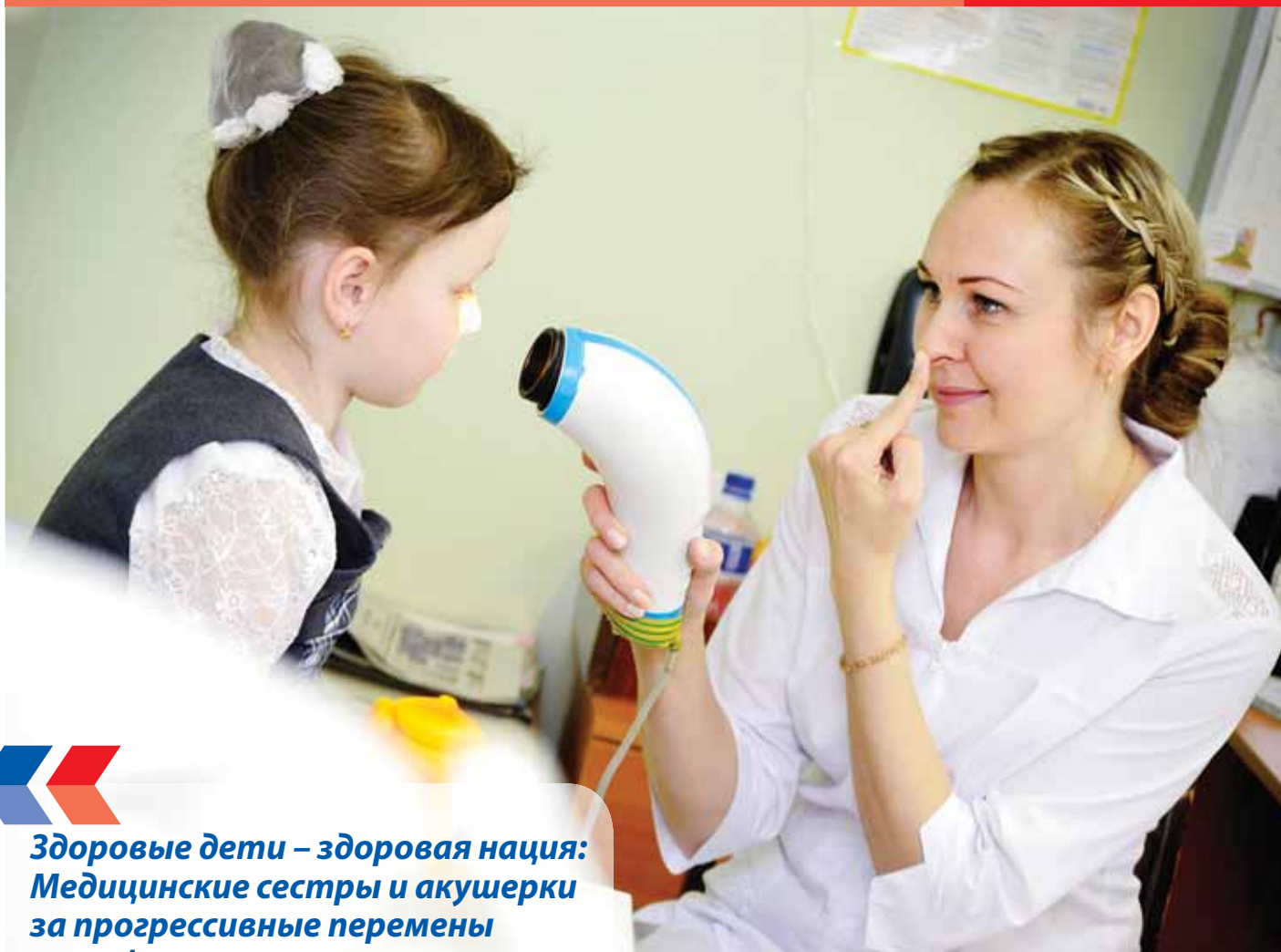


# ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 5/19 2014



**Здоровые дети – здоровая нация:  
Медицинские сестры и акушерки  
за прогрессивные перемены  
в профессии**



**стр. ?**

**В авангарде перемен:  
задачи развития сестрин-  
ской помощи в первичном  
секторе здравоохранения**



**стр. ?**

**При поддержке ВОЗ:  
расширение роли медицин-  
ской сестры и акушерки**



**стр. ?**

**Роль акушерки в реализации  
современных перинаталь-  
ных технологий**



ЛИЗОФОРМ

*Универсальная уборочная станция*

# Скандик

- Оптимальное решение для ЛПУ
- Разделение на «чистую» и «грязную» зоны
- Выбор разных систем очистки пола
- Хранение увлажненных мопов до 3-х суток
- Цветовая кодировка
- Возможность дополнительной комплектации





## В

Уважаемые коллеги, дорогие читатели Вестника!

Как замечательно, что со страниц журнала у нас есть возможность регулярно напрямую обращаться к вам – многочисленным членам Ассоциации к профессионалам своего дела, задействованным в самых разных областях медицины – первичном здравоохранении, на скорой помощи, в отделениях интенсивной терапии, в терапии и хирургической помощи, на ФАПе и в центре оказания высокотехнологичной помощи. Направляя деятельность Ассоциации медицинских сестер России и ее региональных отделений мы стараемся решить общие задачи, объединяющие все специалистов, и ответить на сугубо специализированные вопросы развития сестринской практики в тех или иных областях.

В подтверждение тому в течение осени мы провели целый каскад мероприятий для специалистов самого разного профиля. Так, более 400 акушеров, медицинских сестер неонатальных и педиатрических клиник собрались в Санкт-Петербурге на Всероссийской конференции, прошедшей с участием авторитетных российских и зарубежных специалистов. Вопросы гуманизации акушерской помощи, профилактики заболеваний, вакцинации и иммунизации, современных технологий оказания помощи самым маленьким пациентам, активное общение и обмен опытом, дружеская, открытая атмосфера способствовали решению главной задачи – приобретению специалистами новых знаний, росту профессионализма во благо защиты здоровья будущих поколений. По итогам конференции во многих регионах уже проведены региональные заседания, активизирована работа специализированных секций по этим направлениям сестринской практики.

Содержательной и исключительно актуальной стала Всероссийская конфе-

ренция специалистов первичного здравоохранения, блестяще организованная Омской профессиональной ассоциацией. Повышение качества и доступности медицинской помощи в первичном звене – одна из стратегических задач здравоохранения. На повестке дня остро стоят вопросы расширения роли сестринского персонала, формирования условий для самостоятельного приема пациентов, эффективной организации программ диспансеризации, скрининговых мероприятий, работы с различными категориями пациентов с хроническими заболеваниями.

Теплый и радушный прием ждал участников Всероссийской конференции медицинских сестер – анестезистов, собравшихся в Астрахани по приглашению Астраханской ассоциации специалистов сестринского дела. В рамках конференции, организованной буквально на одном дыхании, состоялся диалог специалистов по наиболее актуальным проблемам оказания анестезиологической помощи, работы с современным оборудованием и технологиями, защиты труда и обеспечения безопасности пациентов.

Высокую оценку получила и Всероссийская конференция по этике, состоявшаяся минувшей осенью в Иваново. Здесь специалисты поделились опытом работы этических комитетов и секций, рассказали об эффективном обучении этическим нормам и принципам как сегодняшних специалистов, так и будущих – студентов медицинских училищ и колледжей. В практику учебных циклов в качестве обязательной программы входит изучение Этического кодекса медицинской сестры России, публикаций Вестника РАМС, разбора конкретных клинических ситуаций.

В рамках международного сотрудничества Ассоциация продолжила работу с медицинскими сестрами онкологической службы. В Санкт-Петербурге мы провели семинар с привлечением преподавателей Университета Вашингтона и постарались предоставить в распоряжение наших специалистов самые современные методики поддержки не только онкобольных, но и тех, кто за ними уха-

живает. В область онкологии специалисты приходят по зову сердца, у многих с профессионально деятельностью связана личная, семейная история, каждому специалисту хочется быть успешным в своей работе, видеть позитивные плоды своего труда – выздоровление и продление качественной жизни своих пациентов. Современные медицинские технологии не всегда способны творить чудеса, но профессиональная сестринская помощь может оказать пациентам серьезную поддержку и обеспечить достойную жизнь даже с тяжелым заболеванием. Вслед за состоявшимся в Санкт-Петербурге семинаром аналогичные учебные мероприятия будут проведены его участниками на местах. Мы очень надеемся, что как минимум в 24 российских регионах, а именно столько ассоциаций направили на семинар своих специалистов, новым знаниям и новым сестринским вмешательствам путь будет открыт.

На страницах этого выпуска Вестника мы поделимся с Вами подробными репортажами не только с тех мероприятий, которые были организованы в России, но и с теми международными событиями, к которым причастна Ассоциация медицинских сестер России.

Дорогие коллеги! Сегодня не только у нас есть возможность регулярно обращаться к Вам со страниц журнала, но и у каждого из Вас есть такая возможность благодаря форуму, открытому на веб-сайте Ассоциации. Мы ждем Ваших откликов и пожеланий, мы надеемся на Ваше активное участие в профессиональной дискуссии, мы готовы претворять в жизнь Ваши предложения! Успех профессиональной Ассоциации зависит от каждого из Вас!

Позвольте в заключение поздравить Вас с наступающим Новым годом, пожелать новых профессиональных свершений, веры в свои силы и возможности, а также крепкого здоровья, счастья и благополучия! Пусть Новый год будет добрым и светлым для каждого из Вас!





**На обложке:** призер фотоконкурса РАМС «Своей профессией горжусь» Рункова Наталья Викторовна, старшая медицинская сестра хирургического отделения ОБУЗ «Курская областная детская больница №2»

## СОДЕРЖАНИЕ

### НОВОСТИ РЕГИОНОВ

- Фельдшер – это звучит гордо стр. 3
- Милосердие медицинских сестер не имеет границ стр. 5

### НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ

- Кто препятствует вашему росту – В Санкт-Петербурге состоялся заключительный семинар международного проекта «Лидерство в переговорах» стр. 6

### МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

- Профессиональное общение – путь к пониманию и партнерству стр. 35

### СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Научные исследования при организации терапевтического обучения беременных стр. 28

### ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА

- Современный подход к лечению акушерских кровотечений стр. 10
- Работа обучающих школ в рамках амбулаторного «Астма-центра» стр. 12
- Нам морозы не страшны. Здоровье маленьких детей в надежных руках стр. 28

### ГЕРОЙ НОМЕРА

- В капле крови – жизнь стр. 18
- И дирижер, и полководец! стр. 31

### ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

- Иностранный диплом. В каких случаях документ об образовании, выданный в другой стране, признается эквивалентным российскому стр. 39

Свидетельство о регистрации ПИ №ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 12.09.2014. Отпечатано в ООО «ИПК «Береста». 196084, Россия, Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28. Заказ №1397. Тираж 15 500. Цена договорная. За опубликованные рекламные материалы редакция ответственности не несет.

### СОТРУДНИЧЕСТВО С АВТОРАМИ

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

### ОФОРМЛЕНИЕ ПОДПИСКИ

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

### УЧРЕДИТЕЛИ И ИЗДАТЕЛИ

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

### РЕДАКЦИЯ

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

### АДРЕС РЕДАКЦИИ

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

### РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

- САРКИСОВА В.А.** – президент Ассоциации медицинских сестер 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 сестер Кузбасса»
- ЗОРИНА Т.А.** – президент Омской региональной общественной организации «Омская профессиональная сестринская ассоциация»
- КОСАРЕВА Н.Н.** – президент Самарской региональной общественной организации медицинских сестер
- 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.** – заместитель директора Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения МЗ РФ

# С КАЖДЫМ ГОДОМ СТАНОВИМСЯ СИЛЬНЕЕ

СРАЗУ НЕСКОЛЬКО РЕГИОНАЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ОТМЕТИЛИ В 2014 ГОДУ ЮБИЛЕИ

**П**одводя итоги уходящего года, хочется обратиться с самыми теплыми словами и пожеланиями к тем региональным организациям, для которых он стал юбилейным. Ассоциации специалистов сестринского дела Забайкальского края, Кемеровской области, Алтайского края, Ленинградской области успешно действуют уже в течение многих лет. Объединяя подавляющее большинство медицинских сестер в своих регионах, эти организации обладают и достойной поддержкой, и заметным общественным капиталом.

Медицинские сестры Забайкалья, отметившие в этом году 20-летний Юбилей общественной деятельности, играют ведущую роль в разработке алгоритмов выполнения сестринских манипуляций, в работе специализированных секций и неизменно делятся своим опытом на Всероссийских конференциях РАМС. Активная работа ведется абсолютно по всем направлениям практики, причем знания, генерируемые специалистами центральных городских клиник, становятся доступными и на периферии. Регулярные выездные мастер-классы и семинары – одно из приоритетных направлений работы Забайкальской ассоциации. Даже географическая удаленность края не становится преградой для истинных профессионалов – благодаря силе и сплоченности ассоциации делегации Читы – самые многочисленные на любых российских мероприятиях.



**Вишнякова Валентина Александровна**, президент профессиональной ассоциации медицинских специалистов Забайкальского края

Медицинские сестры Кемеровской области в 2014 году отметили 15-летие с момента создания ассоциации. Специалисты Кузбасса не единожды демонстрировали лидерство в реализации новых организационных форм работы сестринских служб, в эффективном внедрении предложений и идей, подхваченных в рамках международных проектов РАМС. Сегодня кемеровчане отвечают за работу нескольких специализированных секций РАМС, регулярно и с радушием принимают на своей земле делегации лидеров других региональных ассоциаций, руководителей колледжей, главных специалистов по сестринскому делу. С завидной частотой кемеровские медицинские сестры становятся призерами различных профессиональных конкурсов, и все это благодаря той слаженной работе, которую Кемеровская ассоциация ведет и с администрацией области, и с образовательными, и с лечебными учреждениями.



**Дружинина Тамара Васильевна**, президент Профессиональной ассоциации медицинских сестер Кузбасса

Вот уже 15 лет Ассоциации Алтайского края удается вести активную работу и добиваться решения сложных проблем, например, с аттестацией и сертификацией специалистов. В текущем году Ассоциации удалось достичь и важной политической победы – в крае была учреждена штатная должность главного специалиста по сестринскому делу. Под эгидой организации реализуются и проекты социальной поддержки, особенно востребованные в текущем году в

связи с катастрофическим наводнением, уничтожившим тысячи домохозяйств, в том числе принадлежащих далеко не самым состоятельным медицинским сестрам, акушеркам и фельдшерам. Ассоциация всегда на связи со своими членами и реагирует на любые возникающие вопросы, никогда не оставляя в беде.



**Плигина Лариса Алексеевна**, президент Профессиональной ассоциации средних медицинских работников Алтайского края

Общественная организация средних медицинских работников Ленинградской области 15 лет с момента создания двигалась в авангарде общественного движения российских специалистов. Одними из первых лидеры Ленинградской ассоциации смогли добиться участия медицинских сестер в работе аттестационных комиссий, в формировании планов развития областного здравоохранения. Сплощенная команда членов организации прошла отличную тренировку по оказанию поддержки РАМС при проведении всероссийских конференций. В этом году в организации произошла смена лидеров, стартовал новый и, мы убеждены, успешный виток в развитии общественной организации.



**Глазкова Татьяна Васильевна**, председатель Общественной организации средних медработников Ленинградской области

Ассоциация медицинских сестер России сердечно поздравляет лидеров и всех членов Ассоциаций-юбиляров, желает им дальнейшего роста, стабильной работы, успехов в реализации намеченных планов и выражает искреннюю благодарность за многолетнюю общественную деятельность и готовность делиться своим опытом с коллегами по всей России!



## МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ РОССИИ В АВАНГАРДЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

В калейдоскоп ярких значимых событий, проводимых в 2014 году Ассоциацией медицинских сестер России, с успехом вошло еще одно знаковое мероприятие – это Всероссийская научно-практическая конференция «Современные направления развития сестринского дела в оказании первичной медико-санитарной помощи населению», которая прошла в городе Омске 31 октября – 1 ноября 2014 года и объединила 395 специалистов сестринского персонала.

Омск встретил гостей не по осенне теплой погодой, а дефицит солнца заменяли улыбки медицинских сестёр, встречавших делегации из 18 регионов России (Алтайский край, Архангельская, Астраханская, Владимирская, Волгоградская, Кемеровская, Ленинградская область, г. Москва, Новосибирская область, республика Марий-Эл, республика Саха (Якутия), республика Калмыкия, Самарская, Смоленская, Томская, Тюменская, Ульяновская и Омская область).

Первый день конференции прошел в культурно-досуговом комплексе «Дворец молодежи», где во время регистрации участники имели возможность ознакомиться с новинками меди-

цинских компаний, позволяющими и облегчить труд медицинской сестры, и вывести оказание помощи на новый уровень.

По традиции конференция началась с гимна Ассоциации медицинских сестер России. В этот торжественный момент каждый ощутил гордость за свою профессию, ощутил свою причастность к великим задачам и делам национальной ассоциации. С приветственным словом выступили Л.Д. Маркварт, начальник управления кадровой работы и государственной службы Министерства здравоохранения Омской области, и В.А. Саркисова, президент Ассоциации медицинских сестер России. Они отметили важную роль сестринского персонала в оказании первичной медико-санитарной помощи, пожелали всем участникам конференции плодотворной работы и принятия правильных решений.

Изюминкой официальной части открытия конференции стала церемония, объединившая представителей всех прибывших регионов, где символом сестринской профессии, в основе которой гуманность и милосердие, уважение и любовь, опыт и тяга к знаниям,

стала лампадка со свечой. Так мы – медицинские сестры, словно робкое пламя свечи, можем согреть и спасти людей, а можем затихнуть в сквозняках повседневной жизни.... И только от нас с вами зависит, сохраним ли мы это пламя свечи в своих сердцах, добрых делах и блеске в глазах, ратуя за перемены, развитие и укрепление сестринской профессии!

На этой ноте мы приступили к основной работе. На пленарном заседании вниманию участников конференции было представлено 20 докладов по различным направлениям первичной медико-санитарной помощи населению: новые технологии, современные тенденции и перспективы развития сестринского дела, информационные технологии, обучение сестринского персонала, опыт регионов по организации оказания неотложной помощи, профилактика, роль медицинских сестер в снижении психоэмоциональных расстройств пациентов, современные средства ухода.

Хочется отметить, что все представленные материалы – это не только опыт и обобщенные положительные отзывы и характеристики, но это еще и ежедневный труд нескольких тысяч



специалистов на рабочих местах. Многие докладчики представили свои наработки с точки зрения доказательной практики, что наиболее ценно в свете развития исследований в сестринском деле. В своих выступлениях специалисты расставили акценты развития и совершенствования первичной медико-санитарной помощи населению в разных аспектах сестринской практики, где затронуты вопросы профилактики, просвещения пациентов, использования информационных технологий, а также повышения квалификации и рациональное использование сестринских кадров. Все это направлено, прежде всего, на повышение качества оказываемой медицинской помощи и сохранение здоровья населения России.

В завершение дня каждый присутствующий на конференции специалист, осозная тот огромный потенциал возможностей, а вместе с тем и предстоящие трудности, проголосовав, принял на себя обязательства по исполнению решения научно-практической конференции, где определены шестнадцать ключевых задач, решением которых и предстоит заниматься, возвращаясь на свои рабочие места.

1. Содействие повышению доступности и качества первичной медико-санитарной помощи населению посредством применения новых технологий, эффективной организации и полноценного использования имеющегося кадрового потенциала.
2. Совершенствование системы управления сестринской деятельностью за счет повышения эффективности и рационального использования кадровых и финансовых ресурсов в здравоохранении.
3. Осуществление профессиональной деятельности сестринского персонала в соответствии с методическими рекомендациями РАМС «Организация деятельности сестринского персонала первичной медико-санитарной помощи».
4. Создание условий для внедрения информационных технологий, электронного документооборота, электронной медицинской карты пациента в работу сестринского персонала.
5. Осуществление работы медицинского персонала регистратуры на современном уровне посредством применения программного продукта «электронная регистратура» и системы интернет.
6. Расширение полномочий сестринского и акушерского персонала по оказанию первичной медико-санитарной помощи

(опыт Самарской, Кемеровской областей и других регионов).

7. Оптимизация организации работы кабинетов доврачебной и неотложной помощи, мобильных медицинских бригад, участковой службы и других.
8. Продолжение внедрения инновационных технологий в профессиональную деятельность сестринского персонала на основе доказательной практики.
9. Активизация профилактической работы среди населения с использованием скрининга и инновационных методов обучения в школах здоровья, при проведении тематических акций, мотивации к формированию здорового образа жизни населения.
10. Расширение участия сестринского персонала в новых организационных формах внебольничной помощи: дневных стационарах, стационаров на дому, центрах амбулаторной хирургии, отделениях «хирургии одного дня», консультативно-диагностических службах и медико-социальной помощи и службах ухода на дому.
11. Осуществление расширения спектра сестринских услуг за счет рационального распределения участников оказания медицинской помощи и пересмотра норм времени и нормативов нагрузки.
12. Повышение уровня персональной профессиональной ответственности и компетентности специалистов сестринского дела.
13. Работа над внедрением и совершенствованием системы непрерывного профессионального образования, в том числе посредством формирования дополнительных образовательных программ, расширения возможностей дистанционного обучения, активации самостоятельной подготовки каждой медицинской сестры первичной медико-санитарной помощи.
14. Применение программ, направленных на повышение квалификации медицинских кадров и проведение оценки уровня их квалификации.
15. Обобщение практики внедрения системы дифференцированного подхода оплаты труда, и наличие показателей, которые будут выступать критериями оценки эффективности деятельности сестринского персонала первичной медико-санитарной помощи.
16. Поддержка создания в региональных ассоциациях специализированных секций «Сестринское дело в первичном здраво-







## НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ

охранении» с целью регулярного обмена опытом и активного вовлечения специалистов в решение обозначенных задач.

Конечно, перемены не приходят сами собой, и только действуя сообща, внося личный вклад, медицинские сестры становятся движущей силой перемен в отрасли, профессии, медицине. Понимание этой роли нашло отражение в выступлениях специалистов: открытый микрофон перешел в активную дискуссию, где каждый мог выразить мнение по поводу своих предстоящих действий. И все-таки мы едины в одном – мы не будем стоять на месте, а будем двигаться вперед, внедряя передовые технологии, объединяя и накапливая опыт медицинских сестер России. Прекрасным дополнением к воодушевленному настрою стала песня «Россия» в исполнении Ларисы Куприенко, медицинской сестры Клинической психиатрической больницы им. Н.Н. Солодниковой г. Омска.

Второй день конференции тоже был наполнен приятными сюрпризами и прошел в Центре повышения квалификации работников здравоохранения Омской области, где специалисты из регионов начали свою работу с приветствия директора центра Н.Ю. Крючковой.

Делегаты из регионов России имели возможность познакомиться с тренинг-центром ЦПК РЗ-аудиториями, оснащенными самыми современными средствами обучения сестринского персонала: наглядными (плакаты, настенные иллюстрации и др.), демонстрационными (муляжи, стенды и др.), электронными образовательными ресурсами. Кроме этого, преподаватели центра провели мастер-классы по проведению процедур сестринского ухода, оказанию ручного пособия в родах, использованию симуляционного тренинга для оценки уровня сформированности навыков ухода за стомами, обеспечению и поддержанию периферического венозного доступа, уходу за новорожденным ребенком, реальными возможностями объективной оценки профессионального уровня в неотложной помощи. Каждый мастер-класс представлял собой обучающий комплекс, который состоит из теоретической и практической части. Во время обучения преподаватель корректировал действия участников и давал советы по совершенствованию полученных навыков.

После мастер-классов все участники собрались за круглым столом «Непрерывное образование – необходимое условие профессионального развития специалистов», где обсудили особенности симуляционного обучения и поделились опытом в этом направ-

лении. В рамках круглого стола рассмотрена роль специализированной секции Ассоциации медицинских сестер России «Первичное здравоохранение» в развитии сестринского дела первичной медико-санитарной помощи населению.

Завершился второй день конференции интересным психологическим тренингом «Колесо фортуны» и дискуссией, на которой участники высказали свое восхищение тренинг-центром ЦПК РЗ и благодарность преподавателям, проводившим мастер-классы. У всех было радостное настроение и нежелание расставаться, и мы надеемся, что это настроение и идеи, полученные на конференции, будут переданы в регионы России для последующего внедрения и повышения качества первичной медико-санитарной помощи населению.

Вот такой разноплановой, актуальной и яркой на события стала Всероссийская научно-практическая конференция. Два рабочих дня пролетели незаметно, и скоро мы снова приступим к своей работе, в которой найдут отражение все те мероприятия, в которых мы приняли участие. Отличным подспорьем в этой работе станут и материалы прошедшей конференции, а также подготовленный омскими специалистами Сборник методических рекомендаций «Организация деятельности сестринского персонала первичной медико-социальной помощи».

Уважаемые коллеги, Ассоциация медицинских сестер России желает вам добрых перемен и новых открытий, и пусть стихи, которые в эти дни для Вас написала Е.В. Тимофеева, старшая медицинская сестра 1-го наркологического отделения Наркологического диспансера г. Омска станут стимулом и подарят вдохновение на дальнейшую плодотворную работу.

*Меня сейчас не отпускает мысль...  
Ассоциация не зря нас всех сплотила!  
Не зря мы здесь сегодня собрались,  
И как же ярко нам свеча светила...  
Её тепло, вобрав с любовью в сердце,  
Мы сможем очень многого достичь!  
Для каждого из нас открыта дверца,  
В профессии все лучшее постичь!  
И наши голоса – услышат люди,  
И сердца свет – дорогу озарит.  
В России медсестра успешной будет,  
И веру в исцеление вселит.  
Мы верим в вас, российские медсестры.  
Сегодня и всегда стремитесь ввысь!  
И пусть твердят: «Пороку все не просто»...  
Поверьте, мы не зря сегодня собрались!*



# ПОЛИКЛИНИКА БУДУЩЕГО

ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ  
ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ



■ **Пудовинникова Л.Ю.,**  
главная медицинская сестра, ГБУЗ СО  
«Самарская городская клиническая  
поликлиника № 15»



■ **Акимова М.П.,**  
медицинская сестра врача общей  
практики ГБУЗ СО «Самарская  
городская клиническая поликлиника  
№ 15»

*«Артериальная гипертония,  
атеросклероз, коронарная болезнь —  
эта триада уносит лучшие  
сердца человечества»,  
А.Л. Мясников*

Среди хронических заболеваний системы кровообращения, одно из первых мест занимает артериальная гипертония. Произошло «омоложение» сердечно-сосудистых заболеваний; высокая распространенность артериальной гипертонии (АГ) в трудоспособном и молодом возрасте ведет к снижению работоспособности и к таким грозным осложнениям, как инфаркт миокарда и инсульт.

Неблагоприятные тенденции заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний были обусловлены и недо выявлением более



80% больных АГ, а также низкой эффективностью лечения больных АГ и рядом других причин. Люди в России умирают на 8–15 лет раньше, чем в экономически развитых странах (Е.В. Ощепкова, 2007 г.).

В Самарской городской клинической поликлинике № 15 было предпринято исследование роли медицинской сестры в профилактике артериальной гипертонии, изучить эффективность проведения школ артериальной гипертонии.

Профилактическое направление в организации медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, является одним из главных разделов оказания медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе. В Самарской городской клинической поликлинике № 15, при активном участии медицинских сестер отделения врачей общей практики профилактическим направлением охватывается все прикрепленное население: от предотвращения возникновения заболевания до предупреждения обострения уже имеющихся хронических заболеваний.

В организации медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми

заболеваниями, в условиях поликлиники разработан и внедрен лечебно-диагностический процесс, который предусматривает несколько этапов. Многие задачи на каждом этапе практически невозможно решить без участия грамотных медицинских сестер и преемственности в работе врача общей практики и медицинской сестры.

**1 этап – раннее активное выявление пациентов с минимальными клиническими проявлениями АГ и факторами риска её развития.** Проводится медицинскими сестрами и включает:

- Обязательный скрининг уровня артериального давления;
- Анкетирование для выявления основных факторов риска;
- Анализ сведений из стационаров и скорой медицинской помощи по выявленным случаям АГ.

В категории больных, подлежащих обязательному скринингу, включаются пациенты, имеющие семейную наследственность по АГ, лица с высокими цифрами артериального давления; подростки, женщины фертильного возраста, беременные, рабочие с профессиональной вредностью и др.

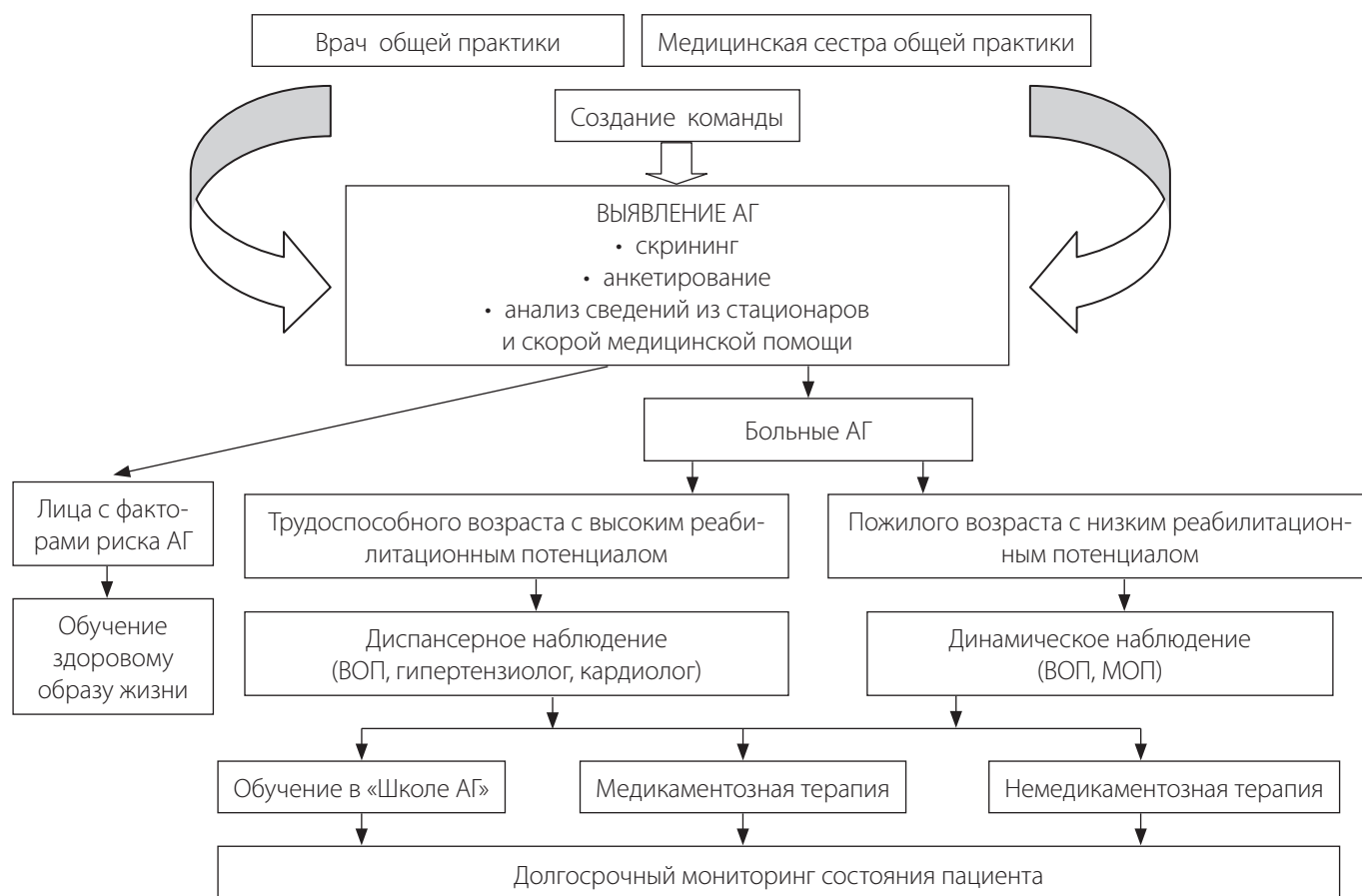


Схема 1. Система оказания медицинской помощи больным АГ в условиях поликлиники

**2 этап – лечебные мероприятия больным АГ с использованием стандартов оказания медицинской помощи, основанных на принципах доказательной медицины.** Разработка алгоритма взаимодействия врача общей практики (ВОП) – пациента – медицинской сестры общей практики (МОП).

**3 этап – обучение пациентов.**

**4 этап – диспансерное динамическое наблюдение.** При необходимости расширение объема диагностического поиска, использование стационарзамещающих технологий.

**5 этап – реабилитация пациентов с артериальной гипертензией и её осложнениями.** Решение медико-социальных экспертных вопросов.

**6 этап – постоянный мониторинг эффективности осуществляемых мероприятий.**

На схеме 1 представлена система оказания медицинской помощи больным АГ в условиях поликлиники.

Работа с больными предусматривала следующее:

Разработка образовательной программы для пациентов по профилактике и лечению АГ («Школа АГ»). Время от первой манифестации заболевания до обращения за медицинской помощью – "пациент-обусловленная" задержка, по данным анкетирования, в среднем составила 1,5 года. Пациенты или не обращались за медицинской помощью в поликлинику или нередко лечились самостоятельно, используя рекомендации

рекламы, знакомых и соседей, в ряде случаев – стационарно по поводу других заболеваний, которые могли быть причиной возникновения АГ.

Подготовка к изданию методических пособий для проведения «Школы АГ», методических и наглядных рекомендаций для пациентов.

Информированность пациентов о наличии заболеваний или факторов риска их развития.





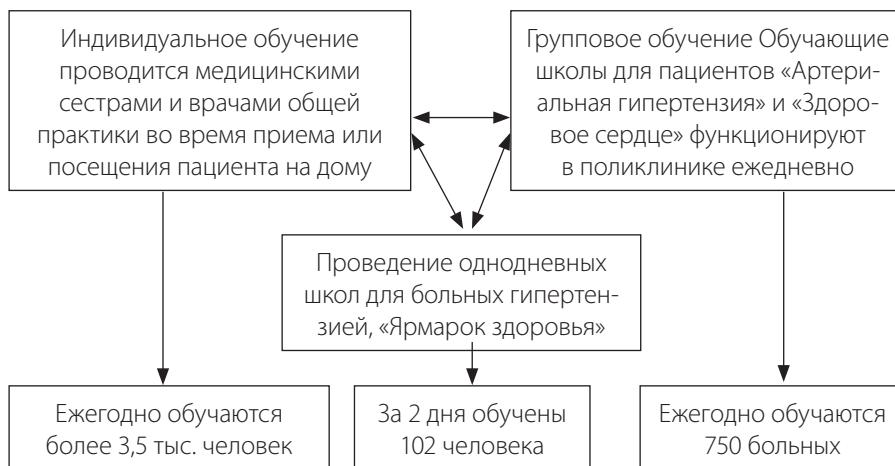


Схема 2. Виды «Школ АГ» в ГБУЗ СО СГКП № 15



Рис 1. Динамика госпитализаций пациентов с АГ

В СГКП № 15 информированность пациентов о роли факторов риска в развитии заболеваний сердечно-сосудистой системы, правилах поведения при их наличии помогают постоянно действующие образовательные школы, в том числе при АГ

На схеме 2 показаны виды «Школ АГ».

По данным проведенного тестирования пациентов, пришедших в школу АГ (120 респондентов), был выявлен дефицит знаний о своем состоянии:

- 30% пациентов не знали об осложнениях АГ;
- постоянно принимали гипотензивную терапию, назначенную лечащим врачом лишь 60% больных АГ;
- 40% принимали препараты, рекомендованные фармацевтическими работниками аптечных сетей;
- постоянный контроль артериального давления осуществляли только 25% больных;

- 85% пациентов ничего не знали о регулируемых факторах риска развития АГ;
- 51% страдали избыточной массой тела;
- 36% курили;
- 26% часто употребляли алкоголь.

В результате анализа обращений (вызовов) на станцию скорой медицинской помощи и неотложную помощь при поликлинике было установлено, что за период с 2011 по 2013 года уменьшилось количество госпитализированных из числа проученных в школе АГ (рис. 1).

Таким образом, обучающая программа в комплексном подходе к оказанию медицинской помощи больным с АГ доказала свою эффективность в снижении количества эпизодов потери контроля над течением заболевания, недопущении возникновения хронических осложнений и, следовательно, в повышении качества жизни пациентов.

Работая с больными артериальной гипертензией, медицинская сестра может выступать в роли советчика, консультанта в решении проблем пациента, а также активно выявлять факторы риска АГ и направлять пациентов в обучающие школы, проводимые в поликлинике. Для реализации данного раздела работы в полной мере медицинская сестра должна иметь четкие установки и внутренние убеждения, от которых зависит качество профилактических мероприятий, обладать четким логическим мышлением, умением убедить пациента, повести его за собой, объяснить и добиться личной ответственности пациента за развитие заболевания.

От организации работы в команде и реализации профессионального потенциала медицинской сестры зависит достижение клинического и эффективного результатов и качества оказания медицинской помощи больным с артериальной гипертензией на всех ее этапах.





# ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ – ЗДОРОВАЯ НАЦИЯ

ВСЕРОССИЙСКИЙ ФОРУМ РАМС  
СОБРАЛ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ  
БОЛЕЕ 400 ДЕЛЕГАТОВ

Со всех уголков России в Санкт-Петербург съехались акушерки, педиатрические и неонатальные медицинские сестры.

В нашей стране наблюдается значительный сдвиг в сторону гуманизации акушерской помощи, повышения ее качества и безопасности, открывая конференцию, отметила Валентина Антоновна Саркисова, президент РАМС. В стране начали выхаживать новорожденных весом от 500 граммов. Появились примеры передового сестринского опыта работы в педиатрии. Ассоциация всячески поддерживает прогрессивные перемены, зачастую являясь их инициатором, уделяет огромное внимание внедрению доказательной практики и распространению результатов научных исследований в сестринском деле. Правда пока что исследований педиатрического профиля не очень

много, организационно их проводить сложнее. Тем не менее, они имеются и были представлены на форуме.

Программа была продумана таким образом, чтобы объединить акушеров, неонатальных медсестер и педиатрических – все они вносят вклад в формирование здоровья нации, в сохранение здоровья маленьких россиян. Очень важно, чтобы эти специалисты

говорили на одном языке, чтобы работали на всех уровнях оказания помощи слаженно, обеспечивая преемственность и непрерывность медицинской помощи.

Содержательными оказались мастер-классы, особенно понравился проведенный шведской акушеркой Лиллебой Анкерс.

– Чтобы оказывать медицинскую помощь на высоком уровне, мы должны повышать свои профессиональные знания, развиваться, двигаться вперед, а не превращаться в техническую силу, в безликого помощника врача, – уверена В.Саркисова.

Ассоциация считает необходимым развитие профессии медицинской сестры и акушерки по пути расширения функций. Во всем мире медицинские сестры и акушерки полностью отвечают за целые направления медицинской помощи, ведут самостоя-

**Нина Егорова, старшая акушерка отделения патологии беременности Чувашского перинатального центра: «Побольше бы таких форумов. Прекрасно продумана программа. Очень полезные выступления. Все доклады сделаны на высоком уровне. Удивила и порадовала активность коллег – к «открытому микрофону» мог подойти каждый и высказать то, что волнует. Желающих оказалось много».**



тельный прием пациентов, назначают дополнительные обследования, направляют к специалистам... В России тоже появляются примеры такой работы.

Опыт самостоятельной сестринской работы поделилась старшая медицинская сестра педиатрического отделения Тольяттинской городской поликлиники N 3 Татьяна Шуруто, где произошло перераспределению обязанностей между врачами и медсестрами. В поликлинике организованы кабинеты детского доврачебного приема, который осуществляет медицинская сестра.

– Со стороны коллег и родителей маленьких пациентов к медицинским сестрам, ведущим самостоятельный прием, проявляется уважение и доверие, – сказала Т. Шуруто.

Аналогичный опыт работы акушерок имеется в г. Сургут – здесь в результате дефицита врачей акушеркам поручили наблюдение за женщинами, у которых беременность протекает без осложнений.

– У медицинских сестер России есть огромная потребность реализовать себя в качестве профессионалов высокого класса. Они начинают проводить исследования, открывают школы пациентов, создают информационные порталы для обучения и консультирования пациентов, – отметила В.Саркисова. – Но достаточно ли у российских медсестер и акушерок возможностей для реализации потенциала?

Ответ на этот вопрос дает сравнение ситуации в России и за рубежом. Страны западной Европы, Канада, США, Австралия пришли к необходимости расширения роли сестринского персонала и повышения уровня сестринского образования еще 40 лет назад! Уже тогда медицинская сестра в западной модели здравоохранения перестала служить дополнением к врачу и приобрела роль самостоятельного специалиста, действующего на равных с врачом. В итоге, дипломированная сестра или акушерка в западной модели здравоохранения – это профессионал с достаточно широким кругом полномочий и, чаще всего, с первой ступенью высшего образования (бакалавриатом). Такая медсестра приходит на работу в любое медицинское учреждение в качестве рядовой медсестры, не руково-

дителя, но роль этой рядовой сестры в оказании помощи пациенту исключительно высока.

Благодаря отличной подготовке акушерка самостоятельно ведет физиологически протекающую беременность, оценивает образ жизни и возможные риски. мотивирует к отказу от вредных

**Наталья Русанова, главная медицинская сестра Вологодской областной детской клинической больницы: «Для меня был полезным опыт кемеровчан по созданию симуляционных кабинетов. Заинтересована в этом в первую очередь потому, что на базе нашей больницы проходят обучение на сертификационных циклах педиатрические медсестры всей области».**

привычек, проводит обучение на этапе подготовки к родам. Другая акушерка, работающая в родильном отделении, имея качественную подготовку, самостоятельно ведет весь процесс родов. К сожалению, у нас примеры такой деятельности пока являются исключением.

Ассоциация за такое изменение роли выступает, а Министерство здравоохранения, по всей видимости, эти перемены поддерживает. По словам С. Двойникова, главного специалиста по управлению сестринской деятельностью Минздрава РФ, в настоящее время предпринимаются шаги по внедрению новой модели сестринской практики, как раз таки предусматривающей повышение доли самостоятельности. Новая модель будет проходить тестирование в рамках пилотных проектов в разных регионах России. Будут и изменения в штатном расписании ЛПУ, появится должность клинической медицинской сестры.

На фоне таких преобразований для Ассоциации важно, чтобы за новыми должностями стояли подготовленные специалисты. Ведь в зарубежном здравоохранении такие сестры и аку-



шерки – это как минимум бакалавры. У нас же и бакалавриат внедряется медленно, и с повышением квалификации не всегда все благополучно.

По словам специалиста по сестринскому делу из Кемерово Александры Боярской, работать медсестрой в педиатрии сегодня очень сложно, а в неонатологии еще сложнее. Большой проблемой является как раз уровень образования и специализированной подготовки кадров. В неонатологии проходит не менее трех лет, прежде чем молодого специалиста можно перевести из категории «новичков» в строй «профессионалов», а хотелось бы более ранней отдачи!

Еще очень важно адекватно оценить нормативы будущей «самостоятельной» нагрузки. Если у специалистов по-





прежнему будет по 5–10 минут на прием пациента, или одна акушерка будет бегать между пятью родильными залами, ничего хорошего не получится, – уверена президент РАМС. Для выполнения функций консультирования, обучения, мотивации и психологической поддержки пациенток потребуется время! Сейчас, когда идет столь важное обсуждение будущих ролей и полномочий персонала, следует с особой осторожностью подходить к вопросам о сокращении персонала. К сожалению, в некоторых регионах за него берутся уж слишком рьяно.

Другая принципиальная задача при реформировании практики – это избежать перегибов.

Расширение полномочий медсестры в стационаре сейчас вряд ли реально, – считает старшая акушерка отделения патологии беременности из Чувашии Нина Егорова, – потому что к нам поступают женщины с патологией, требующей лечения. А вот в женской консультации вполне приемлемо.

Навыки и знания медицинских работников следует употреблять с особой мудростью, – считает Лилиан Бондо, президент Датской ассоциации акушерок. – Нужно, чтобы врачи, обладающие специальными знаниями, занимались оказанием действительно специализированной, очень сложной медицинской помощи, не тратили свое время на нормальные физиологические процессы. А медицинские сестры и акушерки занимались сохранением здоровья населения, профилактикой заболеваний, несложными видами лечения, обучением пациентов, мотивацией. Очень важно, чтобы они были готовы выполнять эти функции и нести за это ответственность. Я вижу, что именно по такой дороге идут российские медицинские сестры и акушерки.

Члены Ассоциации медицинских сестер России в очередной раз подтвердили высокую миссию своей организации – повышение профессионализма и развитие сестринской практики. Участники покидали мероприятие с багажом новых знаний, проектов, идей, каждая из которых, будучи реализованной, обеспечит здоровье детей и всей нации.



Об особенностях организации акушерской помощи в Европе участникам конференции поведала Лиллиан Бондо, президент Датской ассоциации акушерок. В Дании каждая беременная женщина встает на учет на ранних сроках и в течение всей беременности наблюдается у акушерки.

Встреча с врачом общей практики происходит трижды за всю беременность – в момент ее установления, затем на 25 и на 32 неделях. Всю рутинную работу по наблюдению беременности осуществляет акушерка – контроль роста и развития плода, направления на необходимые анализы и исследования, направления к специалистам по необходимости – все это делает акушерка. параллельно акушерка проводит оценку социальных, культурных, медицинских рисков беременности, обязательно выясняет, в каких условиях проживает женщина, нет ли у нее вредных привычек. Если проблемы выявляются, акушерка уделяет повышенное внимание их решению, дает беременной дополнительные консультации.

На более поздних сроках беременности помимо оценки состояния плода и будущей матери, акушерка проводит занятия по подготовке к родам. К занятиям привлекаются и партнеры. Совместные роды в Дании, да и во всей Европе являются традицией. В родильных домах создаются максимально открытые условия для посещений, например, нет никаких ограничений для посещения рожениц более старшими детьми.

В Дании официально разрешены роды на дому. Если женщина делает выбор в пользу домашних родов, к ней на дом выезжает акушерка. Все это в рамках государственного финансирования, речь не идет о каких-то частных услугах. Акушерка имеет право самостоятельно оказывать помощь на дому, проводить местное обезболивание, сатурацию, вводить утеротоники. В настоящее время к домашним родам прибегают нечасто. По статистике лишь 1,4% родов проходят на дому.

Что же касается родов в медицинском учреждении, то здесь перед акушерками стоит ответственная задача – с момента прибытия роженицы ничем не взволновать ее и всеми своими действиями способствовать успешному и естественному процессу родоразрешения. Акушерка никогда не скажет роженице, что та выполняет что-то неправильно. Малейшее замечание, и у женщины может произойти выброс адреналина, который остановит выработку окситоцина и, следовательно, затормозит родовую деятельность.

Регулярно в родильных домах Дании проводятся опросы рожениц на предмет их удовлетворенности. По результатам акушерское сообщество старается внедрять перемены и улучшать свою практику.



Подробная информация о методической литературе  
Ассоциации и способах приобретения  
доступна на сайте РАМС  
**www.medsestre.ru**

В разделе: **Информационные ресурсы** **Литература**

Вы сможете узнать о том, какие издания есть в наличии,  
скачать бланк заявки на литературу,  
заполнить его и направить в адрес Ассоциации.

**Справки по телефону Ассоциации:**  
**8 (812) 315-00-26**

## Новости Вологодской ассоциации специалистов сестринского дела

**П**одведены итоги второго областного конкурса «Лучшая исследовательская работа» среди специалистов сестринского дела, организаторами которого выступили Вологодская региональная общественная организация «Ассоциация специалистов сестринского дела» и Координационный совет по сестринскому делу департамента здравоохранения области.

В конкурсе участвовали 16 работ. Это меньше, чем в прошлом году. Но при этом конкурсная комиссия отметила более высокий уровень их подготовки, нацеленность на получение практически значимых, применимых результатов.

В современной медицине проведение исследований должно стать неотъемлемой частью сестринской профессии – в этом заключается профессионализм и компетентность специалистов. Смысл сестринского исследования заключается в том, чтобы на основе полученных результатов улучшить сестринскую помощь населению. Областной конкурс исследовательских работ проводится с целью развития и

распространения опыта проведения исследований в сестринском деле.

Представленные на конкурс работы оценивались по таким критериям, как самостоятельность в проведении исследования, актуальность и научная новизна, значение результатов работы для практики, самостоятельность и оригинальность основных положений и выводов.

По итогам конкурса **первое место заняла Ольга Леонтьева, старшая медицинская сестра Вологодского областного наркологического диспансера № 2**, представившая работу на тему «Наркомания как социальная проблема на примере злоупотребления дезоморфином».

Второе место разделили Светлана Мисюра, старшая медицинская сестра Вологодской областной психиатрической больницы с исследовательской работой «Современные аспекты процесса адаптации при переходе на должность старшей медицинской сестры в медицинской организации на примере БУЗ Вологодской области «Вологодская областная психиатрическая больница» и Ольга Райлян, медицинская сестра хирургического отделения Вологодской областной детской больницы с исследовательской работой «Оптимизация сестринского ухода в условиях детского хирургического стационара».

Третье место досталось Елене Южик, операционной медицинской сестре Вологодской областной клинической больницы, подготовившей исследовательскую работу «Профессиональные деформации личности сестринского персонала».

Отметим, что проведение конкурса является серьезным посылом и стимулом для проведения сестринских исследований, возможности заявить о себе на областном уровне и повысить престиж профессии медицинской сестры.



# В ЛАБИРИНТЕ ЗНАНИЙ

КОНФЕРЕНЦИЮ, СЕКЦИЮ, МАСТЕР-КЛАСС И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КОНКУРС УДАЛОСЬ ПОСЕТИТЬ МЕДИЦИНСКИМ СЕСТРАМ ИНФЕКЦИОННЫХ КЛИНИК ЗАБАЙКАЛЬЯ ВСЕГО ЗА 2 ДНЯ



■ **Е.В. Жигарева,**

Член профессионального комитета  
«Сестринское дело в инфектологии»,  
Зам. главного врача по работе с  
сестринским персоналом ГУЗ «Краевая  
клиническая инфекционная больница»

Краевые научно-практические конференции по зачетно-накопительной системе для медицинских сестер инфекционных больниц, отделений и кабинетов и помощников госпитальных эпидемиологов проводятся ЗРОО «Профессиональные медицинские специалисты» с 2004 года, а с 2009 года после объединения 3х профессиональных комитетов по специальностям: «Сестринское дело при инфекциях», «Сестринское дело во фтизиатрии» и «Сестринское дело в дерматовенерологии» в единый профессиональный комитет «Сестринское дело в инфектологии» для медицинских сестер инфекционной, дерматовенерологической и фтизиатрической служб края.

22–23 октября 2014 года в актовом зале Читинского медицинского колледжа состоялась IV краевая научно-практическая конференция и профессиональный конкурс.

Всего в конференции приняли участие 150 делегатов из государственных учреждений здравоохранения Забайкальского края, а это практически треть работников по данным специальностям. Алгоритм конференции многим знаком – после обязательной пленарной части – заседания по секциям, а в дополнение к теоретической части и дискуссии – изучение навыков в ходе мастер-классов. Более того, со-

стоялся и профессиональный конкурс на звание «Лучшая медсестра 2014». Стоит ли говорить, что два рабочих дня пролетели в стремительной смене событий, в атмосфере всеобщей работы, обмена мнениями и опытом!

«Наша специальность основывается на оказании пациент-ориентированной помощи. Исключительно важно, чтобы в каждом учреждении специалисты были ориентированы на оказание персонифицированной помощи каждому пациенту в течение всего времени», – открывая конференцию, отметила президент Забайкальской ассоциации Валентина Вишнякова. Валентина Александровна рассказала и о роли общественной организации, и том, какие перемены и нововведения планируются в здравоохранении региона в 2015 году по линии краевой администрации, включая организацию аккредитации, введение эффективного контракта и изменение в номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала.

В связи с разнообразием специальностей делегатов конференции, темы докладов также были различны: участники рассмотрели актуальные вопросы фтизиатрии, инфектологии и дерматовенерологии. Все доклады специалистов, учитывая их социальную значимость, были злободневными, содержательными и интересными. Впервые для обмена опытом были приглашены специалисты наркологической службы и межведомственного взаимодействия в сфере профилактики УФСКН по Забайкальскому краю.

В озвученных сообщениях была масса новых и интересных знаний, которые каждому специалисту стоит взять на заметку. Многим удалось приобрести полезные навыки. Так, живой интерес вызвал мастер-класс комитета «Сестринское дело в терапии» по перемещению тяжелобольного в по-

стели с применением биомеханики и эргономики. Высокую оценку участницы дали мастер-классу, на котором с помощью фантомов и презентаций демонстрировались различные сестринские манипуляции. Отличный тренинг посетили дерматовенерологические медицинские сестры, занятие было посвящено культуре и этике общения медицинской сестры и пациента. Помощники госпитального эпидемиолога приняли участие в работе «круглого стола» по своей специальности. Тема круглого стола – посвящение в профессию вновь прибывших и молодых специалистов, а также наставничество. Здесь же прошел и мастер-класс на тему «Роль помощника врача эпидемиолога в организации рабочего места медицинской сестры инфекционного стационара».

Так как конференция проводилась в рамках зачетно-накопительной системы, делегатам было предложено принять участие в тестировании, дающим право на получение сертификата. Хочется отметить, что все 100% участ-

**Председатели профильных комитетов Забайкальской ассоциации доложили об участии во Всероссийских конференциях, состоявшихся минувшей осенью в Калининграде и Санкт-Петербурге. Традиционно читинские специалисты на таких конференциях выступают не только в роли участников, но и ключевых спикеров. Вся аудитория порадовалась успехам своей коллеги – Асламовой О.И., рассказавшей о поездке в Москву на торжественную церемонию награждения победителей Всероссийского конкурса «Лучший средний медицинский работник 2014» и вручении ей награды лауреата в номинации «Лучшая старшая медсестра».**





ников справились с поставленной задачей на «хорошо» и «отлично», и увезли с собой сертификаты, а все докладчики получили именной «Сертификат Лектора», дающий дополнительно 2 часа по зачетно-накопительной системе. В сравнении с предыдущими годами показатели успеваемости стали выше. Секрет прост – вот уже на протяжении 10 лет при поддержке Забайкальской ассоциации медицинские сестры сдают экзамен на профессиональную компетентность в своих ЛПУ.

Как мы уже отметили, учебными мероприятиями организаторы конференции не ограничились. Большая работа была проведена для того, чтобы выбрать лучшего специалиста сестринского дела в области инфектологии.

На краевой конкурс подали заявки 10 участниц из 6 ЛПУ края. Всем участницам конкурса было предложено отборочное тестирование (2 тур конкурса), где они ответили на 100 вопросов по специальности! Представьте себе уровень профессионализма – никого не удалось отсеять на этом этапе – настолько уверенными знаниями обладают специалисты! Все участницы прошли в следующий тур, где им предстояло выполнить немало профессиональных и творческих заданий, а членам профессионального жюри вынести объективное решение.

Каждое следующее задание оказывалось интересней предыдущего. Неудивительно, что конкурсное мероприятие привлекло не меньше зрителей, чем научно-практическая часть конференции. Делегаты активно «болели» за участниц, поддерживали их своими аплодисментами, а также про-

веряли собственные знания – ведь все задания демонстрировались на большом экране.

Конкурсантками впервые было выполнено домашнее задание и подготовлено «Портфолио», дающее представление об образовании, практической и общественной деятельности, наставничестве, профессиональных, морально-этических, личных качествах. Стихи, презентации и видеоролики – от шуточных до самых серьезных и проникновенных гордостью за **профессию медицинской сестры** – вот что предстояло оценить членам жюри в этом задании.

Следующий этап конкурса был сразу и на знания, и на сообразительность, и на скорость мышления – в блиц-турнире медицинские сестры ответили на 3 раздела вопросов по глоссарию медицинских терминов.

**«Своя игра»** – это очередная расширенная проверка знаний по 5 номинациям: инфекционная безопасность, неотложные состояния, профессиональная этика, фармацевтический порядок и подготовка к лабораторным методам исследования. Каждая участница сама выбирала вопрос и давала на него ответ, а зал лишь наблюдал за экраном и тем, что происходило в зале. Точь в точь, как в телевизионной версии «Своей игры» наши конкурсантки могли выбирать уровень сложности вопроса, и, правильно на него ответив, заработать от 100 до 500 баллов. Успех ждал самых уверенных и смелых, тех, кто выбирал самые сложные вопросы стоимостью в 500 баллов, что и позволило им значительно оторваться от своих соперниц.

Победителями стали Афолина Е.С., медсестра краевого кожно-венероло-

гического диспансера; Гайдене Л.В., медсестра Забайкальского краевого противотуберкулезного диспансера № 2 и Мирошкина Н.В., медсестра Краевого детского санатория для лечения туберкулеза.

Профессиональная ассоциация наградила всех участниц конкурса грамотами и памятными подарками; ценной наградой для финалистов стали дополнительные часы по зачетно-накопительной системе последипломного образования.

В завершение конференции были награждены и участники другого конкурса, также приуроченного к этому масштабному мероприятию – конкурса методических рекомендаций. Здесь победили Асламова О.И. из Краевого КВД, Бутова Н.Р., медицинская сестра Краевой клинической инфекционной больницы и Цыденова Б.Ц., представившая на конкурсе Забайкальский ТБ диспансер № 2.

Грамоты победителям конкурса за подписью Министра здравоохранения Забайкальского края, а также подарки от ЗРОО «Профессиональные медицинские специалисты» стали приятным завершающим аккордом мероприятия.

**Ассоциация искренне порадовалась активности районов края, их увлеченному участию в конференции и конкурсах вопреки сложным финансовым обстоятельствам. Отрадно, что руководители учреждений здравоохранения Забайкальского края понимают важность подобных мероприятий для сестринского персонала, что отмечают повышение уровня знаний и умений специалистов сестринского дела!**

# Опыт внедрения современных клининговых технологий в многопрофильной медицинской организации



**Воропаева Л.А.,**

д-р мед. наук, главный врач ГKB № 1,  
г. Чебоксар



**Аверин А.В.,**

зав. отделением медицинской профилактики, ГKB № 1, г. Чебоксары,  
главный внештатный специалист по  
управлению сестринской  
деятельностью Минздравсоцразвития  
Чувашии



**Швардакова О.А.,**

главная медицинская сестра ГKB № 1, г.  
Чебоксары

Городская клиническая больница № 1 г. Чебоксары – многопрофильная медицинская организация Чувашии, где сосредоточено высокотехнологичное оборудование и квалифицированные специалисты, что позволяет оказывать медицинскую помощь, отвечающую самым высоким современным требованиям. Прикрепленное население ГKB № 1 составляет 94012 человек.

В больнице работают 1007 специалистов со средним медицинским образованием, 68 медицинских сестер

имеют повышенный уровень подготовки (7,6%), 21 специалистов имеют высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело», квалификация «менеджер» (2,4%).

Одной из приоритетных задач учреждения является обеспечение безопасности пациента, в том числе, безопасности инфекционной. Важнейшим звеном в выполнении этой задачи является качественно организованная система уборки.

Проблемы уборки в медицинских организациях разнообразны, ее результаты часто не соответствуют требованиям, предъявляемым к обеспечению санитарного состояния на современном уровне. Своевременность, качество, экономичность, эстетика, безопасность – высокая планка в организации клининга оказывается недостижимой, если работа является низкооплачиваемой. Престижу профессии не способствует и пренебрежительное отношение медицинских сестер к платным санитаркам.

Следствием недостаточно мотивированной деятельности санитарок являются услуги ненадлежащего качества, не наблюдается стремления к развитию современных клининговых технологий.

У сотрудников, занимающихся уборкой, отсутствовали специальное образование, и они не были обучены современным стандартам уборки. В результате трудовые и материальные ресурсы использовались не эффективно.

Поэтому с целью оптимизации, логики и повышения качества уборки в 2014 году были предприняты кадровые и управленческие преобразования. Внедрение современных клининговых технологий в ГKB № 1 было осуществлено путем инсорсинга.

Инсорсинг (insourcing) – все ресурсы для проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий концентрируются внутри организации. Инсорсинг дает возможность эффективно и рационально использовать ресурсы, делегировать полномочия руко-

водителю процесса, увеличить заработную плату.

Созданию отделения предшествовала большая организационная работа: определение его целей и задач, разработка технологий уборки, принятие ряда локальных нормативных документов, подбор и подготовка персонала, закупка соответствующего оборудования и расходных материалов. Отделение сервисной уборки функционирует согласно разработанному положению об отделении.

Отделение сервисной уборки является структурным подразделением ГKB № 1. Его возглавляет старшая медицинская сестра, которая находится непосредственно в подчинении главной медицинской сестры. В отделении работают сестра-хозяйка и 62 уборщицы.

Санитарно-профилактический сектор Совета медицинских сестер принимает активное участие в теоретическом и практическом обучении сотрудников отделения современным клининговым технологиям. Данный сектор совместно с главной медицинской сестрой и госпитальным эпидемиологом осуществляют контроль за работой отделения, оказывает методическую помощь старшей медицинской сестре, предоставляет необходимую нормативную документацию и инструктивно-методический материал.

## Функции отделения сервисной уборки

1. Повышение удовлетворенности пациентов путем обеспечения комфорта и чистоты в отделениях ГKB № 1 за счет качественной уборки.

2. Проведение уборки на основании санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».



3. Обеспечение своевременного и полного проведения санитарно-гигиенических мероприятий в отделениях МО.

4. Обеспечение качественного выполнения следующих работ:

- уборка палат, кабинетов, коридоров, лестниц;
- удаление пыли с мебели, медицинского оборудования;
- подметание и мойка вручную или с помощью машин и приспособлений стен, полов, лестниц, окон и др.;
- сбор и транспортировка мусора и отходов в установленное место;
- расстановка урн для мусора, их очистка и дезинфицирование;
- чистка и дезинфицирование туалетов, гардеробных и иных мест общего пользования.

5. Внедрение в практическую деятельность сотрудников отделения сервисной уборки передовых форм и инновационных методов для облегчения труда.

6. Организация приема информации (заявок на уборку) от отделений и служб, своевременная оценка и принятие мер по уборке в МО.

7. Поддержание визуальной чистоты в течение всех суток.

8. Сбор и обобщение полученной информации, выявление свободных сотрудников и использование на дополнительных убираемых территориях.

### Порядок работы отделения сервисной уборки

Во всех отделениях ГКБ № 1 штаты сотрудников введены с учетом специфики работы по категориям помещений. Мероприятия по уборке включают в себя:

- влажную уборку с применением дезинфицирующих средств, которое проводится в отделении не менее 2-х раз в день;
- проветривание помещений не менее 4-х раз в день;
- строгое соблюдение противоэпидемического режима при проведении влажной и генеральной уборки;
- не менее 2-х раз в сутки чистка раковин, ванн, унитазов в закрепленных помещениях с применением специальных чистящих средств;

- систематически, по графику (не реже 1 раз в месяц) проведение генеральной уборки в помещениях отделения;

- проведение уборки процедурных и перевязочных кабинетов не менее 2-х раз в день;

- систематически, по графику (не реже 1 раза в неделю) участие в генеральной уборке процедурных и перевязочных кабинетов;

- проведение уборки чердачных помещений не реже 1 раза в месяц и подвальных помещений еженедельно (при необходимости чаще).

В отделении введены ставки дежурных сотрудников, которые работают в рабочие дни с 19.00 до 07.00 часов, в выходные и праздничные дни с 07.00 до 07.00 часов следующего дня.

Дежурная бригада вызывается отделениями по телефону и выполняет функции экстренной помощи по уборке в отделениях ГКБ № 1, а также проводит текущую уборку закрепленных территорий. Для контроля над чистотой в отделениях и организации рационального использования сотрудников введены кураторы (бригадиры) в количестве четырех человек, которые также участвуют в уборке. Бригадиры распределены по зонам, где обеспечены условия противоэпидемической защиты, установленные для помещений различного назначения.

Принцип современных клининговых технологий заключается в том, что для каждого помещения используется индивидуальный МОП, который хранится в специальном пластиковом контейнере с моющим раствором. После окончания работы использованные МОПы сдаются в стирку.

По данным литературы, первый раз метод использования предварительно подготовленных МОПов из микроволновки применен в 1999 г. в США (Медицинский центр Дэвиса). Внедрение данного метода позволило получить следующие результаты: экономия 60% за счет более продолжительного срока службы МОПов, экономия 95% за счет сокращения затрат на приобретение дезинфицирующих средств, 20% – сокращение средств на оплату труда.

Преимущества метода:

1. Исключает постоянный контакт с химическими средствами, а также необходимость наполнять и опорожнять

ведра, выполаскивать и отжимать МОПы и салфетки, что снижает вероятность профессиональных заболеваний и травм у персонала и увеличивает скорость работы.

2. Исключает передозировку химических веществ, что снижает вероятность опасных последствий для здоровья человека и окружающей среды.

3. Сводит к минимуму риск перекрестного загрязнения.

4. Напольные поверхности, обработанные предварительно подготовленными МОПами, не требуют времени на просушку, что также сокращает время работы. Отсутствие избыточной влаги исключает вероятность несчастных случаев, связанных с падением на скользких полах, а также ускоренный износ и порчу напольных покрытий.

5. Приводит к существенной экономии за счет сокращения потребления химических средств.

Основой всей системы служит комплексная уборочная тележка, выполненная из высококачественного пластика. Тележки оснащены специальными мешками для грязных МОПов, фиксаторами ручек и другими полезными приспособлениями.

### Перечень профессионального оборудования, необходимого для укомплектования отделения:

- уборочные станции;
- профессиональный уборочный инвентарь (МОПы, салфетки);
- комплект уборочного инвентаря для стен;
- комплект уборочного инвентаря для пола.
- профессиональная машина для стирки и дезинфекции салфеток и МОПов;
- сушильный аппарат;
- дезинфицирующие и моющие средства.

### Обязанности старшей медицинской сестры отделения сервисной уборки

Старшая медицинская сестра обязана:

- организовывать работу по проведению профессиональной уборки, определять ее объем, методику и средства в каждом конкретном структурном подразделении ГКБ № 1;

- контролировать приготовление, использование дезинфицирующих растворов, применение аппаратуры, инвентаря, качество выполненной профессиональной уборки, соблюдение персоналом отделения правил личной и общественной безопасности и правил охраны труда при выполнении работ;
- обеспечивать рабочие условия для младшего медицинского персонала и общий порядок в отделении;
- обеспечивать правильность расстановки кадров младшего медицинского персонала;
- планировать работу сотрудников отделения на основании санитарно-эпидемиологических правил и нормативов;
- обеспечивать систематическое пополнение отделения хозяйственным инвентарем, спецодеждой, предметами гигиены, моющими и дезинфицирующими средствами;
- обеспечивать сохранность имущества и медицинского инвентаря в отделении;
- составлять график работы, вести табель «Учета использования рабочего времени» сотрудников отделения;
- контролировать выполнение сотрудниками отделения приказов и распоряжений вышестоящих органов и должностных лиц;
- контролировать выполнение младшим медицинским персоналом правил внутреннего трудового распорядка;
- проводить практические занятия с младшим медицинским персоналом отделения;
- систематически повышать свою профессиональную квалификацию;
- вести необходимую учетно-отчетную документацию;
- участвовать в работе Совета медицинских сестер и научно-практических сестринских конференциях;
- контролировать правильный сбор, хранение и удаление отходов;

- знать и соблюдать «Этический кодекс медицинской сестры России (РАМС)».

## Функционал сестры-хозяйки отделения сервисной уборки

- своевременное составление графиков работы по закрепленным территориям;
- обеспечение своевременного и полного проведения санитарно-гигиенических мероприятий в служебных и подвальных помещениях;
- контроль выполнения всех видов уборок в помещениях;
- организация приема информации (заявок на уборку) от отделений и служб, выявление свободных сотрудников и распределение на дополнительные уборочные территории;
- своевременная оценка и принятие мер по уборке в МО;
- контроль правильного хранения инвентаря и его маркировки;
- составление заявок на ремонт инвентаря и контроль его проведения;
- помощь старшей медицинской сестре при получении и транспортировке дезинфицирующих средств, инструментов, оборудования в отделение;
- ведение учетно-отчетной документации;
- соблюдение требований этики и деонтологии и правил трудовой дисциплины.

## Функционал уборщицы отделения сервисной уборки

- проведение уборки служебных помещений, коридоров, лестниц, санузлов;
- своевременное оповещение сестры-хозяйки обо всех неисправностях, возникших в помещениях;
- соблюдение комфорта и чистоты в помещениях за счет качественной уборки;
- удаление пыли, мытье вручную или с помощью приспособлений стен, полов, оконных рам и стекол, мебели;
- очищение урн и их обработка дезинфицирующими растворами;

- чистка и дезинфекция унитазов, раковин и другого санитарно-технического оборудования;
- приготовление дезинфицирующих растворов, используемых для уборки помещений, дезинфекции согласно инструкции;
- получение и рациональное использование дезинфицирующих, моющих и чистящих средств;
- соблюдение правил хранения, маркировки, дезинфекции уборочного инвентаря в официально отведенных для хранения местах;
- своевременное и качественное выполнение отдельных поручений администрации, связанных с уборкой любых помещений;
- соблюдение требований этики и деонтологии и правил трудовой дисциплины.

## Выводы

Решению задачи по внедрению современных клининговых технологий помогают понимание актуальных требований к уборке в здравоохранении, применение новейших достижений индустрии клининга.

Для успешного внедрения современных клининговых технологий в МО необходим системный подход при обучении сотрудников, подбор качественных технологий и эффективных методов уборки, понимание требований к обеспечению санитарно-гигиенического режима, подготовка необходимой внутренней регламентирующей документации, тщательное соблюдение алгоритма уборки и контроль ее качества.

В результате внедрения современных клининговых технологий процесс уборки в ГКБ № 1 значительно упростился за счёт исключения из него дополнительного инвентаря. Профессиональная уборка обеспечила высокую гигиеничность, эргономичность и высокую экономичность процесса уборки (точный расход дезинфицирующих и моющих средств, долгий срок службы инвентаря и материалов, снижение времени на уборку).

Опыт внедрения современных клининговых технологий в ГКБ № 1 с полным основанием можно считать положительным.



# ВОЗВРАЩЕНИЕ К ЖИЗНИ



**Людмила Ковалёва,**  
медицинская сестра-анестезист,  
ГБУЗ ТО «Областная больница № 21»  
Тюменская область

провели обучение согласно новым рекомендациям, разработанным Европейским советом по реанимации, в которые был внесен ряд существенных изменений. В рамках акции было проведено 163 тренинга, обучением были охвачены 5180 человек.

Врачи анестезиологи-реаниматологи провели на манекене-тренажере мастер-классы по проведению реанимации. После этого участники акции самостоятельно отрабатывали алгоритм действий при внезапной остановке сердца с применением дыхательного мешка Амбу и автоматического наружного дефибриллятора.

В акции принимали участие практически все медицинские работники лечебных учреждений, как стационаров, так и амбулаторно-поликлинической службы: врачи, фельдшеры, акушерки, лаборанты, медицинские сестры.

Мнение участвующих в мероприятии было однозначным – подобные тренинги необходимы, и не только для медиков. Умение проводить сердечно-легочную реанимацию у каждого неравнодушного и ответственного человека должно быть отработано до автоматизма. Потому хотелось бы в дальнейшем организовать проведение обучающих мероприятий и для населения области. Ведь остановка сердца может возникнуть в любом месте и в любое время – и хорошо, если каждый человек, оказавшийся рядом, сможет до приезда скорой помощи правильно провести весь комплекс сердечно-легочной реанимации, ведь от времени её эффективность зависит от времени. Человек останется жить – и это самое главное. Потому мы все за «Возвращение к жизни».

Каждому человеку и в первую очередь медицинским работникам необходимо владеть навыками сердечно-легочной реанимации. В жизни бывают такие ситуации, когда счет идет на минуты. И если рядом окажется хорошо обученный и подготовленный медицинский работник, помощь будет эффективной. Важны в этом случае не только теоретические знания, но и умение применить их на практике. Именно поэтому 16 октября 2014 года во Всемирный день анестезии прошла акция европейского масштаба под девизом «Возвращение к жизни». Даже члены Европарламента в этот день были обучены проведению сердечно-легочной реанимации и использованию автоматического наружного дефибриллятора.

Не остались в стороне и медицинские работники Тюменской области. Организатором этого мероприятия второй год подряд стала секция по анестезиологии и реанимации Тюменской региональной общественной организации «Тюменская областная профессиональная сестринская ассоциация». В 72 лечебно-профилактических учреждениях области в день акции





## Расширение роли медицинской сестры и акушерки

ДИСКУССИЯ В РАМКАХ 64 СЕССИИ РЕГИОНАЛЬНОГО КОМИТЕТА ВОЗ ВЫЗВАЛА ШИРОКИЙ ИНТЕРЕС РУКОВОДИТЕЛЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

17 сентября в самый разгар 64 сессии Регионального комитета Европейского офиса ВОЗ – встречи руководителей здравоохранения на самом высшем уровне – состоялся технический брифинг, посвященный развитию систем здравоохранения и достижению целей Европейской стратегии «Здоровье 2020» посредством укрепления сестринского и акушерского дела. В рамках брифинга был представлен соответствующий документ, разработанный экспертами ВОЗ и прошедший предварительное обсуждение в национальных ассоциациях при поддержке Европейского форума сестринских и акушерских ассоциаций – организации, которую уже год возглавляет Валентина Саркисова, президент РАМС.

Нельзя не отметить той большой поддержки, которая была оказана в организации брифинга со стороны Европейского офиса ВОЗ. Заседание было подготовлено под руководством д-ра Ганса Клюге, директора департамента систем здравоохранения и д-ра Галины Перфильевой, руководителя программы кадровые ресурсы здравоохранения. Более того, задачи развития и

укрепления сестринского дела были названы в числе приоритетных региональным директором Европейского ВОЗ, доктором Жужанной Якоб. Открывая 64 сессию Регионального комитета г-жа Якоб в своем главном послании обратила внимание участников на то, что ранее, в феврале 2014 года, был подписан Меморандум о сотрудничестве между ВОЗ и Европейским форумом национальных ассоциаций, и далее велась работа по созданию важнейших документов, которые будут представлены в ходе сессии. Забегая вперед, отметим, что по окончании технического брифинга по сестринскому и акушерскому делу г-жа Якоб познакомилась с его итогами, выразила поддержку и уверенность

«Почему сегодня медсестрам и акушеркам нужна поддержка для реализации расширенной роли, какая именно нужна поддержка», – поинтересовался делегат Минздрава России, Цешковский Марк Станиславович, ЦНИИОИЗ

ность в успехе предпринимаемых усилий.

В ходе брифинга в поддержку разработанных документов и, главное, в поддержку решений стран европейского региона ВОЗ по укреплению сестринской и акушерской практики выступили руководители сестринских служб Финляндии, Англии, Израиля, а также президент Международного со-





вета медсестер и эксперт Европейской комиссии.

Объединяющим лейтмотивом всех выступлений стали сегодняшние вызовы в системах здравоохранения, связанные как с демографическими изменениями и повышением потребностей населения в медицинской помощи, так и с финансовыми ограничениями, не позволяющими системам здравоохранения функционировать столь же успешно исходя из принципов организации помощи прошлых десятилетий.

В здравоохранении будущего медицинским сестрам и акушеркам предстоит играть возрастающую роль. Профессионалам, имеющим медицинское образование, необходимо предоставлять поддержку в реализации своих знаний и навыков. То, что медицинская сестра не может выступать в роли статиста, должна получить более широкие полномочия, доступ к разным уровням образования, развитию науки, исследований, влиять на управление в здравоохранении в штаб-квартире ВОЗ обсуждали руководители и эксперты национальных министерств здравоохранения.

Эксперты из Финляндии, Англии, Израиля кратко представили опыт своих стран, рассказали о тех достижениях практического здравоохранения, которые получены благодаря расширению роли медицинской сестры. В общих чертах речь идет о самостоятельном приеме пациентов, ведении пациентов с определенными хроническими заболеваниями, ведении физиологически протекающей беременности и родов, программах скрининга, реализуемых силами медсестер и акушерок. Нагляд-

ной поддержкой целесообразности передачи полномочий в решении этих задач сестринскому и акушерскому персоналу стал еще один документ, представленный на брифинге – «Компендиум передовой практики медицинских сестер и акушерок» – своеобразный сборник примеров того, как благотворно сказывается на доступности и качестве медицинской помощи передача полномочий по ее оказанию в различных сегментах здравоохранения сестрам и акушеркам.

В сборник вошли 55 примеров из 18 европейских стран, в том числе и 3 российских примера, с которыми мы уже знакомили читателей Вестника в ранее опубликованных статьях! Речь

ших ампутацию нижних конечностей медицинскими сестрами хирургического отделения Омской клинической больницы. Сегодня Ассоциация медицинских сестер России активно пропагандирует эти примеры и ведет сбор новых примеров самостоятельной или расширенной практики сестринского и акушерского персонала в поддержку позитивных перемен в российском здравоохранении.

С опорой на российские и зарубежные примеры расширенной практики председатель Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций, президент РАМС, В.А. Саркисова призвала собравшихся внимательно изучить документы и подготовить национальные министерства к принципиальным решениям. *«У нас есть пациенты, которым медицинская помощь нужна уже сегодня, у нас есть медицинские сестры и акушерки, и тем, и другим эти решения одинаково важны. Пациенты должны получать помощь без промедления, а медицинские сестры и акушерки должны получить возможность реализовать свои знания и навыки, и пере-*

*стать быть техническими помощниками врачей»*, отметила в своем выступлении от лица Европейского форума Валентина Саркисова.

Примеры расширенной сестринской практики, представленные 18 странами, весьма показательны. В течение предстоящего года руководителям сестринских служб национальных министерств здравоохранения предстоит познакомиться с этими примерами, оценить практику в собственной стране и вынести

рекомендации в адрес министров здравоохранения относительно признания и поддержки стратегических документов и рекомендаций ВОЗ. Если все сложится успешно, то уже по прошествии года, в сентябре 2015 года у медицинских сестер и акушерок Европы появится мощная политическая поддержка!

**«Без политической поддержки этот вопрос не решить. Медсестры годами выполняли ограниченные функции, сложились традиции, которые не изменить в одночасье. Медицинским сестрам обязательно нужен доступ к высшему образованию, нужна уверенность в общении с пациентом, нужны более качественные знания не только медицинских, но и гуманитарных наук», Шошу Рибба, главный специалист по сестринскому и акушерскому делу МЗ Израиля.**



идет о расширении роли медсестер первичного звена в Самаре (Поликлиника № 15), расширении роли сестринского персонала Тольяттинского противотуберкулезного диспансера в связи с реорганизацией лечения больных сочетанной инфекцией ТБ + ВИЧ, а также внедрении функции ранней реабилитации больных, перенес-



# ЛИХОРАДКА ЭБОЛА

ПРИНЦИПЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГОТОВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ К РАБОТЕ В УСЛОВИЯХ ИНФЕКЦИОННОЙ УГРОЗЫ



■ Рудейко И.В.,  
г. Санкт-Петербург

*«Не дай Вам Бог жить в эпоху перемен!»  
Конфуций*

*«Кто хочет сдвинуть мир, пусть сдвинет себя!»  
Сократ*

Мы живем в вечно изменяющемся мире. Наша стабильность призрачна, здоровье условно. Наша жизнь – внешность, комфорт, стабильность, возраст и т. д., меняется постепенно. И мы благодушно живем, не задумываясь о будущем, потому, что внезапность пугает.

Внезапно возникли проблемы в Украине, подешевела нефть, «упал» рубль. «Внезапно» появилась Эбола. Каким образом это слово стало синонимом беды? Почему инфекционной заболевание, которое и в Африке-то встречалось крайне редко, и очаги затухали, не успевая вырваться за пределы общины, вдруг стало пугалом для всех континентов?

Сначала немного о самом заболевании.

Геморрагические лихорадки – это острые вирусные заболевания, которые сопровождаются жаром (за это их называют лихорадками) и кровотечениями на коже, слизистых оболочках и внутренних органах (за это их называют геморрагическими).

Кровотечения и приводят к смерти. Таких болезней около 16, и далеко не всегда нужно ехать за ними в Африку. В России есть «своя» геморрагическая лихорадка – Крым-Конго – ее переносят клещи, и вспышки на Юге России, а также в некоторых странах Европы и Африки, случаются каждый год. От Крым-Конго есть вакцина, и это заболевание не считается смертельным, хотя и сильно истощает человека.

С лихорадкой Эбола сложнее. Она относится к особо опасным инфекциям (ООИ) – но это не означает, что она смертельна во всех случаях. Болезнь, вызванная вирусом Эбола – зоонозная природно-очаговая контагиозная вирусная инфекционная болезнь. Острое заболевание, протекающее с выраженным геморрагическим синдромом, обычно в тяжелой форме, часто заканчивающееся летально.

Впервые вспышки болезни, вызванной вирусом Эбола, наблюдались в Судане (заболело 284 человека, летальность 53%) и Демократической республике Конго (Заире) в 1976 году (заболело 318, летальность 88%). По данным из различных источников, смертность при этом заболевании достигает 95%.

По результатам сероэпидемиологического обследования населения и животных антитела к вирусу Эбола обна-

ружены в Либерии, Камеруне, Габоне, Гвинее, Зимбабве, Кении, ЮАР, Кот-д'Ивуаре, Уганде, Сьерра-Леоне, Сенегале, ЦАР, Чаде, ДРК, Мадагаскаре и Филиппинах. В 1989 г. в США от обезьян циномолгус (*Macaca fascicularis*) выделен вирус Эболаштамм Reston. Инфицированы четыре лабораторных служителя, у которых обнаружены антитела; заболевание протекало без клинических проявлений. Вспышки болезни, вызванной штаммом Reston, зарегистрированы в 1989–1996 гг. среди обезьян, привезенных в США и Италию с Филиппин.

В России было зарегистрировано 2 случая смерти от лихорадки Эбола:

В 1996 году умерла лаборантка вирусологического центра НИИ микробиологии МО РФ в Сергиевом Посаде, которая заразилась вирусом Эбола, уколов себе палец, когда делала инъекции кроликам.

19 мая 2004 года от лихорадки Эбола умерла Антонина Преснякова, 46-летняя старшая лаборантка отдела особо опасных вирусных инфекций НИИ молекулярной биологии (Новосибирская область). 5 мая 2004 года, сделав инъекцию подопытным морским свинкам, зараженным вирусом Эбола, лаборантка стала надевать колпачок на иглу шприца – в этот момент её рука дрогнула, игла проткнула две пары резиновых перчаток, которые были на руках Пресняковой, и проколола кожу на левой ладони.

Вспышка в октябре 2014 года насчитывает уже более 10000 заболевших не

только в странах Африки, и около 5000 умерших.

**Основные эпидемиологические признаки:**

**Инкубационный период** – 21 сутки (чаще от 4 до 16 суток).

**Источник инфекции** – летучие мыши, шимпанзе, обезьяны, циномогус, больной человек.

**Условия заражения**

- пребывание в странах Западной и Центральной Африки;
- уход за больным (или контакт) геморрагической лихорадкой или заболеванием с неясной этиологией, в т.ч. протекавшим с геморрагическим синдромом и прибывшим из районов Западной или Центральной Африки;
- участие в ритуале похорон умершего от геморрагической лихорадки;
- лабораторное заражение;
- контакт с шимпанзе, обезьянами, циномогусом или их органами.

Почему же в благополучной Европе заразились несколько человек из медицинского персонала, ухаживающего за пациентом с Эболой?

Почему США на границе измеряют температуру у приезжающих из Африки? И что ждет Россию?

Мы привыкли к благополучию и почили в бездействии. В Европе, в США, в России давно не было эпидемий, которые в древние века выкашивали целые города и опустошали континенты.

Постепенно исчезла настороженность в отношении особо опасных инфекций, инфицирования пациентов и медицинского персонала в условиях ЛПО. Мы стали плохо мыть руки и безответственно относиться к обеззараживанию медицинских отходов.

Оставим другие страны и вернемся к России.

Организация профилактических мероприятий в учреждениях, оказывающих медицинскую помощь, началась задолго от современных событий. Работа

медицинского учреждения невозможна без заградительных мер в отношении возбудителей инфекционных заболеваний. Всем медицинским сестрам, а, иногда, и врачам, известны приказы № 720, № 408, № 288, № 254, ОСТ

42–21–2–85, СанПиНы, Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и прочие документы, обеспечивающие инфекционную безопасность в ЛПО.

Организация санитарно-эпидемиологического режима – обязательная часть работы лечебного учреждения. Это комплекс мероприятий, направленный на предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний.

Если безграмотно организовать и поддерживать эти мероприятия, может возникнуть эпидемия. Как любая катастрофа, эпидемия имеет свои признаки:

- Внезапность
- Неотвратимость
- Неконтролируемость процесса
- Масштабность потерь: человеческих, материальных, временных
- Пролонгированный эффект
- Отдаленные последствия

Что ЛПО может противопоставить возникновению и развитию эпидемии:

**Внезапность–Готовность:** информирование и обучение персонала от руководства до санитарки основам профилактики. Способность применить знания на практике.

**Неотвратимость–Установка** преград на пути инфекции: организация и поддержание санитарно-эпидемиологического режима.

**Неконтролируемость процесса – Взятие процесса проникновения и распространения инфекции под контроль:** надзор и контроль за поступающими пациентами, навещающими родственниками, своевременные карантинно-охранные мероприятия: изоляция, заключительная дезинфекция и т.д. Санитарная охрана территорий.

**Пролонгированный эффект – Снижение пролонгированного эффекта:** обеспеченность средствами индивидуальной защиты, дезинфекции, очистки, стерилизации. Умение своевременно и грамотно их применять. Принятие ответственности за свои решения. Своевременная вакцинация. Грамотное применение лекарственных средств, в том числе антибиотиков.

Иногда возникает ощущение – если нас как следует не напугать, мы мало что будем делать. Из этой же области: «Пока гром не грянет – мужик не перекрестится». В организации действий знания первичны. Но они бесполезны без применения на практике с абсо-



**Из всех возможных способов проверки готовности учреждений наиболее действенным и эффективным являются тренировочные занятия, если они проведены в условиях, максимально приближенных к реальным**







лутной точностью и в соответствии с документами и алгоритмами, выработанными на их основе.

### Как медицинский персонал ЛПО должен подготовиться к возможному заносу ООИ?

Под готовностью подразумевается способность к оперативному проведению комплекса противоэпидемических мероприятий в очагах.

Организационные мероприятия включают составление оперативных планов противоэпидемических мероприятий, обеспечение лечебно-профилактических учреждений со стороны Управлений (отделов) Роспотребнадзора или противочумных учреждений сведениями о заболеваемости ООИ в мире, странах СНГ и России, теоретическую и практическую подготовку медицинского персонала.

Готовность лечебно-профилактических учреждений, фельдшерско-акушерских (фельдшерских) пунктов, здравпунктов, СКП, СКО к проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий определяется возможно-

значение имеет умение оперативно осуществить первичные действия со стороны медицинских работников в местах выявления подозрительного больного.

Показателем готовности госпитальной и лабораторной базы является фактическая способность к оперативному развертыванию специальных стационаров, изоляторов, бактериологических лабораторий, а также обеспеченность их оборудованием, защитной одеждой, диагностическими средствами, дезинфекционными препаратами.

Из всех возможных способов проверки готовности учреждений наиболее действенным и эффективным являются тренировочные занятия, если они проведены в условиях, максимально приближенных к реальным.

Наиболее целесообразно оценивать готовность учреждений, используя балльную шкалу, где каждому критерию соответствует определенное количество баллов (в диапазоне от 0 до максимального значения для данного критерия), которые выводятся эк-

спертным путем. Сумма баллов, превышающая 75 из 100, указывает на удовлетворительную готовность учреждения.

При профилактике заносов ООИ и борьбе с инфекционными заболеваниями в условиях ЛПО должны быть также применены все мероприятия, изложенные в основах санитарного законодательства РФ: обработка рук и кожных покровов, использование спецодежды, дезинфекция, очистка, стерилизация средств медицинского назначения, обеззараживание и обезвреживание медицинских отходов.

### ЛИТЕРАТУРА:

1. «Профилактика холеры. Организационные мероприятия. Оценка противоэпидемической готовности медицинских учреждений к проведению мероприятий на случай возникновения очага холеры. Методические указания МУ 3.1.1.2232-07» (утв. Роспотребнадзором 06.08.2007).
2. Методические указания МУ 3.4.2552-09 «Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 17 сентября 2009 г.).
3. Цитаты из выступления заведующего кафедрой инфекционных болезней Института повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства России, доктора медицинских наук, профессора, заслуженного врача России Владимир Никифоров пресс-конференции в МИА «Россия сегодня», август 2014.

### Оценка состояния готовности других лечебно-профилактических учреждений (поликлиники, станции и пункты скорой медицинской помощи)

| N п/п | Критерии оценки                                                                                                                               | Баллы |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1     | Наличие и реальность оперативного плана, наличие схемы оповещения, функциональных обязанностей медработников, обеспеченность памятками по ООИ | 40    |
| 2     | Число медицинских работников, прошедших теоретическую подготовку по ООИ, с учетом процента охвата                                             | 10    |
| 3     | Число работников, участвовавших в практических тренировочных занятиях по ООИ, с учетом процента охвата                                        | 10    |
| 4     | Знание медработниками основ клиники, диагностики ООИ                                                                                          | 5     |
| 5     | Наличие у медработников практических навыков в пользовании защитной одеждой, укладками для забора материала, дезинфицирующими средствами      | 10    |
| 6     | Количество и укомплектованность упаковок защитной одежды                                                                                      | 10    |
| 7     | Наличие дезинфицирующих средств, емкостей для их приготовления                                                                                | 5     |
| 8     | Наличие, количество и укомплектованность упаковок для забора материала, средств личной профилактики                                           | 10    |
| Итого |                                                                                                                                               | 100   |

# БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В ПРАГЕ СОСТОЯЛСЯ 15 ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО СТЕРИЛИЗАЦИИ

15–18 октября красавица Прага гостеприимно принимала делегатов Всемирного конгресса по стерилизации.

Расти Мадьяр, председатель конгресса, открывая мероприятие, подчеркнул, что конгресс по стерилизации проводится ежегодно и является одним из основных и очень престижных профессиональных событий для специалистов, работающих в области обеззараживания и стерилизации, а также в борьбе с инфекцией и иных, связанных с ней областях. Впервые в истории WFHSS – Всемирного форума по стерилизации, членом которого является и Ассоциация медицинских сестер России, конгресс состоялся на территории Центральной и Восточной Европы. Это связано с бурным ростом и развитием рынка и совершенствованием процессов стерилизации.

Около тысячи представителей из 63 стран приехали поделиться своим опытом с коллегами и узнать новости мира стерилизации и дезинфекции. Программа конгресса была разнообразна, носила информационный характер – коллеги делились опытом и практическими достижениями в организации работы ЦСО как самостоятельного отделения медицинских организаций.

Вопросы организации процессов дезинфекции, стерилизации и валидации невозможно решать без хорошо обученного, грамотного персонала, без создания благоприятных условий на рабочих местах и современного технического обеспечения всех процессов – на эти моменты, как на играющие основную роль, обращали пристальное внимание многие выступающие.

Специалисты из ОАЭ подчеркивали, что прежде чем требовать от работника качества работы, необходимо его обучить, проводить регулярные семинары, тренинги. Отчетность в работе персонала также является не формальностью, а подтверждением качества

выполняемой работы. Ошибки, недочеты в работе должны совместно разбираться, а не выноситься на порицание. Все это создает рабочую, но в то же время спокойную атмосферу. Создается «курс справедливости» – разбор ошибок в условиях обеспечения безопасности рабочих мест. Командная работа – важный аспект в работе отделений ЦСО. Каждый сотрудник ЦСО несет на себе определенную функцию, но все вместе они должны работать как слаженный механизм – четко и без сбоев.

Во многих странах проводятся исследования затрат времени на процесс стерилизации; ставится задача сокращения таких затрат, усовершенствования процесса сбора и сортировки инструментов за счет роботизации рабочих мест. Разбираются вопросы использования и хранения инструментария, его востребованности. В качестве инновационных для сферы стерилизации на конгрессе рассматривались такие вопросы, как:

- создание центров стерилизации в крупных городах;
- использованием роботов в отделах логистики;
- использование тележек-контейнеров для доставки инструментов в отделение ЦСО и отправка готовых стерильных наборов в операционные блоки;
- автоматические процессы централизованной обработки инструментария;
- ведение документации по учету инструментария, его износа, подготовке к ремонту;
- использование электронных датчиков для контроля качества стерилизации в ЦСО при процессах валидации.

Всеобщее внимание привлек доклад профессора Вэбера из США – на



слайдах была представлена непривычная для российских специалистов картина совершенно открытого обсуждения зарегистрированных случаев инфекций, полученных при оказании медицинской помощи из-за нарушения протоколов и стандартов работы. Д-р Вэбер также акцентировал внимание на существующей разнице между рекомендациями по стерилизации в США и Европе, а мы в очередной раз убедились, что необходимо менять систему, открыто обсуждать проблемы, регистрировать все негативные моменты. Иного пути к повышению качества и безопасности помощи просто нет. Другим важным условием является создание современных стандартов стерилизации.

Наши коллеги из Турции в этом направлении преуспели – решили вопрос подготовки кадров, автоматизации рабочих мест, ведения документации, команда работает в соответствии с разработанным стандартом по стерилизации инструментов и медицинского оборудования. Сегодня Ассоциация медицинских сестер России, секция по стерилизации в сотрудничестве с турецкими коллегами и компанией ЗМ как раз так сейчас работает над современными методическими рекомендациями по созданию и организации работы ЦСО. Надеемся, что разработанный документ, а его выпуск планируется в 2015 году, позволит решить многие вопросы и повысить качество работы ЦСО.



# ДОСТОЙНЫ ПРИЗНАНИЯ И ПОДДЕРЖКИ

О НОВОСИБИРСКОМ ЭТАПЕ ВСЕРОССИЙСКОГО КОНКУРСА НА ЛУЧШЕГО СПЕЦИАЛИСТА  
СО СРЕДНИМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ

■ **Гололобова Л.Д.,**  
президент Новосибирской  
профессиональной ассоциации  
специалистов сестринского дела

■ **Поскотина М.И.,**  
методист Новосибирской  
профессиональной ассоциации  
специалистов сестринского дела

4 сентября 2014 года в Новосибирске состоялся финал регионального этапа Всероссийского конкурса.

Организаторами конкурса стали Минздрав Новосибирской области и РОО «Новосибирская профессиональная ассоциация специалистов сестринского дела».

«Медицинская сестра – это такая профессия, в которую может прийти каждый, но остаются самые преданные» – так звучала тема конкурса в этом году, полностью соответствуя все более возрастающей тенденции уделять приоритетное внимание кадровым вопросам в эпоху развития высокотехнологичной медицинской помощи.

В Новосибирской области профессиональные конкурсы уже имеют свою историю. Для сестринского персонала они проводятся на протяжении многих лет. Однако, второй год подряд Всерос-

сийский конкурс проводится под эгидой Минздрава России.

В конкурсе принимали участие лучшие специалисты из районных, городских и областных медицинских организаций.

Анализ участников конкурса показывает, что самый активный творческий возраст конкурсантов составляет от 25 до 40 лет, наибольшее число конкурсантов имеют медицинский стаж от 10 до 20 лет. Следовательно, большинство конкурсантов обладает достаточным профессиональным опытом в сочетании с продуктивным творческим возрастом, позволяющим планировать перспективы профессионального и личностного роста. Коллективный портрет конкурсантов позволяет выделить три ключевые характеристики участника: 1) профессионал, 2) личность, 3) гуманист. Главный внутренний мотив участников – достижение успеха.

Традиционно испытания для участников, проходили по двум основным номинациям – профессиональной и творческой (видеосюжет о работе – своеобразный отчет о профессиональной деятельности).

По итогам двух этапов конкурса финалистами стали 23 человека, среди которых были определены шесть победителей регионального этапа конкурса, кото-

рым посчастливилось представлять Новосибирскую область на всероссийском уровне в номинациях: «Лучший фельдшер», «Лучшая акушерка», «Лучшая медицинская сестра», «Лучшая старшая медицинская сестра», «Лучший лаборант». В рамках конкурса был вручен специальный знак «За верность профессии», учрежденный Российской Ассоциацией медицинских сестер (РАМС). Заслуженная награда была вручена Зое Архиповой, которая более 50 лет работает главной медицинской сестрой в Новосибирской областной стоматологической больнице и Евгению Алексеенко – старшему фельдшеру отделения скорой помощи ГБУЗ НСО «Черепановская центральная районная больница».

Церемония награждения финалистов конкурса прошла в конференц-зале Новосибирской областной клинической больницы – одной из крупнейших многопрофильных лечебно-профилактических учреждений Сибирского Федерального округа и России. Лучших медсестер, акушеров, фельдшеров и лаборантов поздравили исполняющий обязанности министра здравоохранения Новосибирской области Олег Иванович, представители губернатора, мэрии, Законодательного собрания Новосибирской области и представители профессиональных и обществен-



ных организаций. Много теплых слов в адрес конкурсантов было сказано руководителями образовательных учреждений города.

Победители по уже сложившейся традиции были награждены не только дипломами, сертификатами, но и ценными призами.

6 октября 2014 года в Государственном центральном концертном зале «Россия» были объявлены победители Всероссийского конкурса. В номинации «Лучшая медицинская сестра» победила представительница Новосибирска – Касимова Маргарита, палатная медицинская сестра Новосибирской областной клинической больницы. Лауреатами конкурса названы: в номинации «Лучшая старшая медицинская сестра» – Анчугова Наталья, старшая медицинская сестра Государственного Новосибирского клинического диагностического центра; в номинации «Лучший лаборант» – Терехова Татьяна, фельдшер-лаборант Государственного Новосибирского клинического диагностического центра; в номинации «За верность профессии» – Архипова Зоя, главная меди-

цинская сестра Новосибирской областной стоматологической поликлиники. Все лауреаты представлены к награждению Почетными грамотами Минздрава России.

Проведение конкурсов профессионального мастерства специалистов сестринского дела крайне необходимо для развития профессии в России, для мотивации молодых специалистов к движению навстречу новым знаниям, достижениям науки и техники, а самое главное для повышения престижа профессии медицинской сестры.

«Все, кто стал участниками конкурса и вышел в финал, достойны награды и самых теплых слов, независимо от занятого места – это настоящие профессионалы, которые помнят о милосердии и своим терпением и заботой способны ставить на ноги, ободрять и поддерживать. Спасибо вам за то, что сделали профессию своей жизнью!...»

«Очень важно, что медицинские сестры чувствуют ценность своей работы, что их поддерживают, проводят такие конкурсы» – подтвердила Людмила Гололобова, главный специалист Новосибирской области по управле-

нию сестринской деятельностью и президент Новосибирской профессиональной ассоциации специалистов сестринского дела.

Итак, как показывает опыт проведения конкурсов профессионального мастерства – конкурсы стали результативной формой повышения квалификации. Участие в конкурсе требует тщательной подготовки, в процессе которой медицинский работник становится исследователем собственного профессионального опыта, получает знания о новых медицинских технологиях, знакомится с научными разработками в области медицины, педагогики и психологии, использует диагностические методы в оценке результатов своей работы. Очень важно отметить, что участие в конкурсе подводит к позитивной переоценке накопленного опыта.

Изначально трудная работа в конечном итоге приносит удовлетворение и осознание того, что все сделано правильно, однако можно сделать еще лучше..., а это путь для дальнейшего роста профессионального мастерства!

## ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ И ХЛОР

*«Хлор – самый опасный убийца нашего времени. Предотвращая одну болезнь, он вызывает другую. После того, как в 1904 году началось хлорирование воды, началась и современная эпидемия сердечных болезней, рака и слабоумия».*

*Доктор Прайс,  
госпиталь Сагино, США*

Знаете ли вы, что при хлорировании водопроводной воды возникает некоторое количество хлороформа? А это уже может стать причиной многих заболеваний. Подобный вывод был сделан учеными еще полвека назад, когда было доказано, что хлороформ может вызывать рак.

Тогда же эпидемиологи сравнили карту распределений заболеваний опухолью мочевого пузыря и кишечника в США с картой хлорирования воды, и оказалось, что там, где люди пьют хлорированную воду, опухоли встречаются чаще.

Что мы пьем?

По данным Всемирной Организации Здравоохранения вода содержит 13 тысяч потенциально токсичных элементов, 80% заболеваний передается водой. От них на планете ежегодно умирают 25 млн человек.

В России питьевая вода дезинфицируется хлором. Производные хлора (хлороформ, хлорфенол, хлориды, остаточный хлор и др.) обладают онкогенным (канцерогенным) и мутагенным действием, то есть способны влиять на генетический аппарат человека. Американские и финские ученые доказали, что вклад производных хлора в онкозаболевания составляет от 5 до 15%. Высокое содержание в воде хлора и его соединений часто провоцирует респираторные заболевания, пневмонию, гастриты. Используют хлор и как защиту от микробного заражения при прохождении воды по многокилометровым трубопроводам города, несмотря на то,

что исследования последних лет доказали, что многие вирусные загрязнения к воздействию хлора устойчивы.

К тому же, как заявил член-корреспондент РАМН Гурий Красовский, «вредные соединения могут попасть в организм человека, не только когда он пьет воду, но и когда принимает душ (через поры) и даже когда варит картошку (соединения испаряются в воздух, и мы ими дышим)». Население от воздействия вредных хлорпроизводных почти не защищено: в наших нормативных документах присутствует только одно соединение, образующееся при обеззараживании воды хлором – хлороформ, тогда как на Западе – до 300.

Некоторые ученые видят выход в доочистке питьевой воды после хлорирования от хлорпроизводных. Другие требуют заменить хлорирование на другие способы обеззараживания – озоном или ультрафиолетом.



# Роль акушерки в реализации современных перинатальных технологий



■ **Саитова Т.В.,**  
главная акушерка перинатального  
центра БУЗ Омской области  
«Областная клиническая больница»

■ **Невойт И.И.,**  
старшая акушерка акушерского  
физиологического отделения БУЗ  
Омской области «Областная  
клиническая больница»

■ **Антоненко Н.И.**  
акушерка акушерского  
физиологического отделения БУЗ  
Омской области «Областная  
клиническая больница»

Актуальность внедрения современных перинатальных технологий в современных условиях очевидна, так как высокий уровень перинатальной смертности, неблагоприятные тенденции показателей здоровья женщин репродуктивного возраста требуют совершенствования системы оказания медицинской помощи женщинам и детям, развития ин-



новационных технологий, одной из которых и являются современные перинатальные технологии.

Материнство в Российской Федерации охраняется и поощряется государством. Заинтересованность государства в охране здоровья матери и ребенка, укреплении института семьи и внедрении современных перинатальных технологий, отражена в Статье 51 Федерального закона Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», которая регламентирует право отца ребенка или иного члена семьи, при наличии согласия женщины, с учетом состояния её здоровья, присутствие при рождении ребенка. **Причём реализация такого права осуществляется без взимания платы.**

Кроме того, Организация объединенных наций провозгласила 2014 год «Международным годом семьи». А в России 2014 год объявлен «Годом Культуры». В этом прослеживается глубокая взаимосвязь, влияющая на развитие семейных ценностей, культуры, отношения к родительству и воспитанию детей.

В современных условиях при внедрении перинатальных технологий изменились подходы к ведению родов,

кормлению новорожденного, обработке груди матери перед кормлением ребёнка, вопросам инфекционного контроля. Это потребовало изменения отношения акушерок к ранее применяемым методикам, выполняемым медицинским услугам и вмешательствам, к вопросам повышения профессионального уровня.

Внедрение любых медико-социальных программ, инновационных и передовых технологий требует определенных условий, которые за последние годы были созданы в перинатальном центре Омской областной клинической больницы.

Организовано 12 индивидуальных родильных залов, которые оснащены современной аппаратурой для непрерывного мониторингового наблюдения за

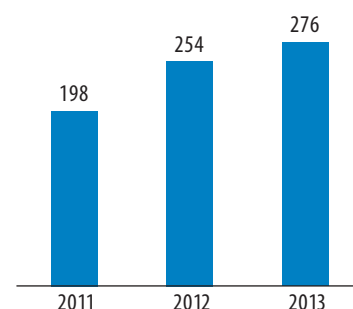


Рис. 1. Партнерские роды

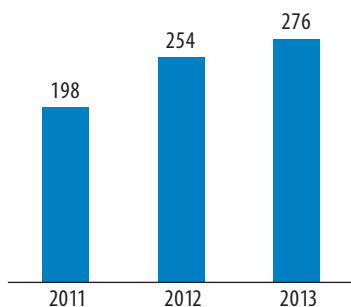


Рис. 2. Влияние на принятие решения

состоянием матери и плода. Организация родильных залов была проведена с учётом присутствия в нём партнёра – исключено хранение в них лекарственных препаратов, стерильных упаковок. Для достижения релаксации во время родов в родильных залах используются гимнастические мячи, установлены душевые кабины.

Организованы круглосуточные посты акушерок – один пост для обслуживания двух родильных залов, проведено распределение объёмов работ между ними, что даёт возможность акушерке индивидуально работать с конкретной пациенткой, соблюдая её права. Кроме того, это способствует чёткому взаимодействию со структурными подразделениями больницы при плановом оказании медицинской помощи, а также при возникновении неотложных акушерских состояний.

Используются стерильные индивидуальные наборы медицинских изделий. Организация манипуляционных и санитарных комнат в родовых блоках привела к централизации мест хранения лекарственных веществ, стерильных упаковок и наборов для выполне-

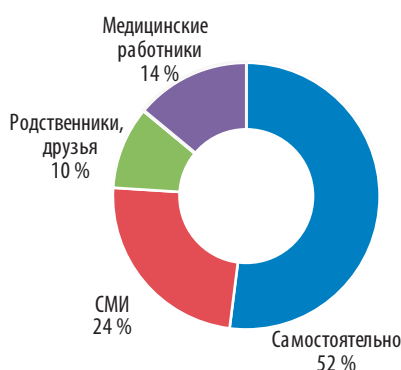


Рис. 3. Предпочтения партнёра в процессе родов

ния медицинских услуг женщинам в период родов и ранний послеродовой период.

Зона дезинфекции медицинских изделий выделена в отдельное помещение. Это позволило проводить дезинфекционные мероприятия и осуществлять сбор медицинских отходов для всего родового блока вне родильных залов.

Все перечисленные организационные мероприятия позволили внедрить в практику современные перинатальные технологии.

За период с 2011 по 2013 годы в перинатальном центре было проведено 728 партнёрских родов.

Заметно, что количество партнёрских родов ежегодно увеличивается и поддержка семьи, безусловно, имеет колоссальное значение в перинатальных результатах, в акушерских показателях.

Изучив мнение семейных пар о принятии решения о партнёрских родах, мы сделали заключение, что:

Наибольший процент рожениц принимают решение о присутствии партнёра на родах самостоятельно.

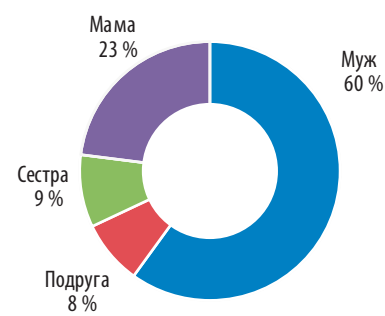


Рис. 4. Медицинское родоусиление и медикаментозное обезболивание

В ряде случаев решение о присутствии партнёра принимается после беседы с лечащим врачом, акушеркой.

Большая часть женщин отдаёт предпочтение тому, чтобы на родах присутствовал муж.

Семье не всегда бывает просто принять решение о партнёрских родах. Трудности могут быть связаны с национальной культурой семьи, вопросами воспитания и микрокультурой общения в ней.

Подготовка к совместным родам предполагает грамотную работу акушерок на всех этапах ведения беременности женщины, начиная с первой встречи с беременной в женской консультации, или с женщиной, только планирующей беременность. Только в этом случае мы можем добиться не просто присутствия партнёра на родах, а его прямого участия в процессе.

Изучая преимущества партнёрских родов, мы сделали следующие выводы:

1. Необходимость использования медикаментозного родоусиления и обезболивания в родах возникала реже у рожениц, выбравших партнёрские роды, а обезболивание, в основ-

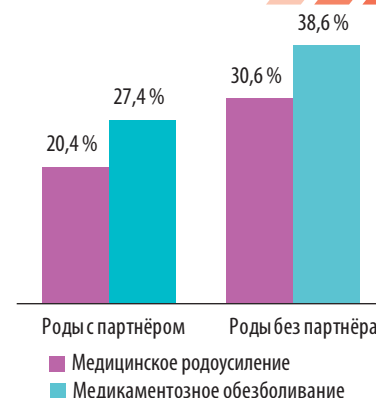


Рис. 5. Процент совместного пребывания от общего числа новорожденных

ном, достигалось за счёт широкого применения немедикаментозных методов взамен наркотических анальгетиков и спазмолитических препаратов. Это привело к уменьшению количества проведённых инвазивных вмешательств.

2. Роды вместе с партнёром протекали более длительно. Результат – уменьшение числа случаев быстрых и стремительных родов. Соответственно улучшились перинатальные прогнозы: произошло уменьшение материнского травматизма и снижение травматизма новорожденных, акушерских агрессий в родах.

3. В группе женщин, рожавших с партнёром, реже применялись оперативные пособия.

4. Через 5 минут после окончания партнёрских родов дети имели оценку по шкале Апгар 8 баллов и более.

5. Более благоприятно протекал послеродовой период.

6. Роды с участием партнёра позволили сократить общий период пребывания в перинатальном центре с 5–6 до 3–4 коечных дней.

7. Снизилась заболеваемость родильниц и новорожденных.

Как видно, преимуществ при внедрении семейно-ориентированных технологий достаточно, и акушерка является не только активным участником ведения родов, но и его координатором. Акушерка ведёт обучение роженицы и консультирует, вовлекает в процесс партнера. Участие партнера придаёт роженице уверенности, эмоциональной уравновешенности, влияет на положительный исход родов, позволяет установить тесный контакт с новорожденным ребёнком, избежать послеродовой депрессии.

Вопросы этического общения для акушерки при ведении партнёрских родов имеют колоссальное значение. При партнёрских родах акушерка тесно взаимодействует с семьёй, возможно, невольно посвящается в какие-либо сугубо личные отношения, что требует от неё умелого психологического подхода для сохранения прав каждого из членов семьи и причастности к рождению ребёнка каждого родителя индивидуально.

В связи с увеличением количества преждевременных родов, рождения



детей с экстремально низкой массой тела, в основе современных перинатальных технологий заложены мероприятия, предусматривающие наиболее благоприятный режим совместного пребывания матери и ребёнка и профилактики гипотермии новорожденных.

Перинатальный центр Омской областной клинической больницы постоянно работает в режиме совместного пребывания матери и ребёнка с первых минут после рождения и до выписки. Несмотря на достаточно высокий процент операций кесарева сечения, процент детей, находящихся на совместном пребывании в отделении новорожденных, остается стабильным и достаточно высоким.

С целью снижения возможности возникновения и распространения инфекций у новорожденных и их матерей за счёт вытеснения госпитальных штаммов небольшими штаммами микроорганизмов, организованы посещения родственников, которые могут участвовать в уходе за новорожденным.

Профилактика гипотермии новорожденных имеет принципиальное значение при их выхаживании и лечении. Роль акушерки – это не только обеспечение кожного контакта с первых минут жизни, не только первое приклады-

вание ребенка к груди не позднее полутора часов после рождения, но и активное участие в таких мероприятиях, как:

- обогрев всех медицинских изделий, оборудования, с которым соприкасается новорожденный;
- создание комфортных температурных условий в помещении;
- поддержка и пропаганда грудного вскармливания, так как оно является основой современных перинатальных технологий.

Вся эта работа в перинатальном центре начинается с проведения школы «Поощрение грудного вскармливания». С каждым годом число прошедших обучение в ней увеличивается.

Хотим отметить, что по всем названным направлениям современных перинатальных технологий акушерка и медицинская сестра отделения новорожденных являются партнёрами.

Таким образом, роль акушерок во внедрении современных перинатальных технологий достаточно высока и ответственна, охватывает все этапы оказания акушерско-гинекологической помощи, влияет на качество и доступность оказания медицинской помощи, так как повышает взаимответственность акушерок, роженицы и членов семьи и снижает частоту конфликтов и жалоб.



# «Жить с шизофренией»

В АРХАНГЕЛЬСКЕ СОСТОЯЛИСЬ МЕРОПРИЯТИЯ, ПРИУРОЧЕННЫЕ К ВСЕМИРНОМУ ДНЮ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ



**Гмырина О.Ф.,**  
заведующая кабинетом статистики и информатики ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая психиатрическая больница»



**Бекетова Е.Н.,**  
старшая медицинская сестра 8 психиатрического смешанного отделения ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая психиатрическая больница»



По словам главного врача ГБУЗ Архангельской области «Архангельский психоневрологический диспансер» Яшкович В.А., такое заболевание как шизофрения является одним из самых распространенных: «Шизофренией страдает около 1% взрослого населения во всем мире, или 40% всех нетрудоспособных по причине психических расстройств. Уровень распространенности психических заболеваний увеличивается ежегодно. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, к 2020 году психические расстройства войдут в мировую пятёрку болезней-лидеров».

Изменить взгляд общества на проблему людей с ментальными особенностями призвана неделя психического здоровья, которая проходила в Архангельской области с 6 по 10 октября. К проведению мероприятий присоединились представители общественных организаций: Ассоциация медицинских работников Архангельской области (АМРАО), Архангельская региональная общественная организация по содействию лицам с ментальными особенностями здоровья «МОСТ» (АРОО «МОСТ»), впервые участие приняли

члены Архангельской региональной общественной организации «Выбираем жизнь», представители территориального фонда медицинского страхования (ТФОМС), психоневрологические диспансеры районов Архангельской области, а также ГБУЗ Архангельской области «Архангельский медицинский центр профилактики». Мероприятия Недели психического здоровья были нацелены на самые разные категории граждан – на пациентов, их близких, общество в целом и, разумеется, на специалистов, работающих в психиатрии.

Так, в течение недели работал «Телефон здоровья» с участием главного внештатного специалиста – психиатра министерства здравоохранения Архангельской области Конопленко Э.Р., а также ведущих специалистов в области взрослой и детской психиатрии и наркологии Архангельской области. За это время за консультацией к специалистам обратились 27 жителей города Архангельска и Архангельской области. Людей волновали вопросы о том, куда можно обратиться за медицинской, психологической и социальной помощью, правовые вопросы,

Члены Ассоциации медицинских работников Архангельской области (АМРАО) ежегодно принимают участие в проведении Всемирного дня психического здоровья. Во этот день отмечается 10 октября по инициативе Всемирной федерации психического здоровья с 1992 года. Это мероприятие призвано повысить информированность населения в отношении проблем психического здоровья, способствовать открытому обсуждению психических расстройств и стимулированию инвестиций в их профилактику и лечение, а также в укрепление психического здоровья. Главная тема Всемирного дня психического здоровья 2014 года – «Жить с шизофренией».

касающиеся «Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

7 октября 2014 года в АРОО «МОСТ», президентом которого является О.А. Гузенко, был организован круглый стол для родственников лиц с ментальными особенностями здоровья на тему «Самостоятельное проживание лиц с психическими расстройствами». На протяжении многих лет Оксана Антоновна является лидером сестринского движения и инноваций в архангельской психиатрии, о чем свидетельствуют ее многочисленные публикации и выступления.

8 октября 2014 года были подведены итоги конкурса «Милосердие и профессионализм» среди сотрудников ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница»: лучшие сотрудники были награждены и отмечены ценными призами и подарками. В этот же день были озвучены победители конкурса уголков здоровья, ежегодно проводимого на базе нашей больницы. Впервые ГБУЗ АО «АКПБ» посетили воспитанники Ширшинского дома-интерната и показали свои творческие способности.

9 октября 2014 года для пациентов Архангельской клинической психиатрической больницы был подготовлен концерт с участием ансамбля «Коляда».

Целый ряд мероприятий прошел 10 октября 2014 года – в психиатрических учреждениях состоялся День «свободных посещений». В Архангельской клинической психиатрической больнице были организованы консультации психолога, специалиста по социальной работе, врачей психиатров. В АРОО «МОСТ» был проведен тренинг для специалистов, оказывающих психиатрическую помощь «Психология конфликта».



Медицинские сестры Архангельской области играют большую роль в подготовке и проведении мероприятий, посвященных Всемирному дню психического здоровья, так как энтузиазм и лидерство медсестры стимулируют участие пациента во многих социальных мероприятиях, помогают придавать им значимость. Знания медсестры о проблемах пациента, его талантах, интересах и способностях часто являются ценной информацией для лечащего врача, специалистов по реабилитации, потому что медсестра наблюдает за пациентом больше и в течение более длительного периода времени. Умение найти правильный «тон» в беседах с пациентами, завоевать его доверие и расположение, помочь разобраться в себе, своих переживаниях и поступках, установить более или менее правильные отношения с окружающими, направить должным образом «ролевое поведение», попытаться создать там, где необходимо, новую систему ценностей и многое другое – это работа психиатрической медицинской сестры. Поэтому медицинская сестра должна владеть коммуникативными навыками, знаниями медицинской психологии и определёнными личностными качествами – способностью к эмпатии и выдержкой.

Традиционно члены АМРАО вместе со студентами СГМУ отметили День психического здоровья в детском отделении ГБУЗ АО «АКПБ»: три веселых клоуна показывали фокусы, проводили конкурсы и радовали детей своими подарками. Инициатором проведения благотворительных акций является президент АМРАО А.В. Андреева.

Члены АМРАО провели в музее истории медицины Европейского Севера для студентов Северного государственного медицинского университета семинар по вопросам истории психиатрии.

Кроме того, впервые в этом году была организована благотворительная акция в поддержку лиц, страдающих психическими расстройствами. Все средства, вырученные в период ее проведения, будут направлены на приобретение расходных материалов в творческие мастерские ГБУЗ АО «АКПБ» для дальнейшего воплощения творческих идей пациентов. Непосредственное участие в акции приняла и



министр здравоохранения Архангельской области Л.И.Меньшикова. Всего на призыв участия в акции откликнулось более 200 человек. Работы пациентов Архангельской клинической психиатрической больницы привлекли нешуточное внимание участников акции, организованной министерством здравоохранения совместно с СГМУ. Выставку посетили не только обладатели благотворительных билетов, студенты, но и все желающие. Глава Министерства Здравоохранения Архангельской области оценила неординарность и уникальность творческих работ и поделилась своим впечатлением от выставки: «Мероприятие получилось доброе и гуманное. Радует, что здесь сегодня много посетителей, люди уже интересуются, когда следующая подобная выставка».

Также в холле СГМУ в этот день была организована выставка под названием «Творчество людей с ментальными особенностями», которая стала наглядным примером талантов и способностей пациентов, открывшихся на занятия в творческих мастерских.

Надеемся, что в следующем году к проведению мероприятий к нам присоединятся не только учреждения психиатрического профиля, но и другие медицинские организации города и области, так как в условиях роста числа психических расстройств среди населения важной составляющей является информирование населения о проблемах психического здоровья и мерах по предупреждению заболеваний.

# МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТОВ: СТРАТЕГИЮ НУЖНО МЕНЯТЬ



■ **Суслова Е.А.,**  
председатель секции по этике РОО  
"Ассоциация средних медицинских  
работников Республики Марий Эл",  
главная медицинская сестра ГБУ РМЭ  
"Республиканский наркологический  
диспансер"

В современной медицинской среде формируется социальный заказ на профессиональную творческую личность, человека, способного думать, принимать нестандартные решения, способного идти по пути самосовершенствования. Это невозможно без этических знаний. Именно поэтому Ассоциация средних медицинских работников Республики Марий Эл создала в 2007 году секцию по этике.

Основная задача секции – информирование по этическим вопросам специалистов со средним медицинским образованием, достижение осознанного отношения каждого к этическим нормам и принципам. Благодаря настойчивой работе секции вопросы по этике поднимаются практически на каждой региональной конференции, организуемой ассоциацией.

Члены секции ведут мониторинг и регулярно оценивают отношение медицинского персонала к пациенту, анализируют, насколько соблюдаются его законные права. Обеспечивая этику труда, секция привлекает внимание медицинской общественности к соблюдению соответствующих норм. Медицинские сестры могут участвовать в разработке региональной концепции развития сестринского дела, а также в совершенствовании системы базового, повышенного уровня и непрерыв-

ного профессионального образования. Это служит повышению престижа и авторитета сестринской профессии в обществе.

Благодаря работе секции разрешаются этические проблемы, возникающие в ходе практического или учебного процесса членов ассоциации. Наша основная цель – ознакомить специалистов со средним медицинским образованием республики с положениями Этического кодекса медицинской сестры России.

Членами секции по этике при участии главного специалиста по сестринскому делу Минздрава Республики Марий Эл, председателя Ассоциации средних медицинских работников республики Е.Я. Кузьминых разработана анкета «Медицинская сестра глазами пациентов». Члены секции провели анкетирование пациентов медицинских учреждений республики и выполнили подробный анализ полученных данных.

Подобное мероприятие проводилось уже в третий раз. Заполняя анкету, пациент отвечает на 12 вопросов открытого типа. Благодаря полученным ответам складывается психологический портрет и образ медицинской сестры.

Анкетирование показало как положительную, так и отрицательную стороны работы сотрудников. Выполняя процедуру, медсестра влияет на больного не только «ловкостью рук», но и собственным настроем, взглядом, словом, даже интонацией. Она может очень просто и ненавязчиво помочь ему, поддержать, утешить, успокоить или, наоборот, рассмешить, и это тоже будет вкладом в его выздоровление, возможно, не менее важным, чем сами процедуры.

Отстраненный, равнодушный, прохладный настрой медицинской сестры и неумение установить психологический контакт с пациентом – с таким минусом пациент зачастую сталкивается уже на уровне приемного отделения. Очень часто медицинские сестры обращаются к пациенту безлично. На то, что некорректное общение медицин-

ские сестры допускают и между собой, пациенты тоже обращают внимание.

Отношения медицинского работника и больного – одно из сложных явлений, которое характеризуется переплетениями межличностных связей, интересов и удивительной взаимозависимостью. Больной человек, стремясь выздороветь, ожидает от медицинских работников помощь, поддержку, заботу и сострадание, которое должно проявляться в каждом слове, в каждом действии медсестры. Неудовлетворенность этих ожиданий часто выражается в повышенной чувствительности, обидчивости больных.

Обобщив результаты анкетирования, Координационный совет Ассоциации средних медицинских работников принял решение довести результаты до всех членов ассоциации через главных медицинских сестер, через газету «Сестринское дело Республики Марий Эл» для предупреждения выявленных этических ошибок в работе специалистов.

Секцией по этике уделяется большое внимание этическому воспитанию и студентов Йошкар-Олинского медицинского колледжа.

В колледже состоялся необычный «круглый стол». Главной темой для дискуссий стало взаимодействие медицинского колледжа с медицинскими организациями республики по формированию этических принципов у специалистов со средним медицинским образованием.

В рамках «круглого стола» проведена деловая игра по вопросам медицинской этики, вызвавшая большой резонанс среди главных медицинских сестер. Вывод был сделан однозначный: тактику и стратегию в этом направлении нужно менять. Никто не должен заставлять выполнять этические принципы сестринского дела, это должно стать долгом и потребностью каждого специалиста.

Морально-нравственный климат в коллективе не может не влиять на качество медицинской помощи. Профес-



# В ПОДДЕРЖКУ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В СТАМБУЛЕ СОСТОЯЛСЯ САММИТ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ПРОЕКТЫ РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Теплая погода и дружелюбная атмосфера встретила участников саммита в Стамбуле – городе, расположенном на перекрестке времен, культур и цивилизаций. Несмотря на большой соблазн познакомиться с этим уникальным историческим центром, некогда столицей Римской и Византийской империи, стремление участников обсудить вопросы медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями оказалось непоколебимым. В течение двух рабочих дней общественные организации медицинских сестер и пациентов европейских стран – Румынии, Польши, Хорватии, Чешской Республики, Венгрии, России делились опытом, рассказывали о своих достижениях и проблемах в этом секторе здравоохранения. Все это оказалось возможным благодаря беспрецедентной поддержке благотворительного фонда Бристоль-Майерс Сквибб, и его директора г-жи Кэтрин Граймс, убежденной в великой роли сестринского персонала в решении проблем онкобольных.

В сфере онкологии идет непрерывное развитие, компании вкладывают огромные суммы в разработку и клинические испытания новых препаратов, диагностического и лечебного оборудования, что ведет к росту эффективности лечения, позволяет во многих случаях сохранить пациентам жизнь или существенно ее продлить. Но вот вопросам качества жизни таких пациентов, вопросам ухода и поддержки в период заболевания и лечения, реабилитации и, особенно, качеству помощи в конце жизни, столь же масштабного внимания и поддержки не уделялось. Поэтому столь ценной стала инициатива Фонда внести вклад в развитие сестринских служб.

Значительная часть проектов, получивших поддержку, связана с развитием хосписной и паллиативной помощи, с решением вопросов обезболи-

вания. Медицинские сестры Румынии Здесь объединены силы медицинских



в этом году продолжили работу по индивидуальному ведению пациентов онкологических клиник, консультированию детей, испытывающих боль. Несмотря на новое законодательство в этой сфере, позволившее увеличить допустимую дозировку наркотических препаратов для онкобольных, традиции и стереотипы врачебного персонала столь сильны, что без дополнительного вмешательства извне пациентам рекомендуют «потерпеть» после операций и довольствоваться анальгетиками. Одним из важнейших достижений румынских проектов стало выделение государством и спонсорами средств на строительство детского хосписа.

Примечательны проекты многолетнего консультирования больных по всем вопросам медицинской и социальной помощи, повышения осведомленности населения о необходимости диспансеризации и прохождения скрининговых программ. К числу таких относится один из российских проектов, реализуемых организацией Триединство в городе Северодвинске.

работников и пациентов, некогда переживших онкологическое заболевание. Неформальные встречи, акции, статьи и выступления в СМИ, горячая линия для пациентов и их близких – все это лишь незначительная часть работы, организованной в рамках проекта.

Отдельный блок представляют проекты, нацеленные на совершенствование подготовки сестринских кадров. В Румынии специалистами внедряются современные образовательные программы по онкологической помощи, проводятся тренинги для врачей и медсестер как онкологических клиник, так и общей сети, чтобы увеличить процент раннего выявления заболеваний и качество помощи лицам, у которых рак уже диагностирован.

К числу именно таких проектов относится и инициатива Ассоциации медицинских сестер России.

Онкологические заболевания в нашей стране являются второй причиной смертности. Уровень заболеваемости растет, помощи требуется все больше – ежегодно более полумиллиона человек сталкиваются с этим диагнозом и

необходимостью длительного и достаточно тяжелого лечения. Лучевая и химиотерапия дают немало побочных эффектов, которые, если их вовремя не купировать, еще в большей степени усугубляют состояние больных.

Правильное лечение и профилактика побочных эффектов химиотерапии стала ведущей задачей совместного проекта Ассоциации медицинских сестер России и Общества онкологических медсестер США. В рамках двух международных семинаров нам удалось провести обучение 65 медицинских сестер из 30 российских регионов.

Специалисты приобрели научно-обоснованные знания по раннему определению рисков тошноты и рвоты, фебрильной нейтропении, проблем с ЖКТ, стоматитов, других неблагоприятных последствий терапии рака. Особое внимание преподаватели уделили роли медицинской сестры в их профилактике, необходимости непрерывного обучения пациентов, даже тех, кто проходит уже не первый цикл лечения.

Знания, озвученные американскими преподавателями, порой вызвали сомнения, – в *Российском здравоохранении обсуждение побочных эффектов терапии является прерогативой*

**Медицинские сестры должны не только консультировать и обучать пациентов, но и перед каждым циклом химиотерапии проверять назначенную врачом дозировку препарата!**

*врача, мы не вправе вмешиваться, тем более, давать рекомендации по приему противорвотных препаратов* – то и дело возражали участницы семинаров. Но специалисты из ONS не оставались – **вы можете и обязаны не только консультировать и обучать пациентов, но и перед каждым циклом химиотерапии проверять назначенную врачом дозировку препарата! Потому что вы – профессионалы, потому что именно вы вводите препарат и, в обеспечение безопасности пациента, просто обязаны предотвратить возможную ошибку.**

В дополнение к знаниям об оценке рисков тошноты и рвоты участницам семинаров была предоставлена соответствующая документация, объединяющая в себе и персональные, и медикаментозные риски тошноты, а также предлагающая немедикаментозные методы профилактики. Докладывая в Стамбуле о результатах проекта, президент РАМС В.А. Саркисова, с гордостью отметила – несмотря на первоначальные сомнения, во всех 30 регионах, принявших участие в проекте, медицинским сестрам удалось внедрить научно-обоснованный инструмент оценки рисков тошноты и рвоты и консультирование пациентов по профилактике и лечению этого симптома! Более того, проводя регулярные беседы с пациентами о побочных эффектах химиотерапии, медицинские сестры заметили, что благодаря консультациям пациенты стали гораздо меньше страдать от тошноты.

Более того, в 18 регионах медицинские сестры внедрили контроль дозировки химиопрепарата и, как ни удивительно, но опасения по поводу сопротивления со стороны врачебного персонала оказались напрасны. В 25 российских регионах, из числа 30 вовлеченных в проект, врачи с одобрением и поддержкой отнеслись к расширению роли медицинских сестер в обучении и консультировании онкобольных, вышли с предложениями о совместной разработке учебных материалов и создании совместных школ пациента! Медицинские сестры на местах в ряде случаев также высказывали сомнения, но увидев, как консультации помогают пациентам, как благотворно это сказывается на их состоянии,

**О.М. Фролова, главная медицинская сестра, Ивановский областной онкологический диспансер:**

– Мы с коллегой, Ларисой Геннадьевной, старшей медицинской сестрой химиотерапевтического отделения, попытались внедрить новые вмешательства осенью 2013 года, уведомив главного врача и заручившись его согласием. Проведя семинар для медицинских сестер онкологической службы и предложив проводить оценку риска тошноты и рвоты и проводить сестринский контроль назначенных химиопрепаратов перед началом химиотерапевтического лечения, получили ответ, что оценка сестрами проводится, но фиксировать это документально они не готовы. «Некогда нам, да и не разрешат помещать дополнительный лист в историю болезни», – сказали они. Врачи так же негативно восприняли тот факт, что медицинские сестры будут контролировать назначения химиотерапевтических препаратов.

Одновременно, заинтересовавшись предложенными методиками, одна из процедурных медицинских сестер химиотерапевтического отделения самостоятельно начала применять формулы для расчета дозировок в своей работе, проводя расчет в отдельной тетради перед введением препаратов. Она также стала интересоваться проблемой тошноты и рвоты у пациентов, начала их консультировать, т. е. фактически внедрила оценку риска и консультации по своей инициативе.

Спустя месяц врачи и сестры отметили рост удовлетворенности пациентов результатами лечения и ухода на отделении – об этом сами за себя говорили результаты анкетирования пациентов в рамках контроля качества. О результатах выполняемой работы медицинской сестрой было доложено на общем собрании отделения, было принято решение о введении методики расчета дозировки химиотерапевтических препаратов в алгоритм введения лекарств в процедурном кабинете. Еще через месяц результаты работы были доложены старшей медицинской сестрой на общепольничной сестринской конференции.

В настоящее время процедурными сестрами химиотерапевтического отделения проводится пересчет дозировки химиотерапевтических препаратов и результат контроля фиксируется в листе назначений.

Лист оценки возникновения тошноты и рвоты у пациента перед введением химиопрепаратов введен в алгоритм приема пациента на отделение и заполняется палатной медицинской сестрой (дневной или дежурной) при оформлении документации по поступлению в отделение. Врачи и медицинские сестры отметили удобство оформления результатов оценки и используют полученные данные при подготовке беседы с пациентом об образе жизни пациентов во время и после проведения химиотерапии.

## ФОРМА ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ТОШНОТЫ И РВОТЫ

ФИО \_\_\_\_\_ № пациента \_\_\_\_\_  
 Первичный сбор информации, дата \_\_\_\_\_ Повторный сбор информации, дата \_\_\_\_\_

| Диагноз                                                                                                                                 | Стадия болезни                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Оценка риска тошноты и рвоты, связанного с пациентом (обведите 1 или 0)                                                                 | Да (1) Нет (0)                 |
| Возраст менее 50 лет (ввести возраст пациента)                                                                                          | 1                              |
| Женский пол                                                                                                                             | 1                              |
| Тошнота и рвота во время беременности                                                                                                   | 1                              |
| Укачивание в транспорте                                                                                                                 | 1                              |
| Пациент не принимает алкоголь ежедневно                                                                                                 | 1                              |
| Пациент сильно встревожен в связи с болезнью, лечением                                                                                  | 1                              |
| Испытывал ли пациент тошноту и рвоту во время предыдущего курса х/т                                                                     | 1                              |
| Схема предыдущего лечения:                                                                                                              |                                |
| Пациент ожидает возникновение тошноты и рвоты                                                                                           | 1                              |
| Пациент страдает от запоров                                                                                                             | 1                              |
| У пациента сильные головные боли, мигрени                                                                                               | 1                              |
| Пациент принимает менее 2 литров жидкости в день                                                                                        | 1                              |
| Сложите все обведенные единицы и определите степень риска                                                                               |                                |
| Персональный риск развития тошноты и рвоты – обведите полученное значение 1-2 = Низкий риск 3-4 = Умеренный риск Более 4 = Высокий риск |                                |
| Оценка риска тошноты и рвоты, связанного с лечением                                                                                     |                                |
| Вводимая химиотерапия (приведите препараты и дозировку):                                                                                | Номер цикла:                   |
| Эметогенность химиотерапии: обведите степень риска, определив ее с помощью обратной стороны формы                                       | Низкая 1 Умеренная 2 Высокая 3 |
| Схема премедикации [перечислить препараты и дозировку]                                                                                  |                                |
| Введение за 30 мин. до начала химиотерапии                                                                                              |                                |
| Медсестра обучила пациента/членов семьи по темам                                                                                        | Да (1) Нет (0)                 |
| Диета                                                                                                                                   | 1                              |
| Питьевой режим                                                                                                                          | 1                              |
| Профилактика факторов риска                                                                                                             | 1                              |
| Пациент понимает смысл противорвотной премедикации                                                                                      | 1                              |
| Пациент понимает необходимость использования противорвотных препаратов на дому                                                          | 1                              |

Комм. На основе информации из Буф и соавт, 2007; Вихам 2004. Адаптировано из «Тошнота и рвота, индуцированные химиотерапией» (р.64) в Л.Х. Итон и Дж. М. Типтон (ред). Из науки в практику: улучшение результатов лечения пациентов с онкозаболеваниями, 2009, Питтсбург, ПА: Общество онкологических медсестер. Копирайт 2009 ONS. Используется с разрешения.

| Эметогенный потенциал химиотерапии и биотерапии                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Факторы риска, провоцирующие тошноту и рвоту                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Высокий риск (3)</p> <p>Умеренный риск (2)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p>Цисплатин &gt;50mg/m<sup>2</sup></p> <p>Кармустин * &gt;250mg/m<sup>2</sup></p> <p>Циклофосфамид &gt; 1500mg/m<sup>2</sup></p> <p>Дактарбазин</p> <p>Дактиномицин</p> <p>Ломустин*</p> <p>Мехлорэтамин</p> <p>Пентостатин</p> <p>Прокарбазин*</p> <p>Стрептозоцин</p> <p>Комбинация</p> <p>Доксорубицина или эпирубина с циклофосфамидом</p> | <p>• Азациитидин</p> <p>• Карбоплатин</p> <p>• Цитарабин &gt; 1 gm/m<sup>2</sup></p> <p>• Циклофосфамид &lt; 1500 mg/m<sup>2</sup></p> <p>• Циклофосфамид*</p> <p>• Даунорубин</p> <p>• Децитабин</p> <p>• Доксорубин</p> <p>• Эпирубин</p> <p>• Этопозид*</p> <p>• Идарубин</p> <p>• Ифосфамид</p> <p>• Иматиниб*</p> <p>• Иринотекан</p> <p>• Оксалиплатин &gt; 75mg/m<sup>2</sup></p> <p>• Темозолобин*</p> <p>• Винорелбин</p> <p>• Запоры</p> <p>• Сухость во рту</p> <p>• Гастропарез</p> <p>• Икота</p> <p>• Обезвоживание</p> <p>• Заболевания ЦНС</p> <p>• Мигрени</p> <p>• Заболевания сердца</p> <p>• Гастрит</p> <p>• Непроходимость кишечника</p> <p>• Вирусные или бактериальные инфекции</p> <p>• Медикаменты:</p> <p>• Дофаминергические средства</p> <p>• Никотин</p> <p>• Дигоксин</p> <p>• Опиаты</p> <p>• NSAIDs</p> <p>• Антибиотики</p> <p>• Сердечно-сосудистые препараты</p> <p>• Гормональные препараты</p> <p>• Гипервитаминоз</p> |

Комм: основано на инф Крис и соавт, JCO 2006;24:2932-2947; Эттингер и соавт. JNCC 2009;7(5):572-595; Херштед Дж.. Природа клин.практики: онкология 2008;5:32-43.

\*оральные

| Фармакологические вмешательства при тошноте и рвоте: противорвотные режимы                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Высокий риск (3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Умеренный риск (2)                                                                         | От низкого до минимального риска (1)              |
| В 1 день антагонисты 5HT3 рецептора                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | В 1 день антагонисты 5HT3 рецептора                                                        | При низком риске в 1 день дексаметазон            |
| Дексаметазон 12mg /в 1-й день 1, 8mg на 2-3 день                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Дексаметазон в 1 день (+/- на 2-3 день)                                                    | Прохлаперазин или Метоклопрамид в 1 день          |
| Апрепитант 125 mg оральный первый день и 80 mg на 2-3 день                                                                                                                                                                                                                                                                              | В первый день апрепитант оральный 125 mg и 80 mg на 2-3 день                               | H2 блокатор или ингибитор протоновой помпы        |
| Лоразепам орально или в/в за 1-4 дня до лечения и затем каждые 4-6 часов по необходимости                                                                                                                                                                                                                                               | За 1-3 дня до лечения лоразепам оральный или в/в и далее каждые 4-6 часов по необходимости | При минимальном риске назначение по необходимости |
| H2 блокатор или ингибитор протоновой помпы                                                                                                                                                                                                                                                                                              | H2 блокатор или ингибитор протоновой помпы                                                 |                                                   |
| Основано на информации из: Эттингер и соавт. JNCC 2009;7(5):572-59                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                            |                                                   |
| Нефармакологические вмешательства при тошноте и рвоте                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            |                                                   |
| Питание/диета:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                            |                                                   |
| Прием пищи в небольших количествах снизит вздутие живота и выработку кислоты. Исключение продуктов с сильными запахами, высоким содержанием жира или специями. Для определения индивидуальной диеты рекомендуется прием диетолога.                                                                                                      |                                                                                            |                                                   |
| Питьевой режим:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |                                                   |
| Употребление 2-3 литров жидкости в день. Рекомендуются жидкости с электролитами.                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                            |                                                   |
| Профилактика факторов риска:                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                            |                                                   |
| Избегать сильных запахов, в т.ч. туалетной воды, ароматной пищи или напитков. В результате провокации определенными триггерами у пациента может развиваться ожидаемая тошнота и рвота. Решить проблему способно определение триггеров, фиксация в документах, обсуждение с пациентом возможности исключения триггеров или премедикации. |                                                                                            |                                                   |
| Некоторым пациентам могут помочь гипноз, музыкотерапия, прогрессивная мышечная релаксация или акупунктура.                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |                                                   |



**Елена Кочетовская, заведующая отделом сестринских исследований, Центр повышения квалификации работников здравоохранения Республики Мордовия:**

– Наши медицинские сестры сначала негативно восприняли информацию по оценке риска тошноты и рвоты и профилактике флебитов. Скорее всего, это было обусловлено распространенным мнением о нехватке времени.

Но постепенно по мере обучения среди медицинских сестер появились те, кто выразил готовность начать работу с пациентами по-новому. Затем стали замечать, что осложнений у пациентов после химиотерапии стало меньше.

Реакция врачей оказалась положительной. Сегодня они обязательно обращают внимание на карту оценки тошноты и рвоты и, порой, рассматривают на ее основе медикаментозное лечение.

Очень большая подмога – это обучение родственников по данному вопросу. У членов семьи пациента наблюдается снижение отрицательной реакции по поводу возникновения тошноты и рвоты в домашних условиях. Теперь они действительно знают, что делать.

В отделе по сестринским исследованиям уже 10 месяцев ведется сбор данных по профилактике флебитов параллельно у онкологических пациентов и пациентов находящихся на лечении в ОАРИТ. В феврале 2015г. можно будет проанализировать собранные данные и подвести итоги. Выражаем слова благодарности Ассоциации медицинских сестер России, преподавателям, коллегам по семинару за новое направление в работе. Большое спасибо!

уже не могли стоять в стороне от нововведений. Данные опроса, проведенного среди участников проекта показали, что медицинские сестры положительно отнеслись к новой роли и ощутили признание со стороны как пациентов, так и врачей.

Вторым компонентом проекта РАМС-ONS, на котором было сосредото-

чено особое внимание, стала техническая сторона химиотерапии – внутривенная инфузия. Уже несколько лет при активном участии региональных ассоциаций РАМС внедряет в практику ранее созданный документ – Методические рекомендации по проведению периферической катетеризации. В

рамках проекта по химиотерапии удалось сделать очередной шаг вперед. Участники семинаров не только обсудили документ, принципы обучения персонала, необходимость регулярных мастер-классов, разбора клинических примеров, разработки четких схем обучения пациентов своевременному оповещению о неприятных ощущениях в месте венопункции, но также были ориентированы на периодический контроль качества – оценку распространенности флебитов.

Эта оценка проводится не для поиска виноватых, а для определения слабых мест и совершенствования сестринской практики, для того, чтобы у медицинских сестер было больше оснований в защиту пациентов, например, в тех случаях, когда требуется установка порт-систем. Первый сбор

данных, состоявшийся в 28 регионах, показал, что средняя распространенность флебитов при проведении химиотерапии составила 28,6%, (оценка места венопункции была проведена суммарно у 671 пациента). После серии мастер-классов медицинским сестрам предстоит повторный сбор данных, чтобы мы могли оценить реальную динамику и возможность повышать качество помощи за счет совершенствования техники выполнения сестринских манипуляций.

Проект оказался стремительным и результативным – всего за полтора года, а именно столько прошло с момента первого международного семинара, нам удалось внедрить новые элементы сестринской практики, расширить роль медицинских сестер, существенно повысить качество сестринской помощи, сократив нежелательные последствия химиотерапии. Важнейшим достижением этой работы стало создание секции «Сестринское дело в онкологии», специалистам которой предстоит далее развивать начатое, разрабатывать и совершенствовать учебные материалы для медицинских сестер и пациентов.

Еще одним из принципиальных итогов стамбульского саммита для РАМС стали новые предложения от зарубежных партнеров, касающиеся дальнейшей работы с медицинскими сестрами онкологических учреждений! А эстафета международного партнерства по направлению онкологии перешла к Вашингтонскому университету.

**В 25 российских регионах, из числа 30 вовлеченных в проект, врачи с одобрением и поддержкой отнеслись к расширению роли медицинских сестер в обучении и консультировании онкобольных, вышли с предложениями о совместной разработке учебных материалов и создании школ пациента!**





# ОПЛАТА ТРУДА

## ПРИ КАКИХ УСЛОВИЯХ АДМИНИСТРАЦИЯ ЛПО МОЖЕТ УВЕЛИЧИВАТЬ ОБЪЕМ РАБОТЫ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ?

Уважаемая Валентина Антоновна! Моя жена – медицинская сестра, стаж работы составляет 25 лет. Живем мы в городе Симферополь, в Крыму, который полгода назад стал новым Российским регионом. Жена работает в одном из отделений Симферопольской городской больницы палатной медсестрой. Когда-то давно они работали с режимом работы сутки – трое дома, но последние пару лет из-за недофинансирования лечебных учреждений Крыма со стороны центральных властей Украины много медработников уволились. Особенно уходила молодежь, а медики более старшего возраста вынуждены были работать и сутки через сутки и чуть ли не каждый день и все это при том, что лечащихся людей в отделении добавилось и на одну медсестру порой приходится по 30, а то и более человек больных.

Сейчас вроде бы все нормально и финансирование пошло из России, и лекарства появились, но схема оплаты труда остается по-прежнему непонятной. Количество больных не уменьшается, молодежь на работу идти не хочет, и в отделении порой 4–6 медсестер. При уплотненном графике работы, не успевая толком отдохнуть, они вынуждены выполнять работу за положенных по штату 10 медсестер, а оплачивают им за недостающих 4 или более человек только 25, а иногда 50 процентов. Возникает вопрос, куда уходят оставшиеся 50–75% от зарплаты не имеющих по штату в отделении медработников и как должен оплачиваться по закону труд той медсестры, которая по сути одна выполняет работу за двух человек? Этот вопрос моя жена и работающие с ней коллеги-медсестры неоднократно задавали экономистам и бухгалтерам своей больницы, но в ответ они получают только различные отговорки, а порой откровенную грубость нежелание разговаривать вообще. Просим Вас, если это возможно, дать нам разъяснения по этому вопросу.

Ассоциация медицинских сестер России, рассмотрев Ваше обращение, сообщает, что поставленные вопросы имеют непосредственное отношение к нормированию труда в учреждении.

При решении данного вопроса следует руководствоваться:

1) Статьями 159–163 Трудового кодекса Российской Федерации (далее – ТК РФ);

2) Методическими рекомендациями по разработке систем нормирования труда в государственных (муниципальных) учреждениях, утвержденными приказом Мини-



## ГЛАЗАМ НУЖЕН ОТДЫХ

Это упражнение, если есть такая возможность, лучше выполнять на солнце. Если же возможности этой нет, и вы находитесь в помещении, то нужно включить яркую лампочку. Медленно поворачивайте голову из зоны света в зону тени. Когда голова на свету, ваши глаза должны быть закрыты, когда она поворачивается в тень, открывайте глаза. Делая повороты, старайтесь думать о том, что вы делаете, что тепло источника света ласково касается ваших век и глаз. Под веками закрытых глаз начнется вибрация, ослабляющая натяжение глазных мышц, а тепло будет их успокаивать. Во время выполнения этого упражнения научитесь следить за своим дыханием: оно должно быть глубоким, для того чтобы

обогатить кровь и мозг достаточным количеством кислорода. В зоне света и в зоне тени одновременно нужно находиться по 2–3 секунды, причем каждый цикл выполняется от 10 до 20 раз.

Есть еще один способ, который называют соляризацией глаз. Во время заката солнца нужно встать или сесть на открытой площадке, на балконе, у открытого окна и направить взгляд за медленно исчезающим за горизонтом солнцем. Хотя эта процедура легка и приятна, продолжительность ее не велика – 30–40 секунд. Если вы будете смотреть на солнце во время заката, то это будет еще один вид соляризации глаз, но и он должен длиться не более 5 секунд.





стерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30 сентября 2013 г. N 504;

3) Утвержденными Минздравом России Порядками оказания медицинской помощи по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний), включающими в себя, в том числе, рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений.

Например, в соответствии с Правилами организации терапевтического отделения (приложение 4 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 923н, (далее – Порядок)) штатная численность терапевтического отделения медицинской организации утверждается руководителем медицинской организации, в составе которой оно создано, и определяется исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и коечной мощности с учетом рекомендуемых штатных нормативов (приложение 5 к Порядку).

Приложением 5 к Порядку рекомендованы следующие штатные нормативы для терапевтического отделения:

| N п/п | Наименование должности                          | Количество должностей                                                                         |
|-------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.    | Заведующий – врач-терапевт                      | 1 на 30 коек                                                                                  |
| 2.    | Врач-терапевт                                   | 1 на 15 коек                                                                                  |
| 3.    | Медицинская сестра палатная (постовая)          | 4,75 на 15 коек (для обеспечения круглосуточной работы)                                       |
| 4.    | Медицинская сестра процедурной                  | 1 на 30 коек                                                                                  |
| 5.    | Старшая медицинская сестра                      | 1                                                                                             |
| 6.    | Младшая медицинская сестра по уходу за больными | 4,75 на 15 коек (для обеспечения круглосуточной работы)                                       |
| 7.    | Санитар                                         | 2 (для работы в буфете);<br>1 (для уборки помещений);<br>1 (для санитарной обработки больных) |
| 8.    | Сестра-хозяйка                                  | 1                                                                                             |

Аналогичные нормативы для медицинской сестры палатной (постовой) рекомендованы для хирургических отделений медицинской организации (приложения 7, 8 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 922н).

4) Локальным нормативным актом Симферопольской городской больницы по вопросам нормирования труда в учреждении, принятым в соответствии с вышеуказанными

нормативными актами и с учетом мнения представительного органа работников больницы.

Таким образом, для решения вопроса о количестве коек, которые должна обслуживать медицинская сестра палатная (постовая) в Симферопольской городской больнице, необходимо, в первую очередь, ознакомиться с соответствующим локальным нормативным актом больницы по вопросам нормирования труда. При этом такой локальный нормативный акт должен быть утвержден работодателем с учетом мнения представительного органа работников, и администрация не имеет права отказать в его предоставлении.

В случае, если за медицинской сестрой закреплено большее количество коек, чем предусмотрено нормативом, то увеличение количества коек является дополнительной работой, которую работодатель может поручить работнику только с его согласия и за дополнительную плату. В соответствии со ст. 151 ТК РФ при совмещении профессий (должностей), расширении зон обслуживания, увеличении объема работы или исполнении обязанностей временно отсутствующего работника без освобождения от работы, определенной трудовым договором, работнику производится доплата. Размер доплаты устанавливается по соглашению сторон трудового договора с учетом содержания и (или) объема дополнительной работы.

Также дополнительная работа может выполняться на условиях совместительства, т. е. путем заключения трудового договора о выполнении в свободное от основной работы время другой регулярной оплачиваемой работы у того же работодателя (внутреннее совместительство) и (или) у другого работодателя (внешнее совместительство). Особенности регулирования труда лиц, работающих по совместительству, определяются главой 44 ТК РФ.

Также разъясняю, что в соответствии со ТК РФ:

- обеспечение работнику условий труда, предусмотренных трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами и трудовым договором является обязанностью работодателя (ст. 56 ТК РФ);
- запрещено требовать от работника выполнения работы, не обусловленной трудовым договором, за исключением случаев, предусмотренных ТК РФ и иными федеральными законами (ст. 60 ТК РФ);
- Ваша жена имеет право обратиться за защитой своих трудовых прав в Федеральную службу по труду и занятости (государственную инспекцию труда) либо в суд (ст. 352 ТК РФ).

**Юрисконсульт ПАМС**

# Дезактив–Гель

## АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО

Ежегодно Всемирная организация здравоохранения проводит глобальную кампанию «Спасайте человеческие жизни: соблюдайте чистоту рук».

### ОПИСАНИЕ

Готовый к применению гель в виде прозрачной вязкой жидкости.

Антисептическое средство «ДЕЗАКТИВ-ГЕЛЬ» содержит в своем составе гиалуроновую кислоту, которая поддерживает естественный водный баланс кожных тканей, упругость и эластичность кожи, снижает проницаемость тканей, в результате обеспечивает красивую молодую кожу.

### СОСТАВ

В качестве действующих веществ гель содержит изопропиловый и н-пропиловый спирт, а также функциональные добавки, в том числе смягчающие и увлажняющие компоненты для кожи рук, в том числе гиалуронат натрия (гиалуроновая кислота).

### НАЗНАЧЕНИЕ

Гигиеническая обработка рук медицинского персонала, в том числе рук хирургов, в ЛПУ, ЛОПО, др. учреждениях народного хозяйства, быту.

Срок годности средства—3 года.



### ПРИМЕНЕНИЕ

Гигиеническая обработка рук: на сухие руки (без предварительного мытья водой и мылом) наносят не менее 3 мл средства и втирают его в кожу до высыхания, но не менее 30 секунд.

Обработка рук хирургов, операционных медицинских сестер, акушеров и других лиц, участвующих в проведении операций, приеме родов: перед применением средства кисти рук и предплечья в течение двух минут моют теплой проточной водой и туалетным мылом (твердым или жидким), а затем высушивают стерильной марлевой салфеткой. Затем на кисти рук наносят 5 мл средства и втирают его в кожу рук течение 2,5 мин, поддерживая руки во влажном состоянии в течение всего времени обработки. Общее время обработки составляет 5 мин.

Обработка кожи операционного поля, локтевых сгибов доноров. перед введением катетеров и пункцией суставов: кожу протирают двукратно стерильными марлевыми тампонами, обильно смоченными средством. Время выдержки после окончания обработки—2 мин.

Обработка инъекционного поля: кожу протирают стерильным ватным тампоном, обильно смоченным средством. Время выдержки после окончания обработки—30 с.

### МИКРОБИОЛОГИЯ

Обладает антибактериальной активностью в отношении грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов, (включая *Mycobacterium terrae*), вирулицидной активностью (в отношении всех известных вирусов-патогенов человека); фунгицидной активностью в отношении грибов рода Кандида и дерматофитов. Средство обладает пролонгированным антимикробным действием в течение 5 часов.



# ОПТИМАЛЬНАЯ СИСТЕМА РОТАЦИИ ДЕЗСРЕДСТВ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ



**МЕДИХЛОР №300**

**МЕДИХЛОР №1000**

ХЛОРНЫЕ ТАБЛЕТКИ (НАТРИЕВАЯ СОЛЬ  
ДИХЛОРИЗОЦИАНУРОВОЙ КИСЛОТЫ)



**АФЛОРАН**

ЧАС

**МЕДИЛИС-ДЕЗ**

ЧАС+ТРИАМИН

**МЕДИЛИС-ЗДВ ДЕЗ**

ЧАС+ТРИАМИН+ПГМГ

**МЕДИЛИС-СТЕРИЛДЕЗ**

ГЛУТАРОВЫЙ АЛЬДЕГИД



 (495) 315-16-65

 (495) 315-17-10

 (495) 980-80-39

 (495) 980-80-38

 mail@medilis.ru

 skype: medilis

 www.medilis.ru

*Надзорная*  
**МЕДИЛИС**