам.
- В минуту усталости оставьте своих гостей и прилягте отдохнуть. Сократите посещение друзей.
- Старайтесь отдыхать в полдень.
- В течение некоторого времени боли в области послеоперационных швов будут мешать, Вам спать, послушайте радио или музыку, чтобы отвлечься, или встаньте и пройдитесь немного и, потом, попытайтесь снова заснуть. Пользуйтесь снотворными таблетками только в последнюю очередь.
- Для периода выздоровления характерны частые смены настроения, что проходит с течением времени.
- Рекомендуется ходьба по ровной местности. Выберите себе маршрут для ходьбы. Ходьба должна доставлять удовольствие. Не следует ходить до утомления. Старайтесь отдыхать в пути.
- Рекомендуется носить хлопчатобумажную или трикотажную одежду, не раздражающую послеоперационный шов.
- Важно сообщить каждому врачу, к которому вы обращаетесь, что вы перенесли операцию на открытом сердце.



# РАБОТА НАД ОШИБКАМИ

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ЗАБАЙКАЛЬСКОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ В КРАЕ ВВОДЯТСЯ ТЕХНОЛОГИИ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

Симуляции при обучении получили широкое распространение в тех областях, где ошибки или стоят очень дорого, или опасны. Наиболее известный пример – симулятор полетов – перед тем, как сесть за настоящий штурвал, будущие пилоты проводят много часов за штурвалом симулятора. Ошибки медиков тоже нередко бывают непоправимыми, тем более что от них порой зависит не только здоровье, но и жизнь пациента. Для того чтобы исключить фактор «непоправимости» и созданы медицинские симуляторы, становящиеся с каждым днем все более популярными в процессе обучения медицинских работников. Ведь, в отличие от реальной жизни, пациент от этого не пострадает, и врача никто не накажет за ошибки.

Первой «ласточкой» применения симуляторов в процессе профессиональной подготовки для медиков Забайкальского края стал цикл симуляционного обучения по вопросам первичной и реанимационной помощи новорожденным в родильном зале, сердечно-легочной реанимации взрослых для врачей, акушерок смотровых кабинетов, медицинских сестер педиатрических кабинетов, фельдшеров, акушеров, медицинских сестер ФАПов, фельдшеров отделения скорой медицинской помощи, который прошел в Читинской центральной районной больнице.

В рамках цикла обучение прошли 78 специалистов из Беклемишевской, Новинской, Домнинской участковых больниц, Маккавеевской, Новокуинской и Смоленской амбулаторий, Атамановской поликлиники и Читинской центральной районной больницы. Среди участников было 19 врачей, 10 фельд-



шеров ФАП, 12 фельдшеров ОСМП, 13 акушерок и 24 медицинских сестры.

Подобное мероприятие было организовано в Чите впервые и проводилось по инициативе Министерства здравоохранения Забайкальского края, при поддержке Забайкальской региональной общественной организации «Профессиональная Ассоциация Медицинских Специалистов», Краевого Совета медицинских сестер Забайкальского края, профессионального комитета «Акушерское дело», «Лечебное дело» и коллектива Читинской ЦРБ.

Участников приветствовали первый заместитель министра здравоохранения Владимир Горбунов, консультант по педиатрии министерства здравоохранения Людмила Фадеева, консультант по сестринскому делу Валентина Вишнякова. Руководители забайкальского здравоохранения отметили, что в вопросе совершенствования подготовки кадров делают ставку на широкое применение симуляционного обучения, чтобы дать каждому возможность не только «услышать», как следует действовать, но также выполнить и отработать манипуляции своими руками.

Чтобы реализовать такие программы обучения в лечебных учреждениях края Забайкальская ассоциация медицинских специалистов приобрела манекены новорожденных.

Целью обучения стала подготовка к работе по оказанию специализированной помощи в акушерстве и гинекологии, знакомство с современными подходами к диагностике и лечению различных критических состояний.

Практические занятия сочетались с теоретическими. Так, заведующая отделением реанимации новорожденных городского родильного дома №1 Т. Короленко рассказала об основных проблемах современной неонатологии, среди которых высокая частота отдаленных последствий внутриутробной асфиксии, увеличение доли инвалидизирующих заболеваний, часть из которых обусловлена не только врожденной и перинатальной патологией, но и неадекватным использованием реанимационных пособий. Для решения этих проблем необходимо изучение опыта перинатальных центров, отработка практических навыков, формирование единого мышления и командной работы. Участники обучения рассмотрели клинические проявления, первичные реанимационные мероприятия при синдроме асфиксии новорожденного, вопросы организации рабочего места, предназначенного для

Чтобы реализовать программы симуляционного обучения в лечебных учреждениях края, Забайкальская ассоциация медицинских специалистов приобрела манекены новорожденных



оказания первичного реанимационного пособия новорожденному ребенку, его техническое оснащение.

В практической части обучения была организована отработка респираторной поддержки при проведении реанимационных мероприятий (использование маски, дыхательного мешка), сердечной реанимации (методика восстановления функций сердца, медикаментозная поддержка).

Особое внимание было уделено видам сосудистого доступа, технике его обеспечения, уходу за различными видами внутрисосудистых катетеров, преимуществам ЦВК – небольшой диаметр, возможность длительного нахождения в вене, отсутствие необходимости венесекции и наложения швов, удобство в применении, минимизация риска осложнений.

Районный акушер-гинеколог Читинской ЦРБ И.Ю. Веселкова представила сообщение по проблемам невынашивания беременности, в котором были даны подробные рекомендации по ведению беременных женщин на участках. Почти каждая пятая желанная беременность в 15–20% случаев завершается самопроизвольным абортom. Риск потери повторной беременности после первого выкидыша составляет 13–17%. Принятие мер по сокращению количества случаев невынашивания беременности позволит значительно снизить риск материнской и младенческой смертности. В сообщении были раскрыты основные причины невынашивания, существующие методы диагностики риска прерывания беременности, тактика ведения пациенток.

Большое внимание участников вызвало сообщение районного педиатра больницы Ч.А. Эралиевой, осветившей вопросы ведения детей первого года жизни на педиатрическом участке. Проблемы экологии, низкий социальный уровень населения, наличие вредных привычек у каждой 2–3-й у рожениц, особенности течения беременности и родов, наличие генитальной и экстрагенитальной патологии у женщин привели к необходимости подробного изучения и выявления групп риска у новорожденных и детей первого года жизни. Педиатр или фельдшер, относя ребенка к определенной группе риска, должен, по возможности, не допустить развития болезни или вы-



явить патологию как можно раньше и своевременно начать лечение. Рекомендации по проведению патронажей новорожденных, критерии определения группы риска, тактика ведения детей в каждой группе, в том числе сроки и объем вакцинации – все столь актуальные знания теперь на вооружении специалистов отдаленных районов Забайкальского края.

Врач отделения скорой медицинской помощи Читинской ЦРБ А.Б. Трусов подробно раскрыл принципы оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях, продемонстрировал методики, уделив большое внимание вопросам ведения подобных пациентов на этапе оказания доврачебной помощи.

По завершению симуляционного обучения было проведено тестирование 78 участников цикла, средний бал составил 74,4%. Наибольшее количество ошибок участники допустили в теоретическом разделе курса обучения. Проведено анкетирование всех участников. 100% участников высоко оценили организацию и качество преподавания, новизну и доступность материала, возможность отработки практических навыков на фантоме и симуляторе новорожденного. 73% респондентов отметили, что после прохождения обучения они могут увереннее оказывать доврачебную помощь, т.к. ошибки, допущенные при обучении, не представляют угрозы для жизни и здоровья реального пациента, а манипуляции могут быть до-

ведены до автоматизма. Самым частым предложением и пожеланием было увеличение продолжительности и количества занятий.

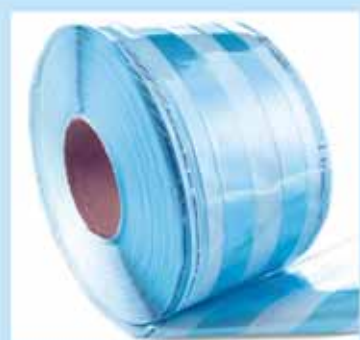
Выполнение ситуационных заданий с использованием подручных материалов и муляжей приближают обучающегося к практике, позволяют реализовать имеющиеся знания, умения и навыки в конкретной ситуации, а также приобрести определенный опыт работы в команде. Симуляционные технологии не заменяют в полной мере клиническую практику, а условия любого моделирования имеют отличия от реальной ситуации, тем не менее, медицинским работникам это дает возможность безопасной тренировки выполнения медицинских манипуляций, а ошибки, допущенные при тренировках, не представляют угрозы для жизни и здоровья реального пациента. В итоге это отразится на качестве оказываемой медицинской помощи и сократит число ошибок при лечении пациентов, снизит риски медицинского учреждения. Активное внедрение современных медицинских технологий в практику здравоохранения, повышение требований к профессиональной компетентности медицинских работников определяют необходимость усиления практического аспекта подготовки специалистов. Высокие риски осложнений при выполнении медицинских манипуляций, ограничения правового и этического характера существенно повышают актуальность симуляционных технологий обучения.

# ВОИ

КАЧЕСТВО  
НАДЕЖНОСТЬ  
БЕЗОПАСНОСТЬ



## СОВРЕМЕННАЯ УПАКОВКА ДЛЯ ВСЕХ ВИДОВ СТЕРИЛИЗАЦИИ



- обеспечение качественной стерилизации
- отличная свариваемость упаковок
- безопасное хранение упакованных изделий
- упаковка для стерилизации: паром, оксидом этилена, плазмой, формальдегидом, радиацией
- упаковка для радиационной стерилизации выдерживает 69 Kgr
- надежные химические индикаторы процесса стерилизации
- 7 слоев ламинации
- высокая прочность ламината к механическим повреждениям
- срок годности 5 лет
- товар сертифицирован (СЕН EN 868, ГОСТ Р ISO 11607-2003, ФГУН "НИИ Дезинфектологии", ФГУП ВНИИФТРИ)

БЕЛПА Восток: +7 (495) 726-55-25

Гигиена-Север: +7 (812) 576-00-66 (Северо-Западный Федеральный округ) • БЕЛПА Сибирь: +7 (383) 373-18-01 • БЕЛПА Урал: +7 (343) 383-60-83  
БЕЛПА Дюп: +7 (883) 203-74-74 • БЕЛПА Волга: +7 (831) 220-14-30 • Филиал №2 БЕЛПА Восток (г. Самара): +7 (846) 270-60-33

Товар сертифицирован

Реклама



# ПРОЗА БУДНЕЙ

Осенью 2012 года стартовал проект Ассоциации медицинских сестер России, нацеленный на совершенствование сестринской помощи при проведении химиотерапии. Благодаря финансовой поддержке, предоставленной Фондом Бристоль-Майерс Сквибб, в партнерстве с Обществом онкологических медсестер США (ONS) Ассоциацией была разработана учебная программа, проведен первый семинар для медицинских сестер, работающих в этой сфере, была создана специализированная секция.

К задаче повышения качества помощи при проведении химиотерапии мы решили подойти с разных сторон, изучить ситуацию в разных регионах, попробовать вынести отдельные вопросы на всеобщее обсуждение. В рамках проекта состоялось интервью со Светланой, процедурной медсестрой одной из поликлиник г. Москвы. Прокомментировать отдельные моменты, отражающие практику поликлиники, мы попросили Фролову Ольгу Михайловну, главную медицинскую сестру Ивановского областного онкологического диспансера, участницу международного проекта РАМС и председателя секции онкологических медсестер.

Надеемся, что эта публикация станет поводом к размышлению, прежде всего, для руководителей сестринских служб, а также для руководителей и учреждений повышения квалификации среднего медицинского персонала. Забегая вперед, хотим сказать, что на февраль 2014 года Ассоциацией медицинских сестер России запланировано проведение второго международного семинара для медицинских сестер онкологических учреждений, на которой будут приглашены медицинские сестры из 15 регионов, в том числе из Москвы. Семинар будет проходить по каскадному принципу – обучился сам, научи других. Очевидно, что участникам из Москвы предстоит большая работа.

Светлана – процедурная медицинская сестра онкологического отделения поликлиники г. Москвы. Общий сестринский стаж – 20 лет. До перехода сюда трудилась в отделении реанимации в федеральном учреждении, в поликлинике работает с 2006 года. В её обязанности входит выполнение назначений химиотерапевтов, онкогематологов – проведение химиотерапии онкологическим больным одного из округов столицы.

Светлана – классный специалист, но продолжает совершенствоваться. К ней стремятся попасть больные. Её уважают врачи.

– Светлана абсолютно безотказна, – говорит администратор канцер регистра Татьяна, – всем идет навстречу. Если надо задержаться – задержится. Палочка-выручалочка. Работает очень много. Готова расшибиться, но помочь. Не знаю, как она выдерживает, ведь все время приходится дышать химией.

Словом, Светлана из тех безропотных тружеников, на ком сегодня медицина держится. С ней сегодня наш разговор о профессии.

**– С какими сложностями сталкиваетесь в своей деятельности?**

– Мы с людьми работаем, а с людьми, особенно с больными, всегда сложно работать. Наши пациенты в основном возрастные, но ведут себя зачастую как дети, капризничают, обижаются, многое недопонимают, могут нагрубить. Порой в начале тебя воспринимают как девочку, а не как взрослого человека, специалиста. Но потом проникаются, видя, как ты ему помогаешь.

Несмотря ни на какие трудности (бытовые и профессиональные) медсестра должна быть доброй, порядочной, отзывчивой, заботливой, не обижаться на выпадки пациентов, не отчаиваться даже в самых сложных ситуациях, стараться успокаивать больных, настраивать на лечение, вселять веру. Что мы и делаем.

**– Профессиональные вредности в вашей работе наверняка имеются?**

– Вредности, безусловно, есть, только никто на это не обращает должного внимания. Отделение небольшое, а народу очень много приходит. Надо всех обслужить: кому-то прокапать, кого-то уколоть. Целый день приходится

крутиться. Работаем в две смены. В нашем дневном стационаре всего пять коек, они постоянно заняты. Вот и дышим «химией».

**– А средства защиты у вас есть?**

– Маска, перчатки. И, конечно, установлен вытяжной шкаф.

**– Каков график работы?**

– Утро-вечер. Допустим, сегодня я в утреннюю смену выхожу, а завтра в вечернюю. И так каждый день. Хотя и тяжело, но мне здесь нравится, чувствую свою нужность людям. Попробовала себя в стоматологии, но вскоре поняла, что это не мое. Мне хочется движения, активности, общения с больными. Такой уж характер.

**– Почему именно сюда перешли?**

– Потому что ближе добираться, меньше времени уходит на дорогу. У меня ребенок растет, и ему надо уделять внимание.

**– Проводите ли химиотерапию на дому?**

– Нет. Только в условиях медицинского учреждения. Ведь все люди переносят химиотерапию по-разному, и лучше, чтоб это было под наблюдением врача. К тому же возможны аллергические реакции.

**– Если пациент лежачий, находится вне стационара и не может прийти в поликлинику на процедуры, тогда как?**

– Привозят родственники в кресле-каталке.

**– Сколько человек за вчерашний день обслужили?**

– Мы делаем и внутривенные и внутримышечные манипуляции. В общей сложности обслуживаем примерно 30 человек в смену, из них 15–20-ти ставим внутривенные капельницы: кому-то – на час, кому-то – на три, а кому-то и на шесть часов. Нагрузка очень высокая. Говорят, на Западе на одну медсестру не приходится так много больных. Но, если честно признаться, мы не знаем своих прав. За работу во вредных условиях все получаем 15-процентную надбавку. Хотя одно дело – медицинская сестра сидит на приеме с врачом, а другое дело – проводит химиотерапию, отпу-



скает процедуры. Доплата же одинаковая.

Бывает, что и по 40 человек в смену обслуживаем. А когда работаешь в две смены (допустим, сменщица заболела, или находится в отпуске), количество принятых пациентов в два раза больше.

**– Вы много делается внутривенных процедур. Но ведь вены у каждого пациента разные...**

– Когда пациент прошел несколько курсов химиотерапии, вены портятся. Но мы стараемся их беречь. Правда здесь есть свои нюансы. Если женщина перенесла операцию по поводу молочной железы, ей можно вводить препараты только в одну руку. Естественно, мы эту руку бережем, как только можем. Для этого стараемся побольше промывать вены после введения химиопрепаратов.

Если у пациента другой диагноз, используем одну руку, до тех пор, пока это возможно (Но опять же обязательно с промывочками, потому что химия очень сильно выжигает вены), а вторую держим в запасе.

Опытная медсестра сразу видит, куда лучше капать, думает о будущем, о возможности сохранить вену, чтобы можно было и следующие курсы проводить. Потому что лечение длительное, может продолжаться полгода, а то и год–два.

**– Но ведь существуют различные катетеры, порты.**

– Внутривенные катетеры нам не подходят. А порты пока не распространены. У нас нет такой практики.

**– Что бы могло облегчить труд онкологической медсестры?**

– Затрудняюсь сказать. Кровати у нас удобные, функциональные. Иголки хорошие, системы – тоже.

Хотелось бы, прежде всего, досконально узнать свои права, выяснить, что нам положено, а что нет. Вот, например, у меня отпуск 28 рабочих дней. Но я не могу уйти на весь месяц, зная, что моя сменщица за это время может просто устать, не выдержать такой нагрузки. Мне даже совестно отдыхать четыре недели, зная, как трудно коллеге.

**– Когда пришли работать в это отделение, с какими проблемами столкнулись?**

– Обидно было слышать от больных грубые слова. Ведь многие стали воспринимать медицину как сферу обслуживания.

**– Вы сказали, что больной может себе позволить отнестись к медсестре некорректно. А каковы взаимоотношения между сестринским персоналом и врачевным?**

– Уважительные. И заведующая, и врачи к нам относятся хорошо. Стараемся вместе работать. Если какие-то вопросы возникают в связи с пациентом, все друг другу помогают.

**– Выходит, взаимоотношения «врач-медсестра» зависят от атмосферы в каждом коллективе? А не от уровня образования медсестры, ее опыта, квалификации.**

– Думаю, что да. Мы с врачами – партнеры. Может быть, даже на медицинскую сестру падает большая нагрузка. Она должна обо всех и всегда помнить.

**– Вы как медсестра можете сказать врачу свое мнение относительно лечения, наблюдения за больным?**

– Если я вижу, что пациент плохо переносит лечение или стесняется что-то поведать врачу, естественно, я обязательно расскажу. Даже если смены не совпадают, найду способ передать доктору.

**– У вас проводятся мероприятия, способствующие повышению квалификации онкологических медсестер? Например, сестринские конференции.**

– В основном варимся в собственном соку. Хотя было бы интересно узнать, кто как работает, какие новшества использует. Если бы такая секция имела на уровне Москвы, было бы неплохо обмениваться опытом.

**– Располагаете ли вы буклетами, памятками в помощь пациенту, родственникам?**

– Буклетов у нас, к сожалению, сейчас нет, за исключением памятки по вопросам питания. Конечно же, они нужны как вспомогательные элементы, дополнительные источники информации. Но общение все-таки первично. Мы каждому пациенту обязательно все рассказываем, объясняем.

**– Вы знакомы с зарубежным опытом работы онкологических медсестер?**

– Нет.

**– Вам было бы интересно с ним познакомиться?**

– Конечно. У нас есть больные, которые лечились за границей, в частности в Израиле, они рассказывают, как там

проводится химиотерапия, какая там обстановка – пациенты могут перемигиваться, пить сок, есть фрукты во время химиотерапии.

Безусловно, хотелось бы посещать форумы и конференции для медицинских сестер.

**– Как проводите свободное время, если оно бывает?**

– В выходные стараюсь выбраться в лес, в парк, подышать свежим воздухом, которого катастрофически не достаёт.

А в рабочие сил ни на что не хватает. Настолько устаю, что просто хочется полежать. Потому что завтра опять вставать в пять утра и ехать на работу.

**– Комната психологической разгрузки имеется в поликлинике?**

– К сожалению, нет. У нас очень стесненные условия, помещений не хватает.

А хотелось бы, чтоб у нас была какая-то сестринская комната, чтоб те 20 минут, которые положены по закону на отдых, можно было хотя бы спокойно посидеть.

**– Как Вы считаете, медучилище, достаточно дает знаний, чтобы работать медсестрой в онкологии?**

– Нет, конечно. Только практика позволяет стать специалистом.

**– Что, с Вашей точки зрения, следовало бы изменить в обучении?**

– Могу судить только по себе. Не знаю, как сейчас, но в 1991 году, когда мы учились, подготовка была хорошей. У нас было достаточно практики в разных больницах, и при желании ты мог научиться всему.

**– Что Вас привлекает в сестринской работе?**

– Возможность помогать людям. Я с 15 лет знала, что пойду в медицину, хотя в семье медиков не было.

Приятно осознавать, что ты – полезный, нужный человек, поддерживаешь больных не только инъекциями, но и добрым словом, стараешься, чтоб они не погружались в болезнь. Иногда женщины, девушки переживают, что теряют волосы, я, например, могу посоветовать повязать красивый платочек, бандану, рассказать, как лучше это сделать, чтоб выглядеть современной, и у женщины меняется настрой.

**– Вы и дальше предполагаете работать в этой специальности?**

– Да. Уходить никуда не собираюсь.

**Беседовала**

**Валентина ЕВЛАНОВА.**

# Комментарий руководителя секции «Сестринское дело в онкологии»



**Ольга Михайловна Фролова,**  
главная медицинская сестра ОБУЗ  
«Ивановский областной  
онкологический диспансер»,  
председатель секции РАМС  
«сестринское дело в онкологии»

Интервью Светланы, на мой взгляд – крик души медицинской сестры с огромной трудовой нагрузкой. В настоящее время любой медицинской сестре необходимо постоянно совершенствовать свои знания и профессиональные навыки в условиях очень большой нагрузки. Тем не менее, делать это нужно! Равно как и контролировать ситуацию на своем рабочем месте, свои права. Что я имею в виду?

По поводу отпуска и вредных условий труда предлагаю Светлане обратиться к руководителю сестринской службы поликлиники с просьбой ознакомиться с коллективным договором учреждения, так как именно в этом документе прописаны условия труда и отдыха персонала, работающего с вредными условиями труда.

Отпуск медицинской сестры процедурного кабинета не может составлять 28 рабочих дней. 28 календарных дней – это основной отпуск (Основание: ТК РФ "...Статья 115. Продолжительность ежегодного основного оплачиваемого отпуска... Ежегодный основной оплачиваемый отпуск предоставляется работникам продолжительностью 28 календарных дней..." + 12 рабочих дней дополнительного отпуска = 14 календарных дней (Основание: 1. Список производств, цехов, профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых дает право на дополнительный отпуск и сокращенный рабочий день. Утвержден

Постановлением ГК Совмина СССР по вопросам труда и заработной платы и Президиума ВЦСПС от 25.10.74г. N 298/П – 22 (с исправлениями и дополнениями) (Извлечения) Раздел XL. "Здравоохранение" (в этом списке дополнительные отпуска указаны в рабочих днях!)). К перечисленным документам необходимо смотреть еще 116 статью ТК (дополнительные отпуска) + локальные нормативные акты (коллективный договор и приложения к нему: список сотрудников с вредными условиями работы).

Не совсем понятна фраза администратора канцер регистра «все время приходится дышать химией», тем более странно эту же фразу наблюдать у опытной медсестры. При соблюдении техники безопасности на рабочем месте при проведении инъекций (маска, перчатки и вытяжной шкаф) вдыхания препаратов не происходит, риск минимален даже при нагрузке до 100 пациентов.

Стоит разобраться с понятием профессиональной вредности. Вредность устанавливает комиссия, проводящая аттестацию рабочего места. По итогам аттестации устанавливают факторы, которые в течение рабочей смены влияют на здоровье. На основании аттестации устанавливаются сокращенная рабочая смена, дополнительные выплаты за вредные (опасные) условия труда и/или бесплатная выдача продуктов питания для сотрудников, нейтрализующих вредные факторы (молоко или равноценные продукты).

Нельзя оставить без внимания и особенности организации сестринской помощи в поликлинике:

1. Очень жаль, что не организована медицинская помощь на дому, к этому надо стремиться. Лежачим пациентам очень тяжело переносить лечение, проезд к поликлинике лишь усугубляет их положение. Думаю, что нашей секции, а также Ассоциации медицинских сестер России нужно отстаивать это право пациентов, а учреждениям выделять дополнительные ставки для проведения химиотерапии на дому.

2. Читаем в интервью «...побольше промывать вены после введения хи-

миопрепаратов...» и «используем одну руку... обязательно с промывочками...». Назначенная врачом водная нагрузка, как сопровождение курса химиотерапии, не столько защищает вены от «выжигания», сколько защищает почки и в целом организм от токсического воздействия химиопрепаратов (но это уже врачебная компетенция).

3. Странным показалось, что при проведении химиотерапии не подходят периферические катетеры. Центральные венозные катетеры, действительно, в условиях амбулаторного лечения не используются. Возможно внутривенные порты – импланты финансово не доступны поликлинике, но периферические внутривенные катетеры могут и должны использоваться (при наличии показаний) при проведении химиотерапии. Возвращаясь к порт-системам, стоит отметить, что если некоторые пациенты поликлиники имеют возможность пройти лечение за рубежом, то наверняка они были бы рады рекомендации установить порт-систему для продолжения химиотерапии на родине, пусть и за свой счет.

4. Отсутствие памяток и брошюр для пациентов еще раз подчеркивает недостаточную организацию лечебного процесса по химиотерапии, тем более, что материалов сейчас достаточно. Стоит только воспользоваться функцией поиска в сети Интернет, выйти с соответствующей инициативой к руководителю сестринской службы, врачу-химиотерапевту.

В заключение хочется обратиться ко всем медицинским сестрам отделений и кабинетов химиотерапии. Уважаемые коллеги, мы работаем с пациентами, которые ведут борьбу с тяжелым заболеванием. Наша задача состоит в том, чтобы оказывать помощь на самом высоком уровне, беречь пациентов от возможных осложнений и побочных эффектов, обучать, подсказывать, помогать, основываясь при этом на достоверных знаниях. Призываю всех вас к общению на форуме сайта РАМС, к обмену мнениями, опытом и знаниями!



# ИЗМЕНЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПАЛЬЦЕВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДВОЙНЫХ ПЕРЧАТОК

## ■ С.А.Юрченко

Старшая медицинская сестра отделения для ВИЧ-инфицированных пациентов Инфекционной клинической больницы № 2, г. Москва

Вопрос о необходимости использования двойных перчаток неразрывно связан с вопросом защиты медицинских работников от гемоконтактных инфекций. Медицинский персонал, чьи обязанности предусматривают выполнение хирургических манипуляций или работу с кровью, относится к группе повышенного риска инфицирования вирусами, передающимися через кровь.

По данным Объединённой программы ООН по СПИДу (ЮНЭЙДС) (ЖЕНЕВА, 20 ноября 2012 г.) по состоянию на 2011 г. всего в мире инфицировано ВИЧ-инфекцией – 34 (31,4–35,9) млн человек. При этом 2,5 (2,2–2,8) млн человек были впервые инфицированы ВИЧ, 1,7 (1,5–1,9) млн человек умерли от заболеваний, обусловленных СПИДом. В России ВИЧ впервые был выявлен в 1987 году, когда было зафиксировано 24 случая заражения. До декабря 1995 года число ВИЧ-инфицированных в России было относительно небольшое – чуть больше тысячи человек. 1996 год стал поворотным пунктом эпидемии ВИЧ в России. За этот год было официально зарегистрировано 2603 случая заражения ВИЧ-инфекцией. К концу 2012 года количество ВИЧ-инфицированных уже **703781** человек, и **6193** из них – дети! (Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом, статистические данные по состоянию на 22.11.2012 г.) (рис. 1).

Чтобы предотвратить заражение гемоконтактными инфекциями, необходимо знать пути их передачи. Возможны три пути передачи гемоконтактных инфекций: от пациента – медработнику, от медработника – пациенту и от пациента – пациенту. Вероятность передачи от пациента медработнику является наибольшей. Хотя самые большие вспышки возникают при нарушении санитарно-

эпидемиологических правил с передачей вируса от пациента к пациенту, преимущественно при использовании нестерильного медицинского инструментария, главным образом, нестерильных шприцов. По данным Федерального Центра СПИД на 1 ноября 2011г. количество россиян, зараженных в медицинских учреждениях, составляет 380 человек: 282 случая заражения – при парентеральных манипуляциях нестерильным медицинским инструментарием; 73 случая заражения реципиентов крови и ее компонентов от инфицированных ВИЧ доноров; 1 случай заражения реципиента донорской почки (2000г.); 21 женщина заражена ВИЧ от детей – при грудном вскармливании.

В 2010 г. в РФ (по данным Федерального Центра СПИД) было обследовано на ВИЧ 4,4 млн образцов крови медработников (код 115) и выявлено 767 ВИЧ-инфицированных медицинских работников. Основные причины заражения – сексуальные контакты и употребление наркотиков нестерильным инструментарием. 3 доказанных случая заражения ВИЧ были связаны с исполнением профессиональных обязанностей: 2000 г. – Оренбург (медсестра процедурного кабинета – прокол пальца при заборе крови из вены, АРТ не получала); 2004 г. – Екатеринбург (медбрат КДЦ, прокол пальца при постановке катетера, АРТ не получал); 2008 г. – ЯНАО (анестезиологическая медсестра в кабинете компьютерной томографии при проведении в/в инъекции контрастного вещества пациенту, АРТ не получала). 1 случай с предполагаемым заражением при исполнении профессиональных обязанностей выявлен в 2007г. в республике Башкортостан (медсестра приемного отделения – прокол пальца при в/в введении контрастного вещества, получила АРТ).

Статистика инфицирования гепатитами – ещё более угрожающая. В западноевропейских странах ежегодно один из каждых 180 медработников инфицируется возбудителем гепатита В (около 18 тыс. медработников в год или 50 –

в день) [1]. Гепатиты В и С широко распространены также и в России, кроме того, ВИЧ-инфицированные пациенты часто одновременно являются и носителями гепатитов В и С. По данным федерального государственного статистического наблюдения (форма № 61) к концу 2008 г. 38,5% всех зарегистрированных инфицированных ВИЧ имели вирусные гепатиты и 32,4% имели гепатит С. Следовательно, в России в настоящее время создались такие условия, когда существует риск заражения медицинских работников и других контактировавших лиц не только ВИЧ-инфекцией, но и вирусными гепатитами В и С.

Как уже было отмечено, случаи заражения медработников при выполнении профессиональных обязанностей связаны с использованием острых инструментов: хирургических игл, инъекционных игл и скальпелей. При этом более чем в 93% случаев травмируются руки [2]. Поэтому основное внимание с точки зрения профессиональной безопасности сотрудников во время проведения хирургических вмешательств должно уделяться именно защите рук, в том числе выбору правильных хирургических перчаток.

На сегодняшний день проведено значительное количество исследований, которые подтверждают эффективность двойных перчаток по сравнению с одианными. Доказано, что при прохождении через 2 слоя перчаток игла обтирается от крови на 95% [3]. Кроме того, при повреждении внешней перчатки внутренняя перчатка остается неповрежденной в 92% случаев [4]. Эти факты

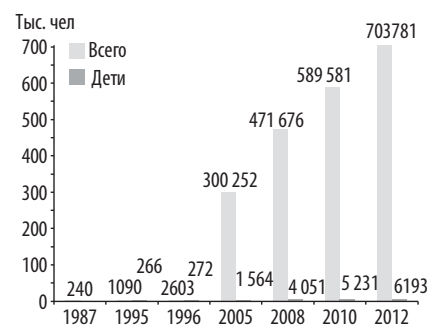


Рис. 1. Количество ВИЧ-инфицированных в России



дают основание рекомендовать двойные перчатки для снижения вероятности контакта с кровью пациента во время любой операции. Оптимальным является использование системы двойных перчаток с индикацией прокола, поскольку большинство (до 92%) повреждений перчаток во время хирургических вмешательств остаётся незамеченными [5].

Однако, пункт 4.17 СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» гласит: «Для проведения операций с высоким риском нарушения целостности перчаток следует надевать 2 пары перчаток или перчатки повышенной прочности». В связи с данной формулировкой возникает вопрос: какие операции могут сопровождаться высоким риском нарушения целостности перчаток? Травматологические, ортопедические, кардиохирургические, полостные? Ответ достаточно очевиден: практически любые операции могут сопровождаться риском нарушения целостности перчаток.

Но, к сожалению, в большинстве лечебных учреждений двойные перчатки, защитные экраны, очки и другие дополнительные средства защиты используются только во время операций у инфицированных пациентов. Такая практика является в корне неверной и даже опасной. Во время хирургического вмешательства у инфицированного пациента нельзя резко менять профессиональные привычки и внезапно переходить на новые инструменты и материалы. Необходимо помнить о том, что если хирург или операционная медсестра редко пользуется, например, защитным экраном для глаз, то ощущение экрана на лице является непривычным, он начинает отвлекать, раздражать и воспринимается как помеха, и, конечно, вероятность пораниться в такой ситуации возрастает. И, наоборот, при работе привычным, отлаженным способом вероятность ошибок, в том числе аварийных ситуаций, очевидно ниже. Это, конечно, не означает, что при оказании помощи инфицированному пациенту нужно игнорировать опасность. Напротив, всегда нужно работать именно так, как будто перед вами инфицированный больной. Ведь если лабораторная диагностика не определила наличие инфекции, это ещё не значит, что пациент не инфицирован на самом деле.

Согласно СанПиН 2.1.3.2630-10: «Каждый пациент рассматривается как потенциальный источник инфекции». Основная причина необходимости поступать именно так заключается в наличии у любого инфекционного заболевания так называемого серонегативного периода или периода «окна» – это время от проникновения в организм возбудителя до начала выработки антител против него. На протяжении этого срока лабораторная диагностика невозможна. Дело в том, что современные методы диагностики инфекций являются серологическими, то есть они определяют не наличие самого вируса в организме, а наличие антител к нему. Но, как известно, антитела к возбудителю появляются не сразу после инфицирования, а с некоторой задержкой. Поэтому возможна ситуация, когда инфицирование уже произошло, а лабораторные тесты оказываются отрицательными из-за отсутствия или недостаточного уровня антител. Например, средняя продолжительность серонегативного периода при ВИЧ-инфекции длится до 3 месяцев, при гепатите В – до полугода, а при гепатите С – до 5 недель [6]. Это ещё раз подтверждает тот факт, что высокий уровень защиты и правильная техника безопасности нужны всегда, даже при отрицательных результатах анализов.

Кроме того, при поступлении в стационар пациент обследуется только на 4 инфекции: ВИЧ, сифилис и гепатиты В и С. А между тем, в крови пациента могут находиться и другие опасные инфекции, которых на сегодняшний день насчитывается около 60 [7]. И это ещё одна причина, по которой следует использовать надёжные средства защиты при контакте с кровью и биологическими жидкостями любого пациента.

Нежелание некоторых медработников использовать двойные перчатки вместо одинарных чаще всего связано с опасением избыточного давления двойных перчаток на кисть и, главное, снижением чувствительности пальцев. Это опасение особенно характерно для хирургов. Проблема избыточного давления легко решается с помощью правильного соотношения размеров внутренней и внешней перчатки, а как обстоит дело с чувствительностью?

Для ответа на этот вопрос мы использовали двухточечный тест определения чувствительности пальцев рук,

который проводится с помощью простого устройства, изображенного на рис. 2–4. Оно представляет собой диск с расположенными по кругу тонкими стержнями. Все стержни, кроме одного, установлены попарно. Расстояние между стержнями в каждой паре варьируется от 1 до 8 мм. Поочередно касаясь подушечки пальца испытуемого разными парами стержней, можно определить, на каком расстоянии испытуемый различает касание двумя стержнями от касания одним стержнем. То есть, фактически, на каком расстоянии кожные рецепторы на кончиках пальцев начинают отличать одну точку от двух. Чем меньше цифра, тем лучше чувствительность, т.к. это означает, что человек различает точки касания на меньшем расстоянии.

На базе отделения ВИЧ – инфицированных пациентов Инфекционной больницы № 2 г. Москвы и операционного блока Московского Областного Перинатального Центра было протестировано 30 сотрудников. Тест проводился в 3 этапа: сначала без перчаток, затем в одних перчатках, затем в двойных перчатках (рис. 4).

Перед началом теста каждому испытуемому сотруднику был задан вопрос: «Как Вы думаете, каким образом изменится чувствительность пальцев при надевании двойных перчаток?». Абсолютное большинство опрошенных (87%) были уверены, что чувствительность снизится, 13% предположили, что она не изменится, и никто не сказал, что чувствительность может стать лучше.

Результаты каждого теста заносились в таблицу 1. Приведённые в данной таблице результаты одного из сотрудников наглядно демонстрируют, что в двойных перчатках чувствительность такая же, как и без перчаток и даже несколько лучше (красным цветом выделены те значения, которые лучше в двойных перчатках, желтым – в одних перчатках).

Данные всех участников исследования были собраны и проанализированы. Полученные результаты оказались поразительными (табл. 2). Из 30-ти человек в одних перчатках чувствительность снизилась у 5 человек и улучшилась у 19. У 6 человек чувствительность не изменилась. В двойных перчатках чувствительность пальцев стала хуже только у 1 человека, при этом у 26 человек из



Рис. 2.



Рис. 3.

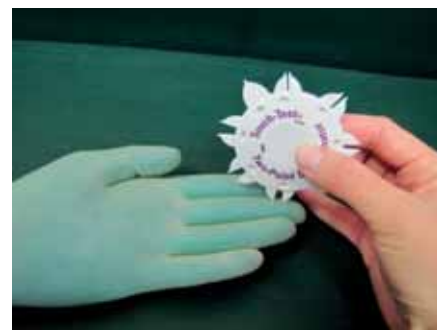


Рис. 4.

Таблица регистрации результатов тестов

	Пальцы левой руки					Пальцы правой руки				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Без перчаток	3	3	2	2	2	4	3	3	3	3
В одних перчатках	2	3	2	2	2	3	2	2	3	3
В двух перчатках	2	2	2	3	3	3	2	3	3	3

Таблица 1

Анализ изменения чувствительности в исследуемой группе

	Чувствительность		
	Хуже	Лучше	Без изменения
В одних перчатках	5 16%	19 64%	6 20%
В двойных перчатках	2 6%	25 84%	3 10%

Таблица 2

prospective, randomized controlled study. Eur J Surg 2000; 166: 293–295.

5. Maffulli N, et al. Glove perforation in hand surgery. The Journal of Hand Surgery 1991; 6:1034–37.

6. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. чл.-корр. РАМН Ю.В. Лобзина, 2000г.

7. Tarantola A et al. AJIC 2006;34:367.

8. СанПиН 2.1.3.2630–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»

9. Current Medical Diagnosis and Treatment 2008, page 1162

10. Л.И.Кулешова, Е.В.Пустоветова, Л.А. Рыбашкина «Инфекционный контроль в лечебно-профилактических учреждениях», 2003г.

11. Г.Е.Афиногенов, А.Г.Афиногенова «Современные подходы к гигиене рук медицинского персонала».

12. Информационный бюллетень № 36 Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом и Центрального НИИ эпидемиологии МЗ РФ.

13. Пособие для медицинских работников «Постконтактная профилактика заражения ВИЧ-инфекцией». ФГУН ЦНИИ Эпидемиологии, 2009 г.

14. «Эволюция современных методов защиты медработников от гемоконтактных инфекций». Бобрик А.В., Открытый Институт Здоровья.

15. «Особенности течения и профилактика гемоконтактных инфекций у медицинских работников». В.В. Косарев, д.м.н., профессор, С.А. Бабанов, д.м.н., доцент Кафедра профессиональных болезней и клинической фармакологии ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», Россия. Газета «Новости медицины и фармации» 11–12 (371–372) 2011 / Справочник специалиста

16. «Нозокомиальная передача гемоконтактных инфекций», Плавинский С.Л. – д.м.н., декан факультета общественного здравоохранения, Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Савина В.А. – к.м.н., доцент кафедры эпидемиологии, Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Москва 2007 г.

30 она улучшилась и у трех осталась без изменений. Конечно, это не значит, что перчатки сами по себе улучшают чувствительность. Скорее всего, лучшие результаты теста в двойных перчатках связаны с тем, что он проводился в конце испытания третьим этапом. То есть за время проведения первых двух этапов тестирования (без перчаток и в одинарных перчатках) у людей произошла «настройка» внимания на ощущения пальцев рук.

Таким образом, можно сделать вывод, что чувствительность кожных рецепторов во многом зависит от «натренированности мозга», и переход от работы в одинарных перчатках к работе в двойных перчатках – это вопрос формирования привычки. По мнению наших зарубежных партнёров, многие из которых уже давно перешли на ежедневную работу в двойных перчатках с целью лучшей защиты от гемоконтактных инфекций, на формирование привычки рецепторов работать через двойные перчатки уходит в среднем 1 неделя (от 3-х до 10 дней).

Говоря о трудностях перехода на новые средства защиты, невозможно не упомянуть о финансовой составляющей.

К сожалению, всё, что медицинские сёстры могут сделать в этом направлении – это проявить настойчивость, но к счастью, закон полностью на нашей стороне: в разделе 15 СанПиН 2.1.3.2630–10, который посвящен требованиям к условиям труда медицинского персонала, сказано следующее: «Персонал обеспечивается средствами индивидуальной защиты в необходимом количестве и соответствующих размеров (перчатками, масками, щитками, респираторами, фартуками и пр.) в зависимости от профиля отделения и характера проводимой работы». Это значит, что мы имеем полное право требовать для себя адекватные **современные средства защиты**.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. P. Van Damme, G. Tormans, 1993.
2. Jagger J, Balon M. Suture needle and scalpel blade injuries. Frequent but underreported. Advances in Eposure Prevention 1995; 1: 6–8.
3. Bennett NT, Howard RJ. Quantity of blood inoculated in a needlestick injury from suture needles. J Am Coll Surg 1994; 178(2):107–110.
4. Naver L.P.S, Gottrup F. Incidence of glove perforations during gastrointestinal surgery and the protective effect of double gloves: a

# А Вы уверены в своей безопасности?

## Хирургические маски BARRIER® Экстра-комфорт Повышенная защита

- Мягкий внутренний слой создает дополнительный комфорт для кожи
- Плотный наружный слой поддерживает чашеобразную форму маски, сводя к минимуму контакт маски с кожей лица
- Специальный антибликовый экран защищает глаза от попадания брызг

## Хирургические перчатки Biogel Eclipse® Indicator™

- Оптимальное облегчение, высокая чувствительность и максимальный комфорт
- Уникальная система индикации проколов
- Выявляется 97% проколов при наличии жидкости<sup>1</sup>
- Перчатки Biogel Eclipse® Indicator™ обеспечивают повышенную защиту персонала от передающихся через кровь инфекций
- Для производства перчаток серии Eclipse используется латекс Softer с пониженным содержанием протеинов

<sup>1</sup> Wigmore S.J. & Rainey J.B. BJS 1994; 81: 1480

## Костюмы хирургические BARRIER® специальные, с комфортным слоем

- Новый свежий костюм каждый день
- Мягкий, хорошо сидящий материал
- Эргономичный дизайн, регулируемый пояс, карманы
- Рубашки и брюки доступны для раздельного заказа по 4 размерам



## Хирургические шапочки BARRIER® типа Гленн

- Закрывают волосы, уши, шею и плечи
- Оборудованы впитывающей полоской в области лба

## Халат хирургический BARRIER® FFP (Fluid Protection Plus), непроницаемый для жидкости, с улучшенными свойствами

- Ультра-легкий дышащий материал для обеспечения температурного комфорта
- Влагонепроницаемость по всей поверхности
- Высокое качество соответствует стандарту EN 13795
- Уникальный эргономичный покрой для обеспечения комфорта и свободы движений
- 7 размеров

## Халат хирургический BARRIER® Классик в усиленном исполнении

- Мягкий комфортный водонепроницаемый материал
- Имеет влагонепроницаемое усиление в передней части халата и в области рукавов
- Усиление рукавов покрыто мягким впитывающим внутренним слоем
- Высокое качество в соответствии со стандартом EN 13795
- Уникальный эргономичный дизайн, обеспечивает комфорт и свободу движений
- 6 размеров





# ВСЕ В НАШИХ РУКАХ!

## СКАНДИНАВСКАЯ ХОДЬБА В ПОДДЕРЖКУ ЗДОРОВЬЯ И ДОЛГОЛЕТИЯ

### ■ И.В. Янминкуль,

главная медицинская сестра ГБУЗ ТО  
«Областная больница № 14 имени  
В.Н.Шанаурина» (с.Казанское)  
Тюменская область.

«Ничто не ценится нами так дешево и не обходится нам так дорого, как здоровье», «Здоровье не купишь – его разум дарит», да мало ли мудрых изречений о здоровье существует! А ведь действительно, как правило, мы задумываемся о здоровье или, правильнее сказать, о нездоровье лишь тогда, когда нас начинает что-либо беспокоить. Пока все органы и системы функционируют в организме человека без сбоев, это воспринимается как норма, мы не задумываемся, что так будет, увы, не всегда. Как вернуть утраченное здоровье?

Конкурс, призывающий к пропаганде здорового образа жизни, объявленный Ассоциацией медицинских сестер России в феврале 2013г, нес очень большую смысловую нагрузку не только как призыв к оздоровлению населения, но и стал определенным стимулом для проведения специалистами среднего звена серьезной научно-исследовательской работы. Сестринские исследования могут помочь людям обрести надежду на улучшение состояния здоровья, укрепить здоровье с применением новых технологий, получить дополнительный заряд энергии и оптимизма.

Участие в любых конкурсах – это смелость, это выброс адреналина, это большая работа! На разработку серьезного конкурентоспособного проекта недостаточно пары дней или недели. Нужно хорошо владеть материалом, на основании которого «кирпичик к кирпичику» строится обоснование, раскрывается тема, разрабатывается медицинская документация. Для того, чтобы проанализировать успехи или неудачи, нужно время. Определенная гибкость,



пластичность при корректировке планирования мероприятий приносит дополнительную пользу и эффективность, так как сложно в новом деле предусмотреть все мельчайшие нюансы.

Тюменская область была представлена на Российском конкурсе Областной больницы № 14 имени Валерия Николаевича Шанаурина (с.Казанское), которая заявила на данную номинацию свой проект под названием «Влияние и роль скандинавской (нордической) ходьбы на формирование здорового образа жизни, улучшение здоровья и качества жизни людей пожилого возраста, проживающих в Казанском районе Тюменской области».

Целью проекта было создание оптимальных условий для организации двигательной активности и оздоровительной ходьбы для людей пожилого возраста села Казанское Казанского района Тюменской области круглогодично.

**Задачи были определены следующие:** формирование у сельских жителей привычки к здоровому образу жизни и потребность в разнообразной самостоятельной здоровой

двигательной деятельности на воздухе. Вовлечение в данный вид оздоровительных мероприятий новых участников, расширение спектра возрастных групп.

Мы ожидали достичь повышения качества жизни группы пожилых людей, посещающих Группу Здоровья и занимающихся скандинавской оздоровительной ходьбой, добиться положительной динамики показателей здоровья: улучшение работы сердца и легких, снижение артериального давления при гипертонии, вязкости крови, холестерина, снижение количества приступов стенокардии, инфарктов и инсультов, улучшение обмена веществ, снижение веса, обогащение крови кислородом. Показатели здоровья фиксируют как сами пациенты, заполняя дневник, так и медицинские работники, выполняя план контрольного обследования участников группы здоровья.

Разработка проекта для Областной больницы № 14 (с.Казанское) стала первым серьезным опытом в мероприятиях такого уровня. Радость от одержан-

ной победы вселяет гордость и твердую уверенность в своих силах. Очень важным моментом, несомненно, являлась поддержка руководителя.

В качестве темы проекта скандинавская ходьба была выбрана неслучайно, данный вид фитнеса инструктор ЛФК Шаптала Наталья Михайловна с осени 2012 года стала внедрять в Группе здоровья, которую с удовольствием посещают женщины старшего поколения. Этот вид ходьбы помогает восстанавливать здоровье и продлевать жизнь пожилым людям, становится постепенно довольно перспективным видом отдыха, спорта и релаксации. Скандинавская ходьба помогает ее приверженцам всегда быть в тонусе и, зачастую, просто возвращает к нормальной жизни тех, у кого возникли проблемы с двигательным аппаратом. Заниматься такой ходьбой можно в течение круглого года. Польза от ее применения неоченима, а нагрузка дозирована, ритмические движения при ходьбе, правильное дыхание и все это на природе, на свежем воздухе!

В свое время мудрый Гораций говорил: «Если не бегать пока здоров, при-

дется побегать, когда заболеешь». Данный вид ходьбы с использованием специальных телескопических палочек – нордигов – даёт отличную нагрузку на организм, приводит мышцы и сухожилия в тонус, нормализует их эластичность. Этот вид спорта не требует от участниц Группы здоровья большого физического напряжения, в отличие от других активных видов спорта, например, бега, а является достаточно простым, несмотря на свою активность. Безусловно, скандинавская ходьба является релаксацией для людей пожилого возраста, перспективным видом не только отдыха, но и восстановления здоровья, способствует дополнительному общению, нахождению на свежем воздухе, продлевает им жизнь. Главный приз российского конкурса – Мини-Грант в размере 50 тысяч рублей, был потрачен на оснащение кабинета ЛФК ОБ № 14 комплектами скандинавских палочек, как и планировалось в основной статье расходов бюджета проекта.

В настоящий момент после оснащения кабинета ЛФК комплектами скандинавских палочек, количество участ-

ников пожилого возраста, посещающих Группу здоровья, увеличилось до 20 человек, причем, иногда рядом с бабушками гордо шествуют их внуки!

Сотрудники стадиона, который расположен от больницы примерно в 5–7 минутах ходьбы, сделали на трассе для скандинавских «ходоков» метки красным скотчем в 500м и 1000м. Данные знаки позволяют участникам группы здоровья не только засекают временной отрезок, прислушиваясь к состоянию организма, но и знать пройденный участок пути. Так, проходя определенный путь, они не просто преодолевают расстояние, они одерживают победу над собой!

Из числа сотрудников ЛПУ дважды в неделю после трудового ходьбой занимаются, только 5 человек, но зато каких: главный врач, заместитель главного врача по лечебной части, старшая медсестра хирургического отделения! Надеемся, что после периода отпусков в нашем полку прибудет! Пусть заразительными будут только хорошие примеры!

## ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ДНЕВНИК ЗДОРОВЬЯ

(заполняется самим участником, кроме п.10,11)

ФИО участника \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Рост \_\_\_\_\_

№ п/п	Показатели до начала занятия	Дата
1	Вес	
2	АД	
3	Пульс	
4	Оксигенация (пульсоксиметрия)	
5	<b>Состояние здоровья (+):</b> – удовлетворительное – неудовлетворительное	
6	<b>Наличие субъективных жалоб (+/-):</b> – наличие болей в позвоночнике – наличие болей в конечностях, суставах – головная боль – повышение температуры – слабость – повышение АД	
7	Длительность разминки, мин.	
8	Продолжительность занятия по скандинавской ходьбе, мин	
9	Самочувствие после тренировки (+/-): – сильная усталость после физической нагрузки – повышение настроения и жизненного тонуса	
10	Допуск к занятию	
11	Подпись медработника	

**Памятка для участников Группы Здоровья по скандинавской ходьбе**

Показания к занятиям (перечисленные ниже заболевания вне обострений)	Противопоказания
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Заболевания опорно-двигательного аппарата, в т.ч. остеохондроз</li> <li>• Сердечно-сосудистые заболевания</li> <li>• Заболевания бронхо-легочной системы</li> <li>• Повышенный вес, ожирение</li> <li>• Бессонница</li> <li>• Неврозы и депрессии</li> <li>• Сахарный диабет</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфекционные заболевания</li> <li>• Тяжелые заболевания сердца</li> <li>• Обострения заболеваний внутренних органов</li> <li>• Астма</li> <li>• Гипертония.</li> </ul>

**Одежда для занятий** максимально комфортная: спортивная одежда, удобная обувь, лучше высокие закрывающие щиколотку кроссовки, с протекторами чтобы не скользили

**Длина композитных палок:** рост человека в см x 0,7 плюс минус 5см (н.п. рост 170см, длина палки-115–120см)

**Кратность проведения занятий:** 2–3 раза в неделю.

**Правильно распределяйте вес.** Больше переносите его на руки, если не в порядке суставы ног. И поменьше – если болит спина или есть остеохондроз.

**Продолжительность:** 1 занятие – 20 минут

2 занятие – 30 минут

3 занятие – 40 минут

**Дыхание:** Вдох на «раз, два», выдох на «три, четыре, пять»

**Поза:** максимально комфортная: спина прямая, плечи расслаблены и свободны. Палки держим близко к телу.

**Техника:** Одновременно работают правая нога и левая рука. Ногу ставим на пятку, затем переносим вес на носок.

**Другие варианты:** быстрые тройные шаги, широкий шаг, параллельное движение палок и ног (левая нога с левой палкой, правая нога с правой палкой).

Перед тренировкой желательно проводить небольшую (минут на 10) разминку, позволяющую разогреть различные группы мышц.

**Длительное пребывание на воздухе и физическая усталость (но не перегрузка) нормализуют сон, укрепляют эмоционально – волевую сферу, помогают при стрессах.**

# ЕВРОПЕЙСКИЙ СТАНДАРТ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ РАН

**■ Малгожата Емиоло**

руководитель стационара для тяжелобольных, г. Кольбушова (Польша)

**П**роблема хронических (труднозаживающих) ран является очень серьезной и представляет собой огромную задачу для системы здравоохранения по всему миру. В развитых странах проблема хронических ран встречается у 1–1,5% населения, по крайней мере, один раз в жизни. Учитывая масштаб данной проблемы, особенно важным является оценка стоимости лечения. Экономический анализ указывает на увеличение связанных с этим финансовых затрат в разных странах. В Европе средняя стоимость одного пребывания в больнице и лечения пациента с язвой голени составляет 6650 Euro, а лечение диабетической стопы обходится

в 10000 Euro. Затраты, связанные с лечением хронических ран, поглощают 2–4% бюджета здравоохранения Европейского Союза и, что еще более важно, они будут систематически расти. Это связано с демографическими показателями, которые говорят о старении населения.

Следовательно, существует необходимость как можно более оперативно внедрения правильной стратегии местного лечения хронических ран, основанной на многолетнем опыте и научных доказательствах. Такой подход позволит уменьшить степень смертности пациентов, снизить затраты на их лечение, а также значительно улучшить для них качество жизни и медицинской помощи.



Необходимо задать себе вопрос: на чем основывается стратегия местного лечения хронических ран и с помощью каких перевязочных материалов можно достигнуть успеха?

Вылечить хроническую рану – это успех как для врачей, так и для медсестер, совместно работающих над данной проблемой. Об этом знает каждый, кто хотя бы раз пытался решить эту задачу. Лечение трудно заживающих ран, на мой взгляд, является вызовом, кото-



рый мало кто принимает. Именно поэтому случаи успешного лечения хронических ран так обнадеживают и приносят удовлетворение.

Для ответа на вопрос, заданный выше, постараюсь донести информацию о том, как выглядит действующий в Польше стандарт лечения хронических ран, идея которого взята у Европейской Ассоциации лечения ран (EWMA – European Wound Management Association).

Концепция (стандарт) TIME была разработана группой специалистов из вышеупомянутой организации EWMA еще в 2002 году и опубликована в 2003 году. Затем она стала действующим стандартом местного лечения хронических ран в Европе, а спустя несколько лет – в Польше, под влиянием Польской Ассоциации лечения ран (PTLR – Polskie Towarzystwo Leczenia Ran).

Концепция TIME направлена на систематизацию методики оценки раны и способа её лечения с использованием специальных повязок. В данном случае задачей специальных повязок является обеспечение оптимальных условий в самой ране: поддержание оптимального уровня влажности, защита от дальнейших повреждений старых (некротических) и новых (вновь образованных) тканей, защита раны от вторичной инфекции и в целом коррекция неблагоприятных условий, которые могут способствовать задержке заживления раны.

TIME – это акроним, который происходит от английских слов:

T – tissue (ткани);

I – infection, inflammation (инфекция, воспаление);

M – moisture (влажность);

E – edge, epithelization (края раны, эпителизация);

### **T – tissue – очищение раны от некротической ткани**

Некротические ткани значительно ухудшают или даже ведут к предотвращению процесса заживления раны, являются питательной средой для микроорганизмов, что способствует дальнейшему развитию воспалительного процесса в ране. В настоящее время существуют три варианта действий для удаления некротических тканей:

1. Хирургическое удаление некротических тканей (хирургическая обработка раны) – инвазивный метод, относительно простой и быстрый. К сожалению, не у всех пациентов можно применить данный метод. Его недостаток в том, что он может привести к усилению кровотечения из раны и вызвать у пациента нежелательные болевые ощущения.

2. Ферментативное удаление некротических тканей включает назначение мазей или кремов, содержащих ферменты, которые обладают свойствами разложения белков и нуклеиновых кислот. Их использование ускоряет процесс растворения некротических тканей. Однако, исходя из моего почти 20-летнего опыта, я бы не рекомендовала данный метод (моя позиция соответствует руководящим принципам PTLR – Польской Ассоциации лечения ран), поскольку он не дает ожидаемых результатов, а также значительно усиливает боль при манипуляциях в ране. Кроме того, можно попробовать альтернативные методы очищения раны от мертвых тканей с помощью личинок мух *Lucilia sericata*.

3. Аутолитическое удаление некротических тканей предусматривает изменение окружающей среды от сухой к влажной, что стимулирует клетки к увеличению выработки ферментов (повышение активности макрофагов и нейтрофилов) и создает условия для размягчения струпа, стимулирует рост грануляций. Этот процесс не такой быстрый, как хирургический метод, но гораздо безопаснее для пациента, так как не вызывает осложнений в виде усиления боли и кровотечения.

### **I – infection – контроль инфекции и воспаления**

Колонизация раны болезнетворными микроорганизмами, или инфекция – это два природных процесса, происходящих в хронической ране. От состояния иммунной системы пациента зависит вероятность инфицирования раны, колонизация микроорганизмами зависит от их вида и количества.

Инфекция будет проявляться всеми признаками воспаления, такими как: отек, покраснение, повышение температуры тела, боль и нарушение функ-

ции пострадавшего органа. Об инфицировании также будет свидетельствовать чрезмерное количество экссудата и запах из раны. Симптомы могут возникать как локально, так и распространяться на весь организм.

### **M – moisture – поддержание оптимальной влажности в ране**

В течение нескольких десятилетий метод влажного заживления ран стал широко распространенным. Он ускоряет заживление хронических ран до 50%. Позволяет обеспечить оптимальный уровень влажности в ране и создает необходимые условия для процесса лечения.

Здесь происходят следующие процессы: контроль количества экссудата, другой способ увлажнения сухой раны, поглощение избыточного экссудата из раны типа расплывчатый некроз или поддержание влажной среды в ране, в которой происходит процесс формирования грануляций и эпителизация.




### **E – edge- стимуляция эпителизации**

Процесс эпителизации начинается от краев раны. Для этого должны быть выполнены следующие условия: рана очищена от некротической ткани и колонизирующих ее болезнетворных микроорганизмов, сохранен необходимый уровень влажности, идет и процесс эпителизации, который развился после процесса формирования грануляций.

На мой взгляд, правильной задачей повязки на данном этапе является: защита новообразованных тканей, предотвращение проникновения микроорганизмов и поддержание оптимальной влажности в ране.

Еще одно решение (кроме выбора стратегии лечения), которое нужно принять, касается выбора правильной специальной повязки. Повязка должна выполнять требования, предъявляемые раной.

Мое предложение представлено в таблице ниже. Упомяну лишь, что оно поддерживается восьмилетним опытом в работе со специальными повязками производства Toruńskich Zakładów Materiałów Opatrunkowych S.A. (TZMO SA, Польша).

СТАДИЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ	T	I	M	E
ЦВЕТ, СОСТОЯНИЕ РАНЫ				
ПРОЦЕСС (ЗАДАЧА)	Очистка раны, стимуляция процесса аутолиза	Борьба с инфекцией, контроль выделения экссудата	Стимуляция формирования грануляций, защита новообразованных нежных тканей, удержание влажной среды	Оптимизация процесса эпителизации, защита новообразованных нежных тканей
РЕКОМЕНДОВАННАЯ СПЕЦИАЛЬНАЯ ПОВЯЗКА	Medisorb G	Medisorb A Medisorb P	Medisorb H Medisorb A Medisorb P	Medisorb H Medisorb F

## СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПОВЯЗКИ ЭФФЕКТИВНЫ НА ЛЮБОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ РАН

# Medisorb



### MEDISORB G

- Повязка предназначена для ран с небольшим количеством экссудата
- Является средством эффективного увлажнения некротической ткани
- Гель остается нейтральным для здоровых тканей, не вызывает мацеляцию кожи вокруг раны



### MEDISORB A

- Повязка обладает высокой впитываемостью (10 мл/1 гр. повязки)
- При контакте с экссудатом превращается в мягкий гель, который обеспечивает влажную среду в ране
- Можно применять в случае инфицированных ран только в условиях медицинского надзора и одновременно с соответствующим противобактериальным лечением



### MEDISORB P

- Обладает высокой впитываемостью даже во время давления на рану, тем самым подходит под компрессионную перевязку
- Поддерживает оптимальную влажную среду в ране, что способствует эффективному процессу заживления раны
- Создает правильный микроклимат в ране за счет влаго- и воздухообмена



### MEDISORB H

- Повязка предназначена для ран с небольшим количеством экссудата
- Бактериостатическое действие – частички натурального полисахарида связывают бактерии, предотвращая их размножение и развитие инфекций
- Регулирует уровень влажности – эффективно оптимизирует процесс заживления раны



### MEDISORB F

- Позволяет осуществлять визуальный контроль за процессом заживления раны
- Повязка непроницаема для микроорганизмов и в то же время обеспечивает доступ воздуха к ране и возможность испарения избыточной влаги из раны
- Применяется в профилактических целях как защитная повязка для кожи в местах, подверженных трению или воздействию влаги



# РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАБОТЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

ИТОГИ РАБОТЫ СЕКЦИОННОГО ЗАСЕДАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, СОСТОЯВШЕГОСЯ ВО ВЛАДИВОСТОКЕ

## ■ Федоткина Т.Ю.

главная медицинская сестра ОГБУЗ «Томский фтизиопульмонологический медицинский центр», председатель фтизиатрической секции РАМС, тренер Международного Совета сестер по вопросам лечения и ухода за больными туберкулезом

14–15 сентября 2013 года в городе Владивостоке состоялась межрегиональная научно-практическая конференция «Эффективность методов раннего выявления туберкулеза. Проблемы и пути решения». В рамках конференции прошла и сестринская секция под названием «Роль медицинской сестры в работе противотуберкулезных учреждений». Это уже третья медсестринская секция на мероприятиях подобного уровня в России.

В секционном заседании участвовали более 70 медицинских сестер из Москвы, Владивостока, Петропавловска-Камчатского, Новосибирска, Красноярска, Иркутска, Уссурийска, Арсеньева, Томска, Республики Якутия. Медицинские сестры активно делились опытом, общались, обсуждали общие проблемы и задачи развития службы.

Нам всем хорошо известно, что медицинских сестер не хватает, но данные, озвученные главным внештатным специалистом по сестринскому делу Приморского края И.О. Марченко, оказались более чем красноречивы – в противотуберкулезных ЛПУ региона укомплектованность сестринским персоналом чуть более 40%! Остро стоит и проблема старения сестринских кадров – 40% медсестер старше 51 года.

Будучи председателем фтизиатрической секции РАМС, я не могла не расска-



зать специалистам о роли сестринских ассоциаций регионального, федерального значения, а также Международного Совета сестер в развитии сестринского дела во фтизиатрии. С 2007 года РАМС реализует интересный и многообещающий проект для медицинских сестер ТБ службы – обучение, разработка современных стандартов сестринской помощи, проведение исследований и доказательная практика за эти годы объединили многих медицинских сестер. В этом содружестве будут рады и коллегам с дальнего Востока!

Очень интересно прозвучало сообщение главной медицинской сестры ГБУЗ «КПТД № 1», г. Уссурийска Игонтовой Г.П., рассказавшей о внедрении количественных и качественных критериев оценки сестринской работы в связи с введением новых систем оплаты труда. В диспансере была разработана и успешно применяется карта оценки работы медсестры – нововведение позволило мотивировать всех медицинских сестер к повышению качества работы.

Руководители сестринских служб обсуждали вопросы инфекционного ТБ контроля, перспективы внедрения

в практику современных клининговых технологий, задачи соблюдения стандартов сбора мокроты у пациентов с ТБ.

Особую заинтересованность вызвала информация о работе медицинских сестер Якутии. Здесь силами медицинских сестер проводятся исследования на актуальные для отрасли темы – изучается эффективность постановки проб Манту, ротация дезинфектантов с учетом чувствительности клинических штаммов МБТ, вопросы профессиональной заболеваемости туберкулезом медицинских работников – исследуются причины, разрабатываются соответствующие практические рекомендации.

Звучали на конференции и необычные доклады. Например, в одном из сообщений обсуждались причины возникновения туберкулеза как психосоматического заболевания, связанного с авторитарным стилем воспитания ребенка.

В заседании секции принимал участие представитель Приморской Епархии А. Талько с докладом «Социальная ответственность медицины: доступность, право на жизнь, сохранение здоровья» – с таким сообщением перед



участниками секционного заседания выступил представитель Приморской Епархии А.Талько. Рассмотрев здоровье с позиций отношения к нему самого человека, докладчик говорил об исцелении, а также о самопожертвовании медиков, работающих в такой сложной отрасли, как фтизиатрия.

Секционное заседание еще раз подтвердило, что медицинские сестры фтизиатрической службы настроены решительно, готовы и к творческому, и

к практическому, и к научному поиску, ориентированы на развитие своей специальности. Очень порадовало отношение к труду медицинских сестер со стороны руководства – медицинские сестры, проработавшие в ТБ учреждениях более 20 лет, были награждены грамотами и Благодарственными письмами Департамента здравоохранения Приморского края.

От имени участников и от себя лично хочу выразить особую благо-

дарность организаторам мероприятия – ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза Минздрава России», Департамент здравоохранения Приморского края, ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет», а также идейным вдохновителям сестринской фтизиатрической секции – Ассоциации медицинских сестер России и Международному совету сестер.

## К ВОПРОСУ О СОВМЕЩЕНИИ ПРОФЕССИЙ И ДОЛЖНОСТЕЙ

### КАКОВЫ ПРАВА СОВМЕСТИТЕЛЯ?

**Здравствуйтесь, подскажите, пожалуйста, права ли администрация учреждения? Я совмещаю 50% ставки медсестры-анестезиста. Мне присвоена 1 категория, но за совмещаемые 50% ставки категория не оплачивается. Почему?**

В соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации работник может выполнять наряду с работой, определенной трудовым договором, дополнительную работу по другой или такой же профессии (должности) за дополнительную оплату на условиях совместительства либо на условиях совмещения профессий (должностей).

**Совмещение профессий (должностей)** – выполнение в течение установленной продолжительности рабочего дня (смены) наряду с работой, определенной трудовым договором, дополнительной работы по другой или такой же профессии (должности) за дополнительную оплату.

В соответствии со ст. 151 Трудового кодекса РФ (далее – ТК РФ) при совмещении профессий (должностей) работнику производится доплата (в процентах к окладу по основной должности либо в твердой денежной сумме), размер которой устанавливается по соглашению сторон трудового договора с учетом содержания и (или) объема дополнительной работы.

**Совместительство** – выполнение работником другой регулярной оплачиваемой работы на условиях трудового договора в свободное от основной работы

время. Согласно ст. 60.1 ТК РФ совместительство бывает внутреннее (один работодатель по месту основной работы и по совместительству) и внешнее (у других работодателей, кроме основного места работы). Особенности регулирования труда лиц, работающих по совместительству, определяются гл. 44 ТК РФ.

Оплата труда лиц, работающих по совместительству, производится в соответствии со ст. 285 ТК РФ пропорционально отработанному времени, в зависимости от выработки либо на других условиях, определенных трудовым договором.

**Таким образом, необходимо отличать работу по совместительству от работы на условиях совмещения профессий (должностей).**

Как следует из Вашего обращения, Вы выполняете работу по должности медицинской сестры-анестезиста на условиях совмещения профессий, и Вам в соответствии со ст. 151 ТК РФ должны производиться доплата к окладу по основной работе.

Соответственно, персональная надбавка за наличие квалификационной категории по совмещаемой должности Вам не может быть установлена, так как Вы полу-

чаете заработную плату не по этой должности, а по основному месту работы.

Тем не менее, Вы вправе, учитывая, что в соответствии со ст. 151 ТК РФ размер доплаты устанавливается по соглашению сторон трудового договора с учетом содержания и (или) объема дополнительной работы (например, наличия у Вас первой квалификационной категории), обратиться к администрации учреждения об увеличении размера доплаты за совмещение профессий.

Вы также вправе заключить трудовой договор о работе в должности медицинской сестры-анестезиста на условиях внутреннего совместительства (в свободное от основной работы время). В этом случае Вам будет начисляться заработная плата по должности медицинской сестры-анестезиста в полном объеме пропорционально отработанному времени, включая все компенсационные, стимулирующие выплаты, в том числе персональные надбавки за наличие квалификационной категории.

Особенности работы по совместительству медицинских работников установлены постановлением Правительства Российской Федерации от 4 апреля 2003 года № 197.

**Юрисконсульт РАМС**



Каждый  
момент на счету  
Ваши 5 моментов  
гигиены рук

# Инновации в обучении медицинских работников

**Интернет-курс**  
по основным  
медицинским  
процедурам

**Интернет-сайт**  
Научного  
Центра Бодэ для  
специалистов

**Обучение на  
рабочем месте**  
«Программа  
Повышения  
Приверженности  
гигиене рук»

**Тренинги по  
обработке рук**  
с помощью  
УФ-системы  
самоконтроля

**Качественная  
продукция**



**Стериллиум**



**X-вайтс**



Наши средства для гигиены и дезинфекции производятся, опираясь на современные научные разработки и обладают высочайшим качеством, неизменно подтверждаемым в комплексных исследованиях.

**Исследования для защиты от инфекций. [www.bode-science-center.ru](http://www.bode-science-center.ru)**



# КАЧЕСТВО - ВЫШЕ ЦЕНЫ

## ПЕДИКУЛИЦИДНЫЕ СРЕДСТВА

Медилис-**СУПЕР**

24% ФЕНТИОН

Медилис-**ПЕРМИФЕН**

4% ПЕРМЕТРИН + 16% ФЕНТИОН

Медилис-**МАЛАТИОН**

40% МАЛАТИОН

Медилис-**Био**

ГВОЗДИЧНОЕ МАСЛО

Медилис-**И**

5% ПЕРМЕТРИНА



- ГОЛОВНОЙ ПЕДИКУЛЕЗ
- ПЛАТЯНОЙ ПЕДИКУЛЕЗ
- ЛОБКОВЫЙ ПЕДИКУЛЕЗ
- ДЕЗИНСЕКЦИЯ ПОМЕЩЕНИЯ  
ОТ ВШЕЙ И ЧЕСОТОЧНЫХ КЛЕЩЕЙ



Лаборатория  
**МЕДИЛИС**

☎ (495) 315-16-65

☎ (495) 315-17-10

☎ (495) 980-80-39

☎ (495) 980-80-38

✉ mail@medilis.ru

💬 skype: medilis

🌐 WEB www.medilis.ru