

# ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 4/18 2014



**Без боли и страха – процедура  
взятия крови у детей**



**стр. ?**

**Нам морозы не страшны –  
медицинские сестры Якутии  
на страже здоровья самых  
маленьких пациентов**



**стр. ?**

**Современные подходы  
к организации акушерской  
помощи**



**стр. ?**

**Кто препятствует росту  
ассоциации – решали участ-  
ники семинара «Лидерство  
в переговорах»**

## Комплексное решение для обработки и хранения гибких эндоскопов



### 1. Тележка для транспортировки гибких эндоскопов



- позволяет **безопасно** перемещать эндоскопы по ЛПО;
- оснащена **круглыми или прямоугольными лотками**, которые могут автоклавируются при температуре 126-137 °С.

### 2. Лизаксин-салфетки



- Дезинфицирующие салфетки для предварительной очистки гибких эндоскопов

### 3. Veriscan



Устройство для автоматической проверки на герметичность гибких эндоскопов:

- осуществляет **тест в сухом режиме** без погружения эндоскопа в воду;
- **обнаруживает трещины** в рубашке и внутри каналов эндоскопа размером **до 2 мкм**;
- имеет **встроенный принтер**.

### 4. Scope Buddy



Устройство для автоматической обработки каналов эндоскопов:

- **заменяет** ручное шприцевание;
- промывает каналы гибких эндоскопов **всех известных марок и моделей**;
- настольное или настенное размещение.

### 5. Репроцессор DSD-201



Установка для мойки и ДВУ гибких эндоскопов в автоматическом режиме:

- имеет **две независимые камеры**;
- позволяет обрабатывать **гибкие эндоскопы всех известных марок и моделей**, в т.ч. эндоскопы с непогружными компонентами;
- работает на различных

**дезинфицирующих и моющих средствах** многократного использования;

- имеет **полностью автоматический тест** проверки эндоскопов **на герметичность**;
- имеет **встроенный принтер**.

### Репроцессор CER



Установка для мойки и ДВУ гибких эндоскопов в автоматическом режиме:

- настольное размещение;
- позволяет обрабатывать **гибкие эндоскопы всех известных марок и моделей**;

- работает на **различных дезинфицирующих и моющих средствах** многократного использования.

### Средства для очистки и ДВУ эндоскопов



- **дезинфицирующие средства на различных действующих веществах** многократного использования (от 14 до 30 суток)
- **моющие средства** для ручной и автоматической обработки эндоскопов.

### 6. Scope-Store



Шкаф для хранения эндоскопов в асептических условиях:

- имеет **встроенный компрессор**
- покрыт **антибактериальным порошком "Sterling"**;
- оснащен отдельным воздушным компрессором для каждой позиции размещения эндоскопа;
- имеет **электронный замок с PIN-кодом**.



Уважаемые коллеги и дорогие читатели «Вестника».

От имени Ассоциации медицинских сестер России я искренне рада приветствовать вас на страницах нашего журнала и поделиться последними новостями о деятельности нашей организации, о российских и международных проектах, реализация которых ведется с непосредственным участием специалистов из множества российских регионов.

В первую очередь хочется сказать о завершении международного проекта Лидерство в переговорах, финальный семинар которого в июле состоялся в Санкт-Петербурге. Выпускниками своегообразного института лидерства, а его программа была рассчитана на целых 4 года, стали 19 медицинских сестер из 11 региональных организаций. К сожалению, не все «зачисленные» на курс смогли выполнить полную программу обучения, зато все без исключения выпускники за эти годы проявили себя настоящими лидерами, выросли на глазах и, что самое главное, уже успели воплотить множество полезных и своевременных проектов в поддержку сестринского персонала и качества сестринской помощи.

Настоящую летнюю школу по обмену опытом с американскими коллегами прошли 7 представителей Ассоциации, направленных для участия в 9-й Американо-Российской круизной конференции. Знакомясь с историей и культурой древних российских городов, основанных на берегах Волги, участники могли в течение нескольких дней обсуждать вопросы образования, управления и практики медицинских сестер разных специальностей. Несмотря на политически штормовую погоду, специалисты с обеих сторон продемонстрировали, что истинное желание помогать людям, развивать здравоохранение и работать вместе способно преодолеть любые преграды.

## Вопросы информатизации здравоохранения в этом году под особым контролем – реализация этой задачи призвана повысить планку отечественного здравоохранения и во многом облегчить труд медицинских работников

Замечательными специалистами практики и управления показали себя делегаты IV международного конгресса «Актуальные направления современной кардио-торакальной хирургии», в рамках которого при организационной поддержке РАМС впервые был проведен симпозиум медицинских сестер. Всего несколько часов насыщенного общения позволили обсудить вопросы информатизации работы операционных отделений, взаимодействия различных подразделений (оперблока и ЦСО), взаимодействия персонала и работы в команде, обучения и качественной подготовки пациентов к сложнейшим оперативным вмешательствам.

Вопросы информатизации здравоохранения в этом году под особым контролем – реализация этой задачи призвана повысить планку отечественного здравоохранения и во многом облегчить труд медицинских работников. За 2012–2013 гг. многие клиники России получили необходимое оборудование, было поставлено и соответствующее программное обеспечение. Однако явных плодов эти инвестиции пока не принесли. Чтобы проанализировать ситуацию в разных регионах России, по просьбе Министерства здравоохранения РФ Ассоциацией был проведен масштабный опрос медицинских работников в 17 российских регионах. Respondенты, а их число превысило 19,5 тысяч человек, подтвердили, что компьютеры на рабочих местах есть, локальная сеть работает, первичная подготовка в регионах проводится в основном за счет средств ЛПО. Но темпы подготовки оставляют желать лучшего, т.к. знания к настоящему времени получили только 57% опрошенных, многие специалисты указали, что их навыков для работы с ПК пока недостаточно. Самым большим минусом процесса информатизации является текущий «переходный» период – 98% респондентов указали, что документация ведется сейчас и в электронном, и в бумажном виде. Таким образом, реформа пока не принесла желаемого облегчения труда и высвобождения времени.

Все собранные данные были пере-

даны в адрес Минздрава; сегодня у нас все больше уверенности в том, что со стороны ведомства будут предприняты меры для скорейшего и наименее болезненного завершения подготовительного этапа и полного внедрения информационных технологий в работу учреждений здравоохранения.

Одной из самых ответственных задач прошедшего года стало обсуждение номенклатуры сестринских специальностей. Речь об оптимизации этого списка велась давно, теперь множество российских регионов получили возможность поучаствовать в дискуссии и внести свои предложения. Проект номенклатуры был представлен в адрес Министерства здравоохранения и по линии Ассоциации. Мы постарались учесть накопленный опыт и предложения лидеров региональных ассоциаций по укрупнению номенклатуры специальностей.

О своей позиции РАМС удалось заявить и по вопросу подготовки сестринских кадров. Мы давно настаиваем на поэтапном внедрении бакалавриата в качестве первой профессиональной ступени. В ходе состоявшегося в июне заседания Профильной комиссии МЗ по сестринскому делу мы заявили о необходимости перехода на бакалавриат и существенного улучшения подготовки медицинских сестер-анестезистов, медицинских сестер педиатрических, операционных, медицинских сестер первичного звена, специалистов, занимающихся оказанием паллиативной помощи. Кроме того, Ассоциацией была озвучена необходимость признания того, что фельдшерское образование по сути соответствует уровню бакалавриата. Надеемся, что все предложения РАМС будут услышаны, и решение задач в области профессионального образования обеспечит российское здравоохранение отлично подготовленными специалистами. Очевидно, что получение первой ступени высшего образования также существенно повысит и престиж наиболее сложных сестринских специальностей, следовательно, и их популярность среди абитуриентов.



На обложке: хирургическая бригада ФГБУ «ФЦССХ», г. Калининград

## СОДЕРЖАНИЕ

### НОВОСТИ РЕГИОНОВ

Делу – время! В Ленинградской областной сестринской ассоциации прошли внеочередные выборы	стр. 3
Итоги научно-практической конференции «Сестринское дело: традиции и инновации», состоявшейся в Чувашии	стр. 6
Кузбасс за здоровый образ жизни	стр. 9
Мое призвание – милосердие	стр. 15

### ГЕРОЙ НОМЕРА

К мечте сквозь годы трудовых достижений	стр. 17
Увлеченная делом	стр. 25

### МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

Универсальная доступность медицинской помощи. Итоги глобального форума ВОЗ, сестринских и акушерских ассоциаций	стр. 20
---	---------

### ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА

Медицинский аборт. Профессиональные, этические и психологические ориентиры в работе медицинской сестры	стр. 12
Чек-лист хирургической безопасности	стр. 23
Организация работы сестринского персонала поликлиники по раннему выявлению РМЖ	стр. 28
Особенности сестринской практики при эндоваскулярных вмешательствах	стр. 30
Рекомендации по взятию крови у новорожденных	стр. 36

### ВОПРОСЫ ЭТИКИ

«Трудный» случай. Как лечить агрессивного настроенного больного	стр. 10
---	---------

### ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

«Переплатили» зарплату? Как защитить права работника	стр. 39
--	---------

Свидетельство о регистрации ПИ №ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 16.06.2014. Отпечатано в ООО «ИПК «Береста», 196084, Россия, Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28. Заказ № 1273. 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 сестёр России  
 ООО «Милосердие»  
 Издательство «Медпресса»

### РЕДАКЦИЯ

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

### АДРЕС РЕДАКЦИИ

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

### РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

# ФЕЛЬДШЕР – ЭТО ЗВУЧИТ ГОРДО!

**Н**и одна профессия не сравнится с профессией фельдшера. Быть фельдшером – это большая ответственность за жизнь и здоровье людей. Вот почему в ней остаются самые преданные и сильные люди, которые в течение всей своей жизни учатся и повышают свое профессиональное мастерство.

Современный фельдшер не имеет права на ошибку, от него ждут оперативных действий, уверенности и квалифицированной помощи. Работая в экстремальных условиях необходимо быть стрессо-устойчивым и уметь быстро принимать решения, находить подход к каждому пациенту, быть общительным и дружелюбным. Универсальная и многоплановая, захватывающе интересная – такой видят фельдшеры свою профессию.

Нельзя забывать и об уровне знаний – фельдшер должен разбираться абсолютно во всем, ведь у постели больного у него есть всего несколько минут, чтобы поставить правильный диагноз и выбрать верную тактику лечения, а еще психологически поддержать пациента и его окружение, успеть вселить оптимизм и веру в успех лечения и выздоровление.

В последнее время общение со студентами медицинских колледжей подтверждает, что интерес к работе фельдшера возрастает, так как работа интересная и разноплановая, а вот прийти работать на скорую помощь хотят немногие, слишком большая ответственность и высокие требования, а зарплата не велика. Фельдшеры – всегда на передовой, от них зависит в экстренных ситуациях жизнь пациентов, они должны брать на себя ответственность за принятое решение, правильно и быстро ставить диагноз, оказывать квалифицированную неотложную медицинскую помощь!

Чтобы повысить престиж профессии фельдшера скорой помощи, объединить усилия практического здравоохранения и образовательных учреждений по повышению качества подготовки



**Ответить на 100 тестовых вопросов за 45 минут способен только специалист экстра-класса.**

специалистов, повысить качество медицинской помощи населению г. Брянска, 10 июня 2014 года был проведен конкурс профессионального мастерства «Лучший фельдшер скорой помощи-2014». Организаторы конкурса Департамент здравоохранения Брянской области, БРОО «Ассоциация сестринского персонала Брянщины», ГАУЗ «Брянская городская станция скорой медицинской помощи», Брянский медицинский техникум имени академика Н.М.Амосова провели большую работу по подготовке и проведению конкурса. Конкурс состоял из трех этапов. На первом этапе конкурс проводился на подстанциях, на втором – победители прошли тестирование по 100 вопросам, которые охватили самые разные области медицинских знаний, от анатомии до практической помощи при различных заболеваниях. Для ответов отводилось всего 45 минут, т. е. была максимально воссоздана реальная ситуация, в которой требуется немедленное реагирование и незамедлительный ответ. Согласитесь, справиться с таким заданием способен только специалист

экстра-класса. По итогам тестирования определились пять финалистов. Победителем финала конкурса стала фельдшер подстанции № 1 ГАУЗ «Брянская городская станция скорой медицинской помощи» Баранова Светлана, которая более 10 лет работает на скорой помощи и заочно учится в Курском государственном медицинском университете. Все финалистки получили почетные грамоты Департамента здравоохранения Брянской области, памятные подарки и цветы, победители – денежные премии!

Уже через пару недель фельдшеры из разных регионов России, включая Брянскую область, собрались на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 115-летию скорой медицинской помощи в России и состоявшейся в Санкт-Петербурге. В работе конференции и совместном заседании профильных комиссий Министерства ЗД РФ приняли активное участие делегаты от Брянской области: главный консультант ДЗ Брянской области, президент БРОО «Ассоциация сестринского персонала Брянщины» Третьякова Лариса Анатольевна; главный фельдшер ГАУЗ «Брянской городской станции скорой медицинской помощи», член

Правления БРОО «АСПБ» Байдикова Любовь Анатольевна.

Участники конференции активно обменивались опытом, знаниями, мнениями и предложениями по оказанию скорой медицинской помощи, улучшению качества медицинской помощи, совершенствованию приказов, укомплектованности кадрами, работе с ФОМС и оптимизации оказания медицинской помощи. Бурным стало обсуждение приказа № 549-н «О комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями упаковок и наборов для оказания скорой медицинской помощи». Особое внимание участники уделили проведению тромболизиса на догоспитальном этапе и применению нового российского препарата.

Поднимался вопрос о системе постдипломного образования и его проблемам. Медицинские работники должны не менее 1 раза в 5 лет проходить тематическое усовершенствование для повышения уровня знаний, а в дальнейшем для получения или повышения квалификационных категорий. По статистике 44% средних медицинских работников не имеют квалификационных категорий и не хотят их получать, доплата за них небольшая, а ответствен-



ность возрастает. Остро стоит вопрос о молодых кадрах – выпускниках медицинских техникумов. Обладая высокими теоретическими знаниями, они плохо ориентируются в экстренных ситуациях, имеют слабую практическую подготовку. В связи с этим, необходимо укреплять взаимодействие лечебных и образовательных учреждений, создавать учебные центры с тренажерами с привлечением к преподаванию ра-

ботников скорой медицинской помощи. Наставничество – вот наиболее верная форма работы с молодыми специалистами.

Всероссийская конференция еще раз подчеркнула, что служба скорой медицинской помощи необходима людям, а ее специалисты настроены на открытую дискуссию, обмен знаниями, развитие своей отрасли и совместное решение приоритетных задач.

## Фельдшер – движущая сила в оказании неотложной и экстренной помощи пациентам

Ассоциация медицинских сестер России приглашает фельдшеров станций скорой помощи, фельдшеров ФАПов и здравпунктов, других заинтересованных специалистов принять участие во Всероссийской конференции фельдшеров, которая состоится в г. Иваново 11–12 декабря 2014 г.

Главными задачами конференции станут обсуждение вопросов образования, повышения квалификации, определения роли фельдшера в современном здравоохранении и вклада в обеспечение качества, безопасности и доступности медицинской помощи. Участники конференции будут ориентированы на выработку стратегии решения проблем и развития профессии. Подробная информация для участников конференции размещена на вэб сайте РАМС [www.medsestre.ru](http://www.medsestre.ru) Регистрация участников будет проводиться до 30 ноября, тезисы выступлений принимаются до 30 октября 2014 г.



# Милосердие медицинских сестер не имеет границ...

К сожалению, минувшим летом Россию не обошли стороной крупные природные катаклизмы. В результате крупнейшего за всю историю наблюдений наводнения в конце мая и начале июня в Алтайском крае были затоплены тысячи домов, эвакуировано более 20 тыс. человек. Ущерб, причиненный стихией, превышает 4.856 млрд. рублей. Разрушены мосты, дороги, 461 объект социальной и транспортной инфраструктуры.

Беда не обошла и членов нашей Ассоциации, в связи с чем членами Правления АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» было проведено обсуждение чрезвычайной ситуации и принято единогласное решение по оказанию единовременной социальной помощи членам Ассоциации, пострадавшим от наводнения, выделено из бюджета 100 тыс. рублей и разработана схема оказания помощи:

I этап – рассылка информационного обращения главным медицинским сестрам ЛПО затопленных районов АК о предоставлении списков пострадавших членов Ассоциации;

II этап – сбор документов (подтверждающих личность, проживание в жилом помещении, попавшем в зону затопления, акт обследования о размере ущерба).

Информация о бедствии была размещена на сайте АРОО ПАСМР, А ТАКЖЕ НА САЙТЕ Ассоциации медицинских сестер России под девизом «Протянем руку помощи».



Не остались в стороне и коллеги сестринских ассоциаций из других регионов России:

- Ассоциация медицинских сестер России (РАМС), президент Валентина Антоновна Саркисова – перечислено 100 тыс. рублей;
- Самарская региональная общественная организация медицинских сестер (Самарская РООМС), президент Нина Николаевна Косарева – перечислено 50 тыс. рублей;
- Ассоциация средних медицинских работников Республики Марий Эл (РОО "АСМР РМЭ"), председатель Евгения Яковлевна Кузьминых – перечислено 185 тыс. рублей.

Трудно описать словами те чувства, которые переполняют сердце, душу от безграничной жертвенности, сострадания, человечности и чуткости к чужому горю наших российских медицинских сестер, сестер милосердия!

В результате такого профессионального единства, по решению Правления АРОО ПАСМР от 04.08.2014 г. Протокол № 4, мы смогли оказать существенную финансовую поддержку: за полную утрату имущества – 25 тыс. рублей, за частичную утрату – 10 тыс. рублей и за утрату подсобного хозяйства (домашний скот и т. д.) – 5 тыс. рублей.

Общая сумма пожертвований составила 435120 рублей.

Пострадавшие члены Ассоциации из районов: Чарышский, Шипуновский, г. Барнаул, г. Бийск в количестве 27 человек получили выплаты перечислением на счета 05.08.2014г.

Позвольте, в очередной раз, всем коллегам, принявшим участие в акции «Протянем руку помощи», выразить искренние слова благодарности и признательности за оказанную помощь и пожелать здоровья, благополучия, добра и мира во всем! Всем низкий земной поклон от медицинских сестер Алтайского края!

*Л.А. Плигина,  
Президент АРОО ПАСМР*



## КТО ПРЕПЯТСТВУЕТ ВАШЕМУ РОСТУ

В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ СОСТОЯЛСЯ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ СЕМИНАР В РАМКАХ МЕЖДУНАРОДНОГО ПРОЕКТА РАМС-МСМ «ЛИДЕРСТВО В ПЕРЕГОВОРАХ»

В отличие от первых семинаров, на этот раз основное внимание было сосредоточено не на обучении, а на демонстрации участниками приобретенных знаний и навыков. «Каждый из вас за эти четыре года смог укрепить свои лидерские позиции, добиться профессиональных и личных успехов, привлечь новых сторонников, реализовать важные для медицинских сестер инициативы, – открывая семинар отметил Франсис Саппарайен, ведущий преподаватель международного проекта. Теперь мы хотим убедиться в том, что вы сможете использовать приобретенные навыки в решении реальных проблем, что вы сможете делиться своими знаниями с другими представителями своих ассоциаций и ассоциаций в других регионах России. Благодаря такой работе станет сильнее ваша национальная организация, а это вклад в глобальное движение медицинских сестер».

С первых минут семинара участники стали оправдывать ожидания и надежды преподавателей и организаторов проекта, представив результаты общественных инициатив, реализованных на местах. В центре инициатив – знания членов организации о ее работе, о правах, ответственности и возможностях членов профессиональных ассоциаций, а также знания профессиональные, незаменимые на практике в период модернизации системы здравоохранения. Силами лидеров в учреждениях здравоохранения были созданы учебно-методические центры, увеличены инвестиции в профессиональную подготовку медицинских сестер и младших медицинских работников. Благодаря переговорам решены проблемы утилизации медицинских отходов, время и внимание сестринского персонала высвобождено для работы с пациентами за счет аутсорсинга клининговых услуг.

Учебно-методические центры одна из примет современных программ раз-



вития здравоохранения. Знания медицинских сестер должны обновляться регулярно, а не раз в пять лет. Эффективное решение возможно в том числе за счет постоянных учебных на базах ЛПУ. Особые образовательные задачи стоят перед специализированными учреждениями здравоохранения. Понимая это, участница проекта Вера Светайло, главная медицинская сестра старшей в стране психиатрической больницы им. Гиляровского, провела всю необходимую подготовительную работу по созданию такого центра в своем учреждении. «Нам удалось успешно провести переговоры с руководством ЛПУ о помещении центра, его оснащении. Удалось выделить должности руководителя центра и консультантов. Москва стала лидером в вопросе «укрупнения» ЛПУ, не обошла эта волна и учреждения психиатрической службы, в результате чего произошло сокращение должностей главных сестер в филиалах. Терять отличных, знающих, опытных специалистов обидно, в то время когда их знания так востребованы. Именно из таких главных сестер и был сформирован штат Центра», отметила Вера Николаевна.

В Чувашии силами лидеров Ассоциации для медицинских сестер организованы занятия по информатике, чтобы в республике не осталось меди-

цинских сестер, с опаской взирающих на компьютер, еще совсем недавно казавшийся инструментом работы менеджера, но никак не медицинской сестры. Знания не только сформируют у сестринского персонала уверенность и поднимут самооценку, главное, что они станут залогом развития новых направлений сестринской помощи, например, телемедицины, существенно сэкономят время медицинских работников на ведение «письменной» работы. «Мы хотим, чтобы медицинские сестры были грамотны во всех вопросах, чтобы их обучение проходило не по остаточному принципу. К сожалению, в первую очередь обучение всегда проходят одни врачи, а медсестры остаются «на потом». Это неправильно, ведь основную массу медицинских работников составляют именно медсестры. Поэтому, наша Чувашская ассоциация и далее будет проводить тренинги и мастер-классы, чтобы медицинские сестры всегда были на высоте», отметили в своем отчете Сергей Видяев и Елена Зотова.

В авангарде преобразований идут и лидеры Ивановской ассоциации медицинских сестер. Участники проекта расширяют информационную деятельность, чтобы все члены организации были осведомлены о ее работе, а также помогают в решении актуальной для каждого специалиста задаче – подго-

товке к аттестации. «Наше Правление – это не только политический орган для управления Ассоциацией, мы считаем, что обязаны поднимать знания медицинских сестер на должный уровень. Эта работа ведется не только в рамках традиционных форматов – конференций и семинаров, мы организуем консультации, готовим сестер, проводим проверочные тестирования, чтобы сама аттестация проходила спокойно, без лишних стрессов», рассказывает о ведущейся работе Николай Соловьев.

В Кемерово главный упор проекта сделан на формирование «осознанного» членства в Ассоциации. Кемерово – регион особый, здесь вопросы социальной справедливости, ответственности, солидарности всегда в центре внимания, что подтверждает и деятельность профессиональной сестринской организации. Во лечебных учреждениях области сформирована сеть ключевых членов, помогающих медицинским сестрам на местах. Таких ключевых членов надо готовить. «Лидерами не рождаются, ими становятся в процессе профессиональной деятельности, эту истину мы хорошо усвоили в нашем проекте. Но лидерам нужны знания. Поэтому, взяв за основу материалы «Лидерства», мы разработали собственную учебную программу для ключевых членов и провели серию семинаров в разных районах области. Теперь у нас есть уверенность в том, чтобы члены организации не будут молчаливо переживать трудности, а будут с ними грамотно и эффективно справляться», отметили в своем отчете Елена Буш и Ирина Галанова.

Решать проблемы медицинских сестер, решать проблемы пациентов – таков девиз участников «Лидерства в переговорах». В Вологодской области

благодаря усилиям лидера Ассоциации Нины Никитиной была открыта школа по уходу за тяжелобольными пациентами. Ученики – медицинские сестры и близкие родственники. По необходимости мобильная бригада преподавателей школы выезжает на дом к пациенту и проводит занятия непосредственно у постели больного. В Алтайском крае участница проекта Жанна Чичканова уже не первый год ведет работу по совершенствованию помощи онкобольным. В крае есть острая нехватка паллиативной поддержки пациентов. Участвуя в круглых столах с врачами, Жанна Юрьевна меняет устоявшееся мнение о том, что единственное, в чем нуждаются пациенты на последней стадии рака, это обезболивание. «Мы должны обеспечивать людям максимально высокое качество жизни, помогать справляться с усталостью, преодолевать стресс и депрессию, учить пациентов и их близких правильно выполнять простых медицинских манипуляций по уходу, благодаря которым они не будут чувствовать себя беспомощными и испытывать ненужные страдания и неудобства», убеждена Жанна. Политическая работа и участие в круглых столах и конференциях подкрепляется наращиванием оборотов деятельности школы по уходу за пациентами.

На локальном уровне участники сражаются не только с болезнями медицинскими, но и с болезнями самой медицины, например, с таким острым ее недугом, как нехватка сестринских кадров. В городской больнице № 2 Санкт-Петербурга главной сестрой является участница «Лидерства» Зоя Конькова. Больница, надо сказать, далеко не рядовая, стоит в ряду лучших учреждений здравоохранения круп-

нейшего российского мегаполиса. Отличное оснащение, высокие медицинские технологии, регулярные визиты именитых зарубежных врачей и бригад медицинских сестер и, при всем при этом, нехватка и текучесть кадров. За время участия в проекте Зоей Николаевной организована «системная» работа по ликвидации дефицита кадров. «Нам удалось ввести единовременные выплаты молодым специалистам и достойные стимулирующие надбавки, проводим обучение, стараемся повысить престиж профессии и поднять самооценку. Не остаемся в стороне даже от тех жизненных вопросов, к которым ЛПУ формально никакого отношения не имеет. Например, помогаем медицинским сестрам устраивать детей в детские сады. Обязательно проводим праздник «Посвящения в профессию», всегда рады проведению на нашей базе общегородских сестринских конференций», отмечает Зоя Конькова. Результат этой работы – увеличение числа молодых специалистов в сестринском коллективе больницы и заметное сокращение текучести кадров.

Деятельность участников проекта заметна на уровне национальной ассоциации – никто из них не упускает возможности участия в специализированных международных или национальных проектах РАМС, многие успешно готовят медицинских сестер и добиваются побед в профессиональных и творческих конкурсах. Участницы проекта из Ленинградской области – Татьяна Глазкова, Ирина Варфоломеева и Татьяна Коренева с радостью рассказали о победах в конкурсе фотографий «Своей профессией горжусь», где областные сестрички заняли сразу три призовых места. Однако почитать на лаврах областной ассоциации некогда.





Совсем недавно здесь прошла внеочередная отчетно-выборная конференция, была сформирована новая команда лидеров, сформулированы четкие задачи на ближайшее будущее – выйти в передовики общественного движения медицинских сестер России. «Нам важно достучаться до всех медицинских сестер, повысить членство в организации, решить вопросы по координации общественной деятельности в многочисленных отдаленных районах области», таковы намерения Татьяны Глазковой, которой специалисты региона доверили высокую ответственность руководства своей организацией.

Обмен опытом таких достижения стал интересным и важным уроком и для опытных лидеров, и для новичков, совсем недавно избранных руководителей профессиональных ассоциаций Москвы и Кирова, также получивших приглашение на заключительный этап международного проекта. Влиться в дружную общенациональную команду лидеров – отличный шанс на успех в дальнейшей работе. Тем более что уже здесь у молодых руководителей появилась возможность поучаствовать в своеобразных переговорах – ролевых играх – и попытаться в рамках такой инсценировки решить глобальные проблемы здравоохранения. Одним участникам удалось попробовать себя в роли президента национальной сестринской ассоциации, а другим – поддержать в руках министерский портфель. Темой переговоров стали такие проблемные вопросы, как трудоустройство студентов медицинских вузов в должностях медицинских сестер, высшее образование по специальности «сестринское дело», независимый статус общественных сестринских организаций.

«Переговоры прошли на высоком уровне, аргументы сторон были полными, логически верными, разумными и целесообразными», с большой степенью удовлетворенности отметили преподаватели семинара», – Франсис Саппарайен и Эви Густавсон. Такие переговоры – неременный элемент деятельности любой профессиональной ассоциации. К ведению переговоров лидеры должны быть готовы всегда.

«Кадровое обеспечение, обучение, социальная поддержка, оплата труда –

все эти вопросы наша ассоциация решает через переговоры, – поделилась опытом работы в Швеции Эви Густавсон, проведя попутно занятие по вопросам оплаты труда. Такие переговоры ведутся и на уровне страны, и на уровне каждого региона, и в каждом медицинском учреждении. Например, если в трёхсторонних соглашениях с Министерством здравоохранения и работодателями нам удается достичь договоренностей о повышении оплаты труда на 6%, это не значит, что именно такое повышение получит каждая медицинская сестра. Все будет индивидуально. Соглашения определяют повышение средств, выделяемых на оплату, а переговоры на местах позволяют решить, в каком объеме и для каких специалистов это повышение состоится. И вполне может случиться так, что в одном учреждении, и даже в одном отделении медицинские сестры получат разную прибавку к заработной плате. Основанием для этого станут личные заслуги и оценка работника по определенным критериям, утвержденным в данной клинике», подчеркнула Эви Густавсон.

Учебную программу семинара дополнили приглашенные спикеры. Нина Васильевна Туренко, эксперт Теркома Профсоюза работников здравоохранения по Санкт-Петербургу и Ленинградской области рассказала о грядущих изменениях в системе оплаты труда в Российской Федерации. Отлично зная ситуацию во всех регионах, ФИО особенно подчеркнула достижения Теркома на северо-западе страны. Здесь удалось утвердить самые передовые принципы в расчете заработной платы, достичь соблюдения федеральных рекомендаций и введения повышенного минимального размера оплаты труда. Соглашениями было зафиксировано, что основную часть заработной платы будут составлять обязательные выплаты. Таким образом, в Ленинградской области и в Санкт-Петербурге у работников появится и уверенность, и чувство стабильности. Большое внимание ФИО также уделила вопросам совместительства, того, что надбавки будут распространяться и на совмещаемую должность.

С большим вниманием и российские участники и зарубежные преподаватели и гости семинара прослушали

презентацию Алексея Владимировича Вальденберга, начальника Департамента по организации медицинской и лекарственной помощи населению Ленинградской области. Политика здравоохранения, о которой говорил Алексей Владимирович, свидетелями и активными участниками которой являются все медицинские работники, стала доступной, понятной, имеющей четкие ориентиры. Алексей Владимирович продемонстрировал на цифрах и фактах, почему важно сокращение конечного фонда и повышение эффективности работы учреждений, показал, какие ультрасовременные центры были открыты на территории области, благодаря чему ранее недостижимые для населения виды помощи становятся нормой, рассказал о том, как много сделано для ликвидации очередей на высокотехнологичную помощь. Политика государства формируется Государственной думой, Президентом страны и реализуется Правительством, Министерством здравоохранения и региональными органами управления. Направление политики – повышение доступности и качества помощи, и каждый регион может внести в ее реализацию свою дополнительную поддержку. Одним из текущих приоритетов является решение проблем дефицита кадров, особенно сестринских.

Конечно же, обучение лидеров невозможно без тесного общения с ведущим лидером сестринского сообщества – президентом РАМС. В течение всего семинара Валентина Антоновна была рядом с его участниками, проводила мини-тренинги по организации конференций, ведению переговоров, системам вознаграждений, работе региональных общественных организаций. В финале семинара президент РАМС рассказала о том, какие задачи ставит перед собой Ассоциация в вопросах образования в внедрения профессиональных стандартов. Понимание этих задач, широкая поддержка со стороны лидеров во всех регионах и совместные действия – вот что требуется для успеха переговоров Ассоциации медицинских сестер России и Министерства здравоохранения. Своими успехами, профессиональными и личными достижениями, высокой мотивацией, знаниями и приверженностью профессии участники семинара под-



# Современный подход к лечению акушерских кровотечений

■ **Юрцева О.В.,**

ГБУЗ Астраханской области  
«Александро-Мариинская областная  
клиническая больница», Областной  
перинатальный центр

Областной перинатальный центр г. Астрахани входит в состав многопрофильной Александро-Мариинской областной клинической больницы, является крупным специализированным родовспомогательным учреждением, оказывающим высококвалифицированную помощь женщинам города и области с экстрагенитальной патологией: заболеваниями почек, сердечно-сосудистой, дыхательной систем, эндокринными нарушениями, а также новорожденным 2-й и 3-й групп риска.

Персонал акушерок и медицинских сестер ОПЦ – это слаженно работающий коллектив, нацеленный на внедрение инноваций и перспективных проектов. В ОПЦ давно разработана единая политика по охране и поощрению грудного вскармливания, организовано 10 индивидуальных родильных залов, послеродовое отделение переведено на совместное пребывание матери и новорожденного.

Во время 1-го периода родов поощряем активный образ поведения женщины; возможность ходить, принимать наиболее удобное положение, менять позицию. Сразу после рождения ребенка обеспечиваем непосредственный физический контакт мамы с новорожденным, что позволяет ребенку получить самые целебные капли – молоко, содержащие максимальное количество антител. Раннее прикладывание к груди в первые 15 минут очень полезно и для мамы, т.к. способствует сокращению мускулатуры матки и уменьшению кровопотери. Процент оперативных вмешательств (ручное отделение плаценты и выделение последа) снизился в 2,5 раза по сравнению с тем временем, когда ведение 3-го периода родов шло традиционным путем.

Решению проблемы послеродовых кровотечений в нашем учреждении уделяется самое пристальное внимание. Распространенность послеродовых кровотечений (потеря более 500 мл. крови) в мире составляет 6% от всех беременностей, а тяжелых послеродовых кровотечений (более 1000 мл) – около 2%.

Согласно статистике основными причинами акушерских кровотечений являются:

- Отслойка плаценты – 1 случай на 120 родов,
- Предлежание плаценты – 1 случай на 200 родов,
- Преэклампсия/Эклампсия – 1 на 20 родов.

В структуре родов и послеродового периода основными причинами кровотечений являются:

- Кесарево сечение – 1:6 родов,
- Выворот матки – 1 случай на 2300 родов,
- Разрыв матки – 1 случай на 11000 родов,
- Приращение плаценты – 1 случай на 7000 родов,
- Послеродовые кровотечения – 1 случай на 20 родов,
- Травмы родовых путей – 1 случай на 8 родов.

Особенностью акушерских кровотечений является внезапность возникновения и массивность кровопотери, что в свою очередь приводит к гипоксическому состоянию плода, и, следовательно, необходимости скорейшего родоразрешения.

Кровопотеря приводит к быстрому истощению компенсаторно-защитных механизмов, особенно у женщин с артериальной гипертензией, преэклампсией, анемией и осложненным течением родов.

**Основными принципами организации медицинской помощи при акушерских кровотечениях являются:**

1. Обеспечение готовности медицинского персонала, развернутая операционная, набор необходимых лекарственных средств,

2. Руководство оказанием помощи осуществляет заведующий родовым отделением, по дежурству – ответственный дежурный врач,

3. Организационные мероприятия:  
• диагностические и лечебные мероприятия осуществляются параллельно с момента обнаружения кровотечения.

**По объему кровопотери выделяют:**

- Физиологическую кровопотерю, которая составляет до 10% объема циркулирующей крови (ОЦК) или до 500 мл во время родов через естественные родовые пути и до 1000мл во время оперативного родоразрешения,
- Патологическую кровопотерю, которая составляет от 10 до 30% ОЦК или более 500 мл во время родов и более 1000 мл во время кесарева сечения,
- Массивную кровопотерю, превышающую более 30% ОЦК.

Дородовое определение групп риска развития массивной кровопотери в акушерстве – чрезвычайно важно, поскольку именно у этой категории пациенток требуется комплексная профилактика кровопотери. В современном акушерстве все более актуальным становится правило «4 Т», где «Т» означает:

- «Тонус» – снижение тонуса матки вследствие многоводия, многоплодия, крупном плоде, быстрых или длительных родов, у многорожавших женщин, аномалии развития матки, миоме матки;



- «Ткань» – наличие остатков плаценты в матке вследствие нарушения целостности плаценты после родов, аномалии плаценты по данным УЗИ, гипотонии/атонии матки;
- «Травма» – разрывы мягких родовых путей и матки;
- «Тромбы» – нарушение гемостаза.

**Алгоритм действий при послеродовом кровотечении – первый этап:**

- **Катетеризация 2 периферических вен.** *Необходимое оснащение процедуры:* стерильный лоток, лоток для отработанного материала, стерильные шарики, лейкопластырь или клеящая повязка, антисептик 70% спирт, в/в периферический стерильный катетер, жгут, система инфузионного применения, ножницы, стерильные перчатки.
- **Катетеризация мочевого пузыря.** *Необходимое оснащение:* стерильный катетер однократного применения, стерильные перчатки, салфетки стерильные, стерильный глицерин (вазелиновое масло), лоток для сбора мочи.
- Кислородная маска и мониторинг жизненно важных функций (АД, пульс, дыхание, сатурация кислорода, диурез),
- Внутривенное введение кристаллоидных растворов.
- Клинический анализ крови (уровень гемоглобина, гематокрита, количество эритроцитов, тромбоцитов),
- Метод Lee White,
- Гемостазиограмма (концентрация фибриногена, ПТИ, АЧТВ),
- Определение группы и резус-фактора крови. **Необходимое оснащение:**
  - пробирка с кровью пациентки,
  - коликлоны анти-А, анти-В, анти-резус-Д,

- планшеты для группового и резус-типирования, стеклянные палочки,
- резиновые перчатки,
- песочные часы,
- дезинфекционный раствор,
- бланк-направление в лабораторию, где врачом-лаборантом повторно определяется группа крови и резус принадлежность, ставится подпись и печать.

– Мероприятия по остановке кровотечения:

- Ручное исследование послеродовой матки, удаление остатков плацентарной ткани и сгустков проводится однократно!

Необходимое оснащение:

- клеенчатый фартук, очки, маска, кожный антисептик, корнцанг, стерильный материал,

- лоток, градуированная емкость для учета кровопотери,

- стерильный халат, стерильные перчатки удлиненные, хирургические, латексные,

- Наружно-внутренний массаж, Ушивание разрывов родовых путей,

- Назначение лекарственных средств для лечения атонии и коррекция нарушений параметров гемостаза (транексамовая кислота 15 мг/кг м.т.).

- Независимо от объема кровопотери необходимо начать введение утеротоников.

**При продолжающемся кровотечении манипуляциями второго этапа являются:**

- Прижатие абдоминального отдела аорты (по Бирюкову),
- Управляемая баллонная тампонада матки,
- Продолжение инфузионно-трансфузионной терапии в зависимости от величины кровопотери, массы тела пациентки.

В практическом акушерстве все более актуальным становится применение при послеродовых кровотечениях управляемой баллонной тампонады.

**Акушерские кровотечения – основная причина материнской смертности в мире: от них ежегодно умирают 127 000 женщин, что составляет 25% всех материнских смертей. В РФ материнская смертность от акушерских кровотечений в структуре ее причин составляет 14–17%, занимая стабильно 2-е место после смертности, связанной с абортom.**

Уважительное и бережное отношение к природному механизму послеродового гемостаза, простота в применении, доступность, высокая эффективность применения, безопасность – основные принципы методики баллонной тампонады.

Отечественное устройство позволяет уловить ранние признаки восстановления сократительной способности матки, следовать за ними и содействовать успешному их завершению.

Своевременная баллонная тампонада предназначена для остановки внутриматочного кровотечения в начальном послеродовом периоде. Это позволяет избежать хирургического оперативного лечения и предоставляет возможность сохранить детородный орган женщины.

Показания, при которых рекомендуется применение УБТ:

- Кровотечение, которое продолжается после ручного обследования полости матки и удаления остатков последа, травмы, повре-

ждения родовых путей на фоне внутривенной инфузии утеротонических препаратов;

- Увеличенный уровень объема кровопотери в течение операции кесарева сечения (интраоперационно).
- Предоперационный период при placenta accrete для уменьшения объема кровотечения.

Баллонная тампонада является манипуляцией, которая производится врачом во взаимодействии с акушерским персоналом.

Алгоритм действий:

1. Разместить резервуар на стойке,
2. Заполнить резервуар и трубки теплым стерильным раствором,
3. Закрыть клеммы на трубке,
4. Ввести баллонный катетер в полость матки,
5. Соединить баллонный катетер с трубкой резервуара,
6. Открыть клеммы,
7. Пополнять убывающий раствор в резервуаре,

8. Удерживать заполненный баллонный катетер в полости матки при открытой клемме и стабильном уровне раствора в резервуаре (этап непосредственного тампонирования матки),

9. Поэтапно снижать высоту размещения резервуара,

10. Удалить баллонный катетер.

Таким образом, методика БТ позволяет выявлять ранние признаки восстановления сократительной активности матки, не препятствовать процессу выздоровления, а следовать за ним путем уменьшения объема раствора в баллоне до окончательной остановки кровотечения.

Учитывая простоту, безопасность, скорость выполнения и эффективность методики, к ней следует прибегать на стадии пограничной кровопотери (500–700мл)!

## Работа обучающих школ в рамках городского амбулаторного "Астма-центра" ГБУЗ СО СГКП№ 15



**Каткасова Н.Ю.,**  
старшая медицинская сестра  
отделения профилактики, ГБУЗ СО  
«СГКП№ 15»



**Пудовинникова Л.Ю.,**  
главная медицинская сестра, ГБУЗ СО  
«СГКП№ 15»

*Только познав все причины болезни, настоящая медицина превращается в медицину будущего, то есть гигиену в широком смысле слова.*

И. П. Павлов

**Х**ронические заболевания легких в мире выходят на лидирующие позиции. По данным ВОЗ более 600 миллионов человек в мире страдают ХОБЛ – хронической обструктивной болезнью легких (от 4% до 15% взрослого населения). Бронхиальная астма также является серьезной проблемой. Распространенность ее повсеместно возрастает, стоимость лечения и потери работоспособности достаточно велики.

Статистические исследования, проведенные в Самаре, показали, что до 4,5% населения страдает бронхиальной астмой. В тоже время ее диагностика в общей лечебной сети остается на низком уровне из-за недостаточной

организации пульмонологической помощи. У двух третей пациентов бронхиальная астма диагностировалась на поздних стадиях заболевания.

Достижения современной науки позволяют специалистам решать огромное количество медицинских проблем пульмонологического больного. Наибольший опыт и методы накоплены в области ведения больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких. Особое значение в организации наблюдения за больными бронхиальной астмой и ХОБЛ в амбулаторно-поликлинических условиях придается системному подходу, который включает в себя:

- метод скрининга;
- внедрение современных принципов медикаментозной терапии, основанных на доказательной медицине;



- обучение врачей общей практики, медицинских сестер общей практики;
- обучение пациентов;
- фармакоэкономический анализ;
- изучение качества жизни пациентов.

**Скрининг**, позволяет выявить ранние признаки бронхиальной астмы, факторы риска ее развития. Рутинное скрининговое обследование путем анкетирования проводится на приеме у врача или медицинской сестры общей практики. Кроме того, любой желающий может заполнить анкету по выявлению факторов риска заболеваний в Интернет-киоске, который находится около регистратуры.

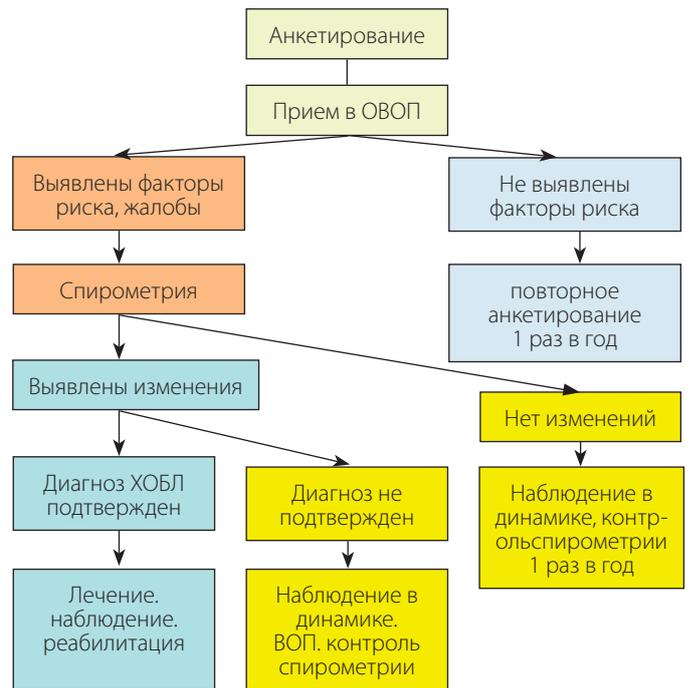
Медицинскими сестрами общей практики анкетирование с целью выявления признаков ХОБЛ проводится регулярно. В 2012 году было проанкетировано 1026 человек. Распространенность курения среди мужчин составила 72,7%, среди женщин 44,4%. Обструктивные нарушения по результатам спирометрического исследования выявлены у 13,8%. Если учитывать изменения формы кривой поток-объем, то этот процент увеличивается до 41%.

Примерные алгоритмы по выявлению БА и ХОБЛ

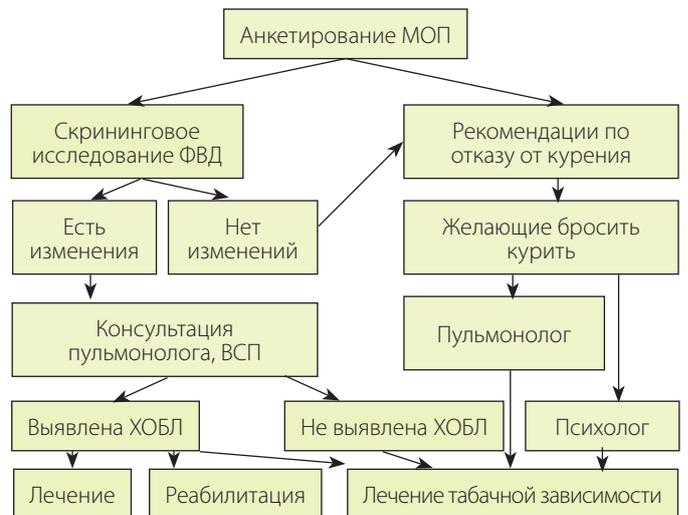
Вся информация о проведенных мероприятиях и выявленной патологии заносится в электронную амбулаторную карту пациента, в дальнейшем она используется для формирования базы данных о состоянии здоровья населения, планирования профилактических и лечебно-диагностических мероприятий.



### Алгоритм выявления ранних признаков ХОБЛ



### Алгоритм работы с курильщиками



### Алгоритм ведения пациентов с факторами риска развития БА и ХОБЛ





С 1996 году на базе ГП № 15 функционирует городской амбулаторный Астма-центр. Ежегодно обучение в Астма-школе проходят в среднем 1300 человек. Одним из важных направлений в работе городского амбулаторного центра является профилактическая направленность, а в этом ключе – работа астма-школы, школы по отказу от курения, ХОБЛ-школы. В рамках работы "Астма-центра" пациенты получают консультации профессора Ю.А.Осипова и профессора В.И. Купаева (СамГМУ).

Задачами, возложенными на Астма-школу, занимаются как пульмонологи, так и медсестра пульмонологического кабинета. Занятия проводят как в группах, так и индивидуально с пациентами и их родственниками. Медицинская сестра формирует группы, регистрирует и анкетировывает слушателей школ, проводит обучение пользованию ингаляторами, пикфлоуметрами, небулайзерами, обучает правильному ведению дневников. Медицинская сестра использует все возможности отделения профилактики, в котором имеется специально оборудованный класс для проведения обучающих школ для пациентов, проводятся занятия школы бронхиальной астмы. Здесь имеется все необходимое для проведения занятий. Это демонстрационные плакаты, все виды ингаляционных устройств, спейсеры, пикфлоуметры, небулайзеры, дневники, памятки для пациентов и т. д.

Целью обучения является – обеспечение пациентов информацией о заболевании, принципах медикаментозной терапии, о важности мониторинга собственного состояния с использованием пикфлоуметра, о приемах самопомощи и самоведения заболевания. В процессе обучения пациент обеспечивается соответствующими методическими документами, информационными материалами об этиологии заболевания, основных провоцирующих факторах, о современных методах контроля за течением заболевания, эффективных лекарственных препаратах. Беременные женщины, состоящие на учете с бронхиальной астмой, также имеют возможность получить информацию о наследовании факторов риска развития заболевания у будущего ребенка.

Образовательные программы для больных бронхиальной астмой имеют высокую эффективность, которая выражается в улучшении показателей, характеризующих течение заболевания, приводят к перераспределению финансовых расходов, делая экономические затраты более рациональными.

### Анализ эффективности обучения в школе «Бронхиальная астма»

Таблица 1.

Динамика мотивации пациентов на контроль заболевания. (Учет пациентов, на которых заведены 2 карты, вторая заполнена, не ранее, чем через 6 месяцев после обучения)

Показатели	Данные первых карт		Данные вторых карт	
	Абс. кол-во	%	Абс. кол-во	%
1. Количество пациентов	1128	100	1128	100
2. Количество курящих пациентов	245	25,6	154	13,6
3. Уровень физической нагрузки				
– ходьба 30 мин. 2 р. в неделю	289	26	263	23,3
– ходьба 30 мин. ежедневно	737	65	676	60
– регулярные занятия УГГ	102	9	189	17,1
4. Количество пациентов, имеющих				
– пикфлоуметры	305	40,0	348	30,9
– небулайзеры	112	16,0	159	14,1
5. Количество пациентов, определяющих макс. поток выдоха				
– 1 раз в день	158	20,7	175	15,5
– 2 раза в день	133	17,4	152	13,5
– 3 раза в день	14	1,8	21	1,9
6. Кол-во пациентов, принимающих системные (таблетированные) средства для лечения основного заболевания	1	0,1	1	0,1

Таблица 2

### Анализ осложнений бронхиальной астмы

Показатели	Группа диспансерных больных		Группа пациентов, обученных в Школе	
	Абс. кол-во	%	Абс. кол-во	%
1. Количество пациентов.	1636	100	1128	69
2. Количество пациентов, которые сняли инвалидность или уменьшили ее степень.	-	-	-	-
3. Случаи экстренной госпитализации по поводу обострений БА.	2	0,12	-	-
4. Количество пациентов с пневмотораксом и пневмомедиастинумом.	-	-	-	-
5. Случаи вызова скорой помощи по поводу обострения БА.	3	0,18	-	-

Таким образом, проводимые занятия в школах позволяют добиться снижения заболеваемости и их осложнений, за счет эффективного обучения пациентов самоконтролю и своевременной коррекции лечения, а в целом добиться улучшения качества жизни больного.

# НАМ МОРОЗЫ НЕ СТРАШНЫ

## МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ ЯКУТИИ НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ САМЫХ МАЛЕНЬКИХ ПАЦИЕНТОВ



■ **Батюк Ирина Олеговна,**  
участковая медицинская сестра  
2 педиатрического отделения ГБУ РС  
(Я) «Якутская городская больница № 3»

**К**лиматические условия нашей республики являются одними из самых тяжелых для проживания и адаптации детского организма. Дискомфортные температурные, световые условия, недостаточность солнечного света, сильные ветра, резкие перепады давления существенным образом сказываются на функциональном состоянии растущего организма.

Работая на участке педиатрические сестры Республики отлично осведомлены о самых неблагоприятных факторах окружающей среды, способных повлиять на здоровье ребенка.

Климат северных регионов и в частности Якутии резко континентальный. Колебание температур от +40 °С летом до –60 °С зимой. На территории республики, в Оймяконе, находится Полюс холода Северного полушария планеты, где зафиксирована температура –71,2 °С. Зимой малая высота солнца обуславливает короткий день на всей территории Якутии. Переходные периоды – весна и осень – очень короткие.

Дети входят в одну из основных групп риска вследствие влияния всех этих экстремальных климатических условий. В северных регионах до 70% детей имеют отклонения в состоянии здоровья. – круглой цитатой. Согласно сведениям о числе заболеваний зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания ЛПУ (Форма-12), показатели заболеваемости болезнями органов дыхания значи-



Если малыш родился в летнее время, прогулку обычно разрешают с первых дней жизни. Для «зимних» малышей прогулка разрешена с 10–14 дня жизни, при условии, что температура воздуха на улице выше –10 –12°С мороза и безветренно. Продолжительность первой прогулки 5–10 мин., время пребывания на улице увеличивается постепенно. При более низкой температуре медицинские сестры рекомендуют молодым мамам провести подобие прогулки на веранде или лоджии, а при их отсутствии потеплее одеть малыша на время дневного сна и открыть в комнате окно. За 15–20 минут до ожидаемого пробуждения окно закрыть, чтобы восстановить в комнате нормальную температуру.

тельно выше в период с октября по март.

Ещё одним негативным фактором, воздействующим на детский организм в условиях севера, является недостаточность витамина D. В северных районах солнечное излучение способно обеспечить образование витамина D3 в коже в течение 4 месяцев в году (с середины апреля до середины августа). А в районах Крайнего Севера около 3 месяцев и менее (с мая по июнь). Тогда как в Европейской части России – 6–7 месяцев в году (с марта по октябрь).

Если не принимать специальных профилактических мер, воздействие всех этих факторов может снизить защитные силы детского организма, способствовать развитию ряда заболеваний. Поэтому для детей, живущих в северных районах, разработаны специ-

альные рекомендации по правилам прогулок и профилактике рахита.

Экстремально низкие температуры ведут к различным негативным последствиям. Дети быстрее охлаждаются и гораздо чувствительнее к температурным колебаниям. Это вызывает напряжение системы терморегуляции и, как следствие, повышение основного обмена. Северные дети находятся в неравных стартовых условиях жизни по сравнению с детьми других регионов страны и болеют в 2,5 раза чаще.

Медицинская сестра проводит беседы с родителями о правилах прогулки, правильном подборе одежды согласно погодным условиям и продолжительности прогулки.

В структуре заболеваний детей в наших климатических условиях:

Первое место занимают болезни органов дыхания.

Второе место – болезни пищеварительной системы.

Третье место – болезни нервной системы.

По детской консультации ГБУ РС (Я) ЯГБ № 3 за 2013 год болезни органов дыхания составили 63%, болезни ЦНС 6,2% и болезни пищеварительной системы – 5,7%. Особенно чувствителен детский организм к дефициту солнечной радиации и неравномерному распределению ее в течение года. У детей развивается недостаточность витамина D и нарушается фосфорно-кальциевый обмен, ведущий к изменению нервно-мышечной возбудимости и повреждению скелета, особенно у детей до 1 года. Поэтому особое значение в нашей республике уделяется профилактике рахита. В поликлинике № 3 за 2012 год впервые поставлен диагноз «Рахит» только 6 детям, что говорит о своевременной и эффективной профилактике данного заболевания.

Для профилактики рахита дети в Республике Якутия должны ежедневно получать витамин D в дозе 1000 МЕ в осенне-зимне-весенний период первые два года жизни, начиная с 4–5-й недели жизни ребёнка. Минимальная профилактическая доза витамина D составляет для здоровых доношенных детей раннего возраста 400–500 ЕД в сутки.

Ещё одной немаловажной проблемой в районах Севера является дефицит йода. Снижение функциональной активности щитовидной железы в нашей республике является одной из важнейших причин ухудшения состояния здоровья детей. По поликлинике

№ 3 Республики в период с января по ноябрь 2013 года взяты и состоят на диспансерном учёте с эндемическим зобом 41 ребёнок. По исследованиям последних лет, количество йода в организме человека снижается с сентября по январь, затем постепенно начинает повышаться, затем опять снижается. Учитывая этот факт, у нас в Якутии рекомендуется принимать препараты йода с сентября до конца апреля и усиленно питаться продуктами, богатыми йодом. Роль медицинской сестры в профилактике дефицита йода у детей состоит в контроле за выполнениями назначений врача, проведении бесед с родителями о правилах питания.

Большое внимание в работе уделяется факторам не только погодным, но и окружающей среды, экологии, благоустройства. На некоторых участках нашей поликлиники санитарно-гигиеническая обстановка является неудовлетворительной и оказывает дополнительное негативное воздействие на здоровье детей. Неблагоустроенное или частично благоустроенное жильё, отсутствие центрального водоснабжения и водоотведения для сточных вод, неудовлетворительная санитарная очистка – все эти факторы сказываются



на экологическом состоянии среды и имеют непосредственное отношение к заболеваемости детей воздушно-капельными и кишечными инфекциями. Такая неблагоприятная обстановка налагает повышенную ответственность на медицинскую сестру в работе с семьей, особенно семьей с низким образовательным и социальным статусом.

#### **Задачи участковой медицинской сестры включают:**

- Проведение дорожных патронажей беременным женщинам
- Патронаж новорожденных и детей до 1 года жизни
- Проведение индивидуальных и групповых бесед с родителями в поликлинике и на дому по вопросам ухода за ребёнком, режима дня и питания, преимуществ грудного вскармливания, технике кормления грудью, правилам закалывания, гимнастики, массажа, профилактических прививок, правил прогулок в климатических условиях Севера
- Планирование профилактических прививок и контроль за их проведением.
- Профилактика социально значимых для нашего района заболеваний, таких как туберкулёз, рахит, болезни органов дыхания и щитовидной железы
- Диспансерное наблюдение за детьми, находящимися на диспансерном учёте, инвалидами и подростками.
- Санитарно-просветительная работа. Организация санитарно-просветительских выставок и уголков здоровья, выпуск санбюл-





экономические условия семьи. Сестра проводит беседу с матерью, уточняет течение беременности и родов, изучает выписной эпикриз, выясняет тревоги и проблемы семьи, связанные с рождением ребенка. Особое внимание уделяет условиям пребывания ребёнка. Проводится обследование ребенка, осмотр кожи и слизистых, оценивает рефлексы. Смотрит активность сосания и характер вскармливания. Также обращает внимание на плач ребенка, дыхание. Пальпирует животик и осматривает большой родничок, пупочную ранку.

Также при проведении первичного патронажа медицинская сестра узнаёт о самочувствии матери, соматическом и психическом здоровье, состоянии лактации, характере питания. Осматривает молочные железы матери, даёт рекомендации по охране своего здоровья: дневной отдых, разнообразная пища, усиленный питьевой режим, соблюдение личной гигиены.

Медицинская сестра обучает маму режиму дня и питанию для улучшения лактации, правильному вскармливанию ребенка, уходу за ним, методом вскармливания, убеждает родителей в необходимости регулярно наблюдаться у врача и выполнения всех его рекомендаций. Обучает маму и всех членов семьи технологии психо-эмоционального общения с ребенком.

Самой важной задачей медсестры является научить маму правильно выполнять ежедневные для малыша манипуляции:

- обработка пупочной ранки;
- купание ребенка;
- подмывание;
- обработка носика, ушей, глаз;
- уходу за кожей и ногтями;

Систематически бывая в семье, участковая медсестра указывает и даже наглядно показывает приемы, обеспечивающие своевременное развитие и воспитание полезных навыков у ребёнка. Обучает маму приготовлению блюд прикорма, технике проведения массажа и комплексу гимнастики, рассказывает о методах закаливания, контролирует

выполнение назначений врача по профилактике рахита

Дети старше одного года, также находятся под наблюдением. Частота осмотров зависит от возраста и состояния здоровья ребенка.

Роль медицинской сестры в организации и проведении диспансерного наблюдения:

- Чёткий учёт всех детей с выявленной патологией;
- Контроль за сроками проведения диспансеризации;
- Активное наблюдение детей состоящих на диспансерном учёте;
- Приглашение детей, находящихся на диспансерном учёте, к врачу;
- Оформление документации, относящейся к диспансеризации (форма № 030у, диспансерный журнал).
- Выполнение врачебных назначений.

В педиатрическом участке № 12 на диспансерном учёте на начало 2014 года состояло 308 детей. Численность детей инвалидов – 22. Наблюдение и патронаж проводятся 1 раз в квартал. Но по назначению врача, при показаниях, наблюдение ребенка проводится более активно.

Конечно, нельзя сказать, что в работе ЯГБ № 3 и в частности детского отделения нет никаких проблем, но уже решён вопрос о компьютеризации рабочих мест, поликлиника оснащена высокотехнологичным оборудованием (аппараты УЗИ, компьютерный томограф и т. д.). Строится новое здание больницы, срок сдачи 4 квартал 2014 г.

Мы радуемся этим успехам нашего здравоохранения и стараемся сделать все возможное для сохранения здоровья наших маленьких якутян!

летеней и методических рекомендаций о пропаганде здорового образа жизни в семье, преимуществах грудного вскармливания, правилах введения прикорма, плане осмотра детей декретированных возрастов, региональном календаре профилактических прививок и прививок по эпидемиологическим показаниям. Памятки для родителей о правилах воспитания детей раннего возраста (режим питания, физическое воспитание, закаливание, массаж, гимнастика, гигиенический уход и т. д.), профилактике заболеваний и отклонений в развитии ребенка, а также подготовке к поступлению в дошкольные учреждения и школу. Ведётся тесная работа с Окружной администрацией территориального участка по вопросам вывоза отходов, проблеме бродячих собак, сточных вод и противопожарной безопасности.

Особо значимым из всего перечисленного является патронаж детей на дому. Ежедневно проводится не менее 8 патронажей, независимо от погодных условий.

Патронаж – это одна из наиболее эффективных форм влияния на семью. Во время первого патронажа новорожденного медицинская сестра оценивает состояние здоровья ребенка, состояние здоровья матери, социально-



# В КАПЛЕ КРОВИ — ЖИЗНЬ

Третье воскресенье июня – особая дата для медицинского сообщества. В этот день мы отмечаем наш праздник – «День медицинского работника». Для Республики Марий Эл стало традицией то, что каждый год праздник имеет особую направленность, свою «изюминку». В 2014г. особое внимание было уделено медикам-донорам.

До сих пор не создано лекарственного средства, способного адекватно заменить компоненты и препараты донорской крови. Здоровье, а очень часто и жизнь многих пациентов зависят от того, насколько лечебное учреждение обеспечено гемотрансфузионными средами. Медицинские работники на протяжении своей профессиональной деятельности сталкиваются с подобными ситуациями нередко. А осознав важность и значимость гемокомпонентов, многие становятся донорами. Кто-то сдает кровь только в случае экстренной потребности, а кто-то становится постоянным донором. Из 3065 доноров республики, имеющих звание «Почетный донор России», почти 200 человек – это медики.

На торжественном мероприятии, посвященном Дню медицинского работника, были отмечены и награждены ценными подарками представители семейных династий доноров, мо-

лодые специалисты и учащиеся Йошкар-Олинского медицинского колледжа, имеющие максимальное число донаций.

Так, Марк Дементьев, студент Йошкар-Олинского медицинского колледжа, в свои 23 года уже имеет 8 кроводач и 42 плазмодачи. Марку присвоено звание Почетный донор, его имя наравне с именами ветеранов донорского движения республики звучало в качестве примера для молодежи.

А ветераны здесь совершенно особенные. Об одном из таких уникальных людей – Зое Ивановне Шабалиной – просто нельзя не рассказать.

Зоя Ивановна проработала медицинской сестрой хирургического отделения Новоторьяльской Центральной районной больницы 51 год!

Грамотную, квалифицированную, заботливую медицинскую сестру знает весь поселок, а кто лечились в те годы, и сегодня добрым словом отзываются о Зое Ивановне. Многим людям она спасла жизнь, дав свою кровь. Зоя Ива-

новна 172 раза участвовала в донациях, сдав в общей сложности более 50 литров крови. Первая кроводача была еще в далеком 1948 году. За активное участие в безвозмездном донорстве Зоя Ивановна награждена Медалями трех степеней, Юбилейной медалью Красного креста, с 1973 года является «Почетным донором СССР».

Зоя Ивановна – мама, бабушка, прабабушка. Её сын Виктор Германович так же является

*В соответствии со статьей 11 Закона РФ «О донорстве крови и ее компонентов» награждаются граждане, сдавшие бесплатно кровь 40 и более раз или плазму – 60 и более раз. Представление к награждению оформляется учреждениями здравоохранения, занимающимися заготовкой крови и ее компонентов (станции и отделения крови), на основании подтверждающих документов: учетной карточки донора или, в случае изменения места жительства, справки учреждения службы крови о количестве кровосдач.*

Почетным донором России.

Многолетний и добросовестный труд Зои Ивановны отмечен большим количеством благодарностей, Почетных грамот, она занесена в Книгу Почета Новоторьяльской ЦРБ.

## ВЕТЕРАН МИЛОСЕРДИЯ

В 84 ГОДА ПОЧЕТНЫЙ ДОНОР НЕ ЗНАЕТ, ЧТО ТАКОЕ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

Кого ни спроси в Новом Торьяле, всем известно это имя – Зоя Ивановна Шабалина. При этом непременно у людей светлеют лица и ощущается доброжелательное отношение к медсестре.

В этом году у нее будет юбилей – 85 лет. Но Зоя Ивановна

до сих пор активна, не теряет интереса к жизни, много времени занимается любимым занятием – вышиванием крестиком сюжетных картин из любимых сказок. А в эти дни она с иголкой и ниткой создает портрет любимой внучки. Ее переполняет позитив, который пе-

редается каждому ее собеседнику.

Более полувека она проработала на одном месте – медсестрой в хирургическом отделении центральной районной больницы. Так что все новоторьяльские медработники, работавшие с середины прошлого

века, – ее коллеги, а многим пациентам она помогала восстановить здоровье.

А еще она 172 раза сдавала донорскую кровь. "Наш четырежды почетный донор", – говорят о ней новоторьяльские медики. Потому что для того, чтобы получить звание "Почетный донор", необходимо сдать кровь не менее 40 раз! Этот норматив перекрыт с лихвой.

– В далеком 1945 году училась в Юринской школе медицинских сестер, – рассказывает о себе Зоя Ивановна. – Однажды пациенту экстренно потребовалась кровь, так впервые и неожиданно для себя стала донором. И потом еще не раз пришлось сдавать целительную кровь. Не за деньги и не за отгулы. В те годы все кровь сдавали безвозмездно. И о никаких наградах за это никто не думал. Другое было время – послевоенное.

В 1950 году она вышла замуж, тогда же и началась ее трудовая деятельность в должности медсестры хирургического отделения в Новом Торьяле. Часто приходилось прямо на рабочем месте, во время операции сдавать кровь, если требовала ситуация. А однажды было и прямое переливание: надо было спасти больного.

– Меня иногда спрашивают: не вредно ли кровь свою отдавать? Вот что расскажу. Соседка как-то пожаловалась – голова болит, спросила у меня: чем, мол, лечишься в такой ситуации? А я и не знаю, что это такое – головная боль, – продолжает рассказ моя собеседница. – Давление, правда, в последнее время часто подскакивает, а голова – нет, не болит. Не знаю точно, связано ли это с моим донорством. Не скажу. Но головная боль меня не беспокоит. Да и, признаться, слава богу, никогда я не болела. Лишь на операции была – камушки из почек удалили.

За долгую трудовую жизнь у нее было много разных поощрений. Почет-



ных грамот в домашнем архиве ветерана медицинской службы столько, что хватит завесить стену в квартире. Особые награды – грамоты, значки, медали – за донорство. За них в прямом смысле кровь отдавала.

А самой высокой наградой для себя Зоя Ивановна считает те добрые слова, которые при встрече произносят земляки с новоторьяльской округи. На днях, например, женщина из деревни Елембаево так и сказала: "Большое спасибо, Зоя Ивановна! Во мне течет и твоя кровь".

Накануне Дня медицинского работника поздравить ее от имени родной Новоторьяльской центральной районной больницы зашла главная медицинская сестра Людмила Егосина. Она вручила красивый букет роз, передала и поздравления, и приветы от коллег, а еще – приглашение на праздничный обед. Коллегам было о чем поговорить, они вместе работали. Обе – почетные доноры.

– Однажды на операционный стол попал племянник, ему потребовалось и помогло прямое переливание крови, – рассказывает Людмила Викторовна. – С тех пор то и дело сдавала кровь, 45 раз уже. Сначала к этому привыкаешь, а потом даже и потребность возникает. Медицинским работникам республики, думаю, часто придется становиться донорами. Среди них наша Зоя Ивановна по кровосдаче – "самый главный" донор. Это призвание такое – помогать людям восстановить их здоровье. Потребуется – и своей кровью.

А в конце нашей беседы обе женщины просили передать поздравление всем своим коллегам в республике с Днем медицинского работника и пожелание им всего самого доброго и, конечно, крепкого здоровья.

**Геннадий Емельянов.**

*(п.Новый Торъял,*

*Республика Марий Эл).*

**Фото Геннадия Емельянова.**



# Без боли и страха

## ПРОЦЕДУРА ВЗЯТИЯ ВЕНОЗНОЙ И КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ И НОВОРОЖДЕННЫХ

**В**зятие крови у детей всех возрастов является одной из самых сложных процедур с которой сталкивается медицинский персонал в своей работе. Для более качественного, безболезненного, а также безопасного взятия крови у детей и новорожденных медицинский работник должен обладать всеми необходимыми навыками, руководствуясь стандартами и рекомендациями, основанными на международном и отечественном опыте. На сегодняшний день одним из основополагающих документов является руководство Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) по флеботомии.

### Выбор метода взятия крови

Выбор процедуры взятия крови зависит от ряда условий, включая: возраст и вес ребенка, его анатомические особенности, необходимый объем образца крови, а также тип лабораторного анализа. Не зависимо от возраста ребенка предпочтение отдается пробам венозной крови, как с точки зрения дальнейшего лабораторного исследования, так и в силу меньшей болезненности процедуры,

по сравнению со взятием капиллярной крови. В тех случаях, когда требуется подготовить образец капиллярной крови, необходимо учитывать возраст и вес ребенка для выбора подходящего места пункции. Так, у детей до 1 года капиллярная кровь берется из области пятки, а после года, из среднего или безымянного пальца. При этом рекомендуется использовать специальные ланцеты для каждой из этих областей. Поскольку взятие больших объемов крови у детей, особенно недоношенных, может являться причиной малокровия, необходимо убедиться, что объем взятой крови не превышает максимально допустимый. Максимальный объем крови, как для единовременного взятия, так и в пределах одного месяца имеет соотношение в зависимости от веса ребенка (табл. 1).

### Рекомендации по взятию венозной крови у детей

#### Инструменты и оборудование

- Иглы-бабочки для венепункции калибром 23–25G (0.6–0.5 мм) с коротким катетером (15–20 см). Предпочтение отдается «безопас-

Таблица 1

Вес ребенка (кг)	Максимальный единовременный объем взятия крови (мл)	Максимальный объем взятия крови в течение 1 месяца (мл)
2.7–3.6	2.5	23
3.6–4.5	3.5	30
4.5–6.8	5	40
7.3–9.1	10	60
9.5–11.4	10	70
11.8–13.6	10	80
14.1–15.9	10	100
16.4–18.2	10	130
18.6–20.5	20	140
20.9–22.7	20	160
23.2–25.0	20	180
25.5–27.3	20	200
27.7–29.5	25	220
30.0–31.8	30	240
32.3–34.1	30	250
34.5–36.4	30	270
36.8–38.6	30	290
39.1–40.9	30	310
41.4–43.2	30	330
43.6–45.5	30	350

ним» иглам, с механизмом деактивации иглы, минимизирующим риск случайного укола и контакта с кровью медперсоналом или ребенком.

- Специальные (педиатрические) вакуумные пробирки с низким содержанием вакуума для получения малого объема образца крови (1–4 мл).

#### Место венепункции и методы удержания ребенка в необходимой позиции

- В зависимости от возраста и анатомических особенностей ребенка местом венепункции могут являться: срединная локтевая вена, латеральная подкожная вена руки, дорсальные вены рук и ног, большая подкожная вена ноги, боковые вены волосистой части головы.
- С помощью опытного медперсонала и/или проинструктированных родителей необходимо оптимально расположить руку или голову ребенка в положении лежа или сидя (Рисунок 1).
- Желательно избегать наложение жгута. При необходимости использования жгут должен использоваться менее 1 минуты.

#### Процедура венепункции

- Удостоверьтесь в соответствии персональных данных на лабораторном бланке
- Определите место венепункции и проведите дезинфекцию места венепункции

**Для детей младше 2 мес в качестве антисептика НЕЛЬЗЯ использовать хлоргексидин.**

- Определите место венепункции и проведите дезинфекцию соответствующей области
- Зафиксировав руку введите иглу в вену под углом около 30°

**Всегда используйте оригинальный совместимый комплект: игла (или**

#### **игла-бабочка), держатель для пробирок и вакуумные пробирки**

- Заполните необходимое количество пробирок, соблюдая принятый порядок заполнения и количество перемешиваний. Установите заполненные пробирки вертикально в штативе.
- После извлечения иглы слегка прижмите место прокола стерильным тампоном и закрепите его с помощью лейкопластыря
- Утилизируйте использованные инструменты согласно правилам утилизации
- Проверьте маркировку и бланки на предмет точности данных и подготовьте образцы крови к транспортировке

#### Рекомендации по взятию капиллярной крови у детей

Несмотря на то, что венозная кровь является наиболее предпочтительной для проведения анализов, в некоторых случаях возникает необходимость использования капиллярной крови. Показаниями для взятия капиллярной крови являются:

- осложнения, связанные с взятием венозной крови у конкретных пациентов;
- повреждения места взятия венозной крови (например, ожоги, отеки и др.);
- необходимость частого взятия небольших объемов крови (например, для определения уровня глюкозы и др.)
- необходимость однократного взятия небольшого объема крови, в случае, если капиллярная кровь подходит для проведения данного теста.

Во время процедуры взятия капиллярной крови следует помнить, что при данном способе возможно обра-

зование микросгустков крови, если кровоток медленный и процедура проходит дольше, чем обычно время (более 30 секунд). Поэтому, необходимо правильно подготовить поверхность кожи пятки или пальца ребенка для увеличения кровотока.

#### Процедура взятия капиллярной крови из пятки у детей до 1 года

Для взятия капиллярной крови у детей до 1 года наиболее безопасным считается использование пятки. В пяточной области содержится достаточное количество сосудов и относительно немного нервных окончаний. Из пяток могут забираться небольшие, но подходящие для проведения многих лабораторных тестов объемы крови. К противопоказаниям для проведения пункции пяточной области относятся: плохое кровоснабжение, местные отеки, местное инфицирование, повреждения кожи на месте проведения пункции, а также нарушения свертываемости крови.

Для взятия капиллярной крови у детей до 1 года рекомендуется использовать специальные пяточные ланцеты с фиксированной глубиной надреза. Глубина пункции пятки должна составлять не более 2 мм, а для недоношенных детей и новорожденных с недостаточной массой тела, не более 0,85 мм. С целью предупреждения повреждений пяточной кости местом проведения пункции являются медиальная и латеральная части пяточной области (рис. 2).

При выборе пяточных ланцетов наибольшее значение имеют такие параметры, как безопасность, безболезненность, простота использования и достаточный объем полученного образца.



Рис. 1. Способы удержания ребенка при процедуре венепункции (материалы ВОЗ)



Рис. 2. Область проведения пункции и техника взятия капиллярной крови у детей до 1 года

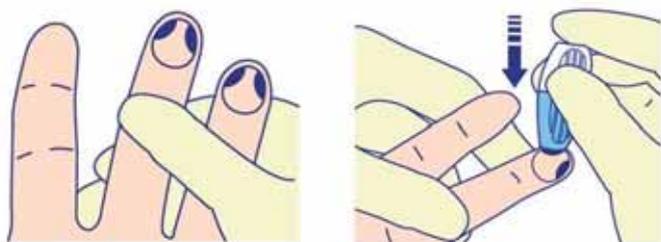


Рис. 3. Область проведения пункции и техника взятия капиллярной крови у детей старше 1 года

### Процедура взятия капиллярной крови из пальца у детей старше 1 года

Детям старше 1 года взятие капиллярной крови рекомендуется производить из пальцев руки.

Подготовка пациента и места пункции к взятию крови совпадает с подготовкой пациента для взятия крови из пятки за исключением того, что рекомендуемые места для взятия капиллярной крови – это боковые части подушечки среднего и безымянного пальцев (рис. 3). Следует избегать взятия крови из большого и указательного пальцев, а также из мизинца. Основные рекомендации по процедуре взятия капиллярной крови из пальца у детей старше 1 года приведены в таблице 2.

Согласно рекомендации ВОЗ, для детей старше 1 года глубина прокола в области подушечки пальца должна составлять не более 1,5 мм. Для детей старше 8 лет глубина прокола должна не превышать 2,2 мм. В случае более глубокого прокола, возможно травмирование кости ребенка и развитие воспаления костной ткани – остеомиелита. Учитывая анатомическую особенность ребенка следует выбирать удобные безопасные ланцеты, обеспечивающие достаточный ток крови при наименее болезненной пункции.

Широкое распространение получили одноразовые контактно-активируемые ланцеты с фиксированной глубиной прокола. Такие ланцеты активируются при нажатии специальной контактной площадкой на кожу пальца. При нажатии, игла ланцета автоматически производит прокол кожи и убирается в корпус ланцета с помощью пружинного механизма. Использование автоматических контактно-активируемых ланцетов позволяет проводить пункции с контролируемой глубиной прокола, а также исключает вероятность укола медицинского работника или ребенка. Подобный механизм позволяет предотвратить не только травмы ребенка, но и инфицирование гемоконтактными инфекциями, такими как ВИЧ или гепатит.

Ланцеты с фиксированной глубиной прокола до 1,5 мм (размер иглы 30G), позволяют получить одну каплю крови и рекомендуются в случае частых процедур взятия капиллярной крови (например, для определения глюкозы на портативных анализаторах), поскольку размер иглы минимизирует болевые ощущения при пункции. Ланцеты с глубиной прокола 1,8 мм (размер иглы 21G) позволяют получить до 250 мкл капиллярной крови за одну пункцию.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Сборник материалов для медицинской сестры отделения новорожденных. Издательство РАМС, С.Петербург, 2013
2. Осипова В.Л. Руководство по забору проб венозной крови для лабораторных исследований. Москва, 2010
3. CLSI (formerly NCCLS): Procedures for the collection of diagnostic blood specimens by venipuncture; Approved Standard – Sixth Edition. CLSI document H3-A6 (ISBN 1–56238–650–6). Clinical and Laboratory Standards Institute, 940 West Valley Road, Suite 1400, Wayne, Pennsylvania 19087–1898 USA, 2007.
4. WHO guidelines on drawing blood: best practices in phlebotomy. (ISBN 978–92–4–159922–1) © World Health Organization 2010.

Таблица 2

### Процедура взятия капиллярной крови при помощи пункции пальца у детей старше 1 года

Процедура	Комментарии
1. Объясните суть проведения процедуры родителям и обеспечьте ребенку комфортное положение в кресле со спинкой, расположив руки на ровной поверхности.	Руки располагаются на поверхности для того, чтобы мышцы были расслаблены.
2. Проведите гигиену рук, выберите необходимое оборудование для взятия крови. При возможности используйте безопасные автоматические ланцеты с фиксированной глубиной прокола.	Убедитесь в том, что был выбран подходящий для пациента размер ланцета. Контроль глубины прокола необходим для избегания травмирования костной ткани фалангов пальцев.
3. Выберите место проведения пункции на боковой стороне среднего или безымянного пальцев и разогрейте палец с помощью теплой ткани или теплой воды до 40–42°C.	Согревание пальцев значительно повышает кровоток (примерно в семь раз), что приводит к уменьшению гемолиза/кровоподтеков. Нагрев свыше 42°C может вызвать сворачивание белков и ожог.
4. Оденьте перчатки.	
5. Поверните руку ребенка ладонью вверх, удерживая выбранный палец.	Уверенное удержание руки позволяет избежать ее движения во время проведения пункции.
6. Очистите место проведения пункции с помощью кожного антисептика и дайте ему высохнуть.	Остатки спирта могут вызвать гемолиз и ошибочные показатели содержания сахара в крови.
7. Быстро проколите кожу с использованием автоматического ланцета и сотрите тампоном первую каплю крови.	Первая капля крови содержит тканевую жидкость и может содержать спирт, который может повлиять на результаты теста.
8. Переверните ладонь вниз так, чтобы кровь стекала по пальцу в пробирку. Пробирку расположите немного ниже места прокола. Не применяйте сильное сдавливание пальца для увеличения кровотока.	Сама процедура взятия капиллярной крови и соответствующие пробирки не являются стерильными. Поэтому нельзя касаться пробиркой места прокола. Сильное сдавливание может привести к получению гемолитических образцов, повреждениям кожи и загрязнению образца тканевой жидкостью.
9. После завершения взятия крови плотно прижмите место прокола стерильным тампоном или бинтом до тех пор, пока кровотечение не будет остановлено.	Использование бактерицидных пластырей/бинтов не требуется и может привести к мацерации тканей во время их удаления.
10. Утилизируйте отходы соответствующим методом.	Поместите ланцет в контейнер для острых предметов, а пропитанные кровью материалы – в контейнер для биологически опасных материалов.
11. Направьте промаркированный образец крови в лабораторию.	На этикетке должны быть указаны имя пациента, идентификационный номер, отделение, дата, время и имя специалиста, проводившего взятие крови.

# СНИЖЕНИЕ ТРУДОЗАТРАТ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СОВРЕМЕННЫХ ИНФУЗИОННЫХ СИСТЕМ



■ **Юркова Юлия Владимировна**  
 Медицинская сестра палатная  
 отделения реанимации и интенсивной  
 терапии БУЗ ОО «Больница скорой  
 медицинской помощи № 1» г. Омск

**Актуальность темы.** Инфузионная терапия играет важную роль в современной медицине, поскольку внутривенное введение лекарственных препаратов является неотъемлемым компонентом лечения любого серьезного заболевания. Инфузии различных растворов решают широчайший спектр задач при оказании помощи пациентам – от локального введения лекарственных веществ до поддержания жизнедеятельности всего организма. Инфузионная терапия на сегодняшний день является самой распространенной среди медицинских услуг.

В отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) в год выполняется около 25-ти тысяч инфузий, и количество их с каждым годом возрастает, что влечёт за собой увеличение нагрузки на медицинскую сестру. В ОРИТ сбор инфузионных систем и мониторинг стабильности инфузионных линий входит в обязанности медицинской сестры и занимает значительную часть её рабочего времени. Снижение трудозатрат на этот раздел деятельности позволит медицинской сестре уделить больше внимания выполнению мероприятий по уходу за пациентом, тем самым повысить качество оказания медицинской помощи пациентам отделения.

Инфузионная терапия – высокоэффективный метод лечения, применяе-

мый при широком круге заболеваний и патологических состояний. Однако, являясь достаточно агрессивным по своей сути вмешательством, она всегда сопряжена с возможностью развития побочных эффектов или осложнений. Большое значение имеют расходные материалы для проведения кратковременной или длительной инфузионной терапии. Изделия должны быть выполнены из высококачественных нетоксичных материалов, удобны и безопасны в эксплуатации.

**Цель исследования** – снизить трудозатраты медицинской сестры на выполнение инфузии, повысить безопасность и качество её выполнения.

**Методы исследования:** наблюдение (карты наблюдения), опрос, изучение документальных источников (листы наблюдения за периферическим венозным катетером, история болезни).

**Практическая значимость** – оптимизация работы медицинской сестры при проведении инфузионной терапии с помощью современных инфузионных систем позволит уменьшить её трудозатраты на проведение инфузии.

**Дизайн исследования.** Исследование экспериментальное. 30 пациентов – группа исследования, которым проводилась инфузионная терапия современными инфузионными системами; 30 пациентов – группа контроля, которым проводилась инфузионная терапия традиционными инфузионными системами.

## Результаты исследования.

В результате наблюдения за безопасностью проведения инфузии (рис. 1) получены следующие данные:

- при работе с традиционными и современными системами в момент прокалывания пробки флакона металлической иглой в 88% случаев происходит загрязнение твёрдыми частицами лекарственного раствора. Современная инфузионная система отличается от традиционной наличием мем-

браны, которая удерживает твердые примеси и препятствует их проникновению в инфузионную трубку.

- При использовании традиционной системы для вливания инфузионных растворов в 100% случаев происходит утечка лекарственного раствора из капельницы инфузионной системы. При использовании современных инфузионных систем случаев утечки лекарственного раствора из капельницы не наблюдалось, так как система снабжена воздухонепроницаемой мембраной, которая при опорожнении инфузионного флакона препятствует проникновению воздуха в инфузионную трубку и поддерживает постоянный уровень жидкости.
- При использовании традиционной инфузионной системы в 18% случаев происходило отсоединение от катетера, установленного в вену пациента. При использовании современной инфузионной системы случаев отсоединения системы от катетера не выявлено, так как она снабжена герметичным винтовым соединением.
- В традиционной системе в 98% случаев утечка (подтекание) из заглушки возникает после ее проколов иглой до четырех раз. В современной системе утечки не было выявлено, так как она имеет заглушки с инъекционной мембраной, изготовленной из специального и прочного материала, по-

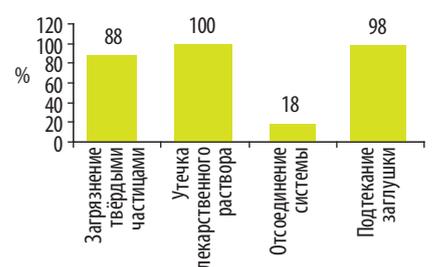


Рис. 1. Безопасность инфузии

звляющего прокалывать ее более ста раз.

Исходя из полученных данных, можно с уверенностью сказать, что при использовании традиционных систем для инфузий возникает ряд технических проблем, таких как протечки лекарственного препарата, попадание твердых частиц в лекарственный препарат, отсоединение системы от катетера, введенного пациенту, которые свидетельствуют о недостаточном качестве таких систем и низком уровне безопасности.

Современные инфузионные системы (Приложение № 1) лишены таких недостатков и отвечают самым высоким требованиям безопасности. Они эффективно снижают риск возникновения осложнений инфузионной терапии, обеспечивая максимальное удобство применения для медицинского персонала.

Анализ трудозатрат (Рис.2) медсестер отделения на проведение инфузии позволил выявить, что качественнее и быстрее инфузию выполняли квалифицированные медицинские сестры, имеющие квалификационную категорию, чем молодые специалисты и студенты ОГМА, не имеющие специального образования по сестринскому делу.

Рис. 2

Параллельно с проводимыми наблюдениями за техникой инфузионной терапии среди медицинских сестёр отделения реанимации был проведён опрос для выявления наиболее безопасного и приоритетного средства проведения инфузионной терапии.

Результаты опроса медицинских сестёр отделения реанимации таковы:

1) 82% медицинских сестёр считают, что для работы удобнее использовать флаконы с раствором для инфузии из пластика и наиболее безопасно для пациента использование самоклеющейся фиксирующей повязки;

2) 77% медицинских сестёр отделения реанимации предпочитают использовать для инфузии современные системы для вливания инфузионных растворов;

3) 91% медицинских сестёр предпочитают использовать инфузионные краны и разветвительные линии;

4) 86% медицинских сестёр считают безопаснее герметичное винтовое

фиксирующее устройство между системой и катетером и более функциональными инфузионные коннекторы и заглушки с инъекционной мембраной.

Нельзя забывать и о профилактике таких серьёзных осложнений, как воздушная эмболия и инфицирование. Даже кратковременные, не тяжёлые случаи возникновения этих осложнений требуют дополнительных исследований и проведения интенсивной терапии в отделениях реанимации от 3-х и более дней, в тяжёлых случаях возможен и летальный исход. Эти осложнения могут значительно ухудшить состояние пациента, а также привести к дополнительным финансовым расходам медицинской организации, ведь стоимость лечения в отделении реанимации составляет десятки тысяч рублей.

Необходимо также учитывать и экономическую составляющую. Средняя оптовая цена традиционной системы для вливания инфузионных растворов составляет около 11 рублей, а цена современной системы для вливания инфузионных растворов – около 20 рублей. Конечно, разница в 9 рублей это значительные расходы для бюджета больницы, ведь ежегодно больница закупает до 200 тысяч инфузионных систем. Но необходимо помнить, что традиционную систему можно использовать в течение 24 часов, а современную в течение 72 часов. Из этого следует, что использование современных систем для проведения инфузии экономически более привлекательно.

#### Выводы:

Современные инфузионные средства более герметичны, не допускают утечки лекарственного вещества, удобны при сборке и эксплуатации, что обеспечивает наименьшую потерю вводимого лекарственного вещества. Медицинская сестра более эффективно использует время на осуществление мониторинга и ухода за пациентами, что особенно важно в условиях отделения реанимации.

В отделении реанимации сбор инфузионных систем и контроль над стабильностью инфузионных линий входит в обязанности медицинской сестры и занимает значительную часть её рабочего времени. Снижение трудозатрат на этот раздел деятельности позволяет медицинской сестре уделять

больше внимания выполнению мероприятий по уходу за пациентом, тем самым, улучшая качество оказания медицинской помощи.

Внедрение в практическую деятельность медицинской сестры современных систем для вливания инфузионных растворов избавляет медицинскую сестру от многократных замен традиционных инфузионных систем из-за нарушения герметичности инфузионной линии, постоянного сливания лекарственного раствора, порой дорогостоящего.

Из выше изложенного можно сделать вывод, что применение современных инфузионных систем в практическую деятельность медицинской сестры позволит значительно повысить качество оказываемых медицинской сестрой услуг и облегчит труд медицинской сестры, сохраняя время и, главное, качество помощи пациентам.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Вестник Ассоциации медицинских сестёр России // Критическая оценка научных исследований в сестринском деле: качественные исследования. – Москва. – 2012. – № 5/9. – С. 12–30.
2. Вестник Ассоциации медицинских сестёр России // Катетеризация периферических вен. – Москва. – 2012. – № 1/5. – С. 19–20.
3. В помощь практикующей медицинской сестре // Венепункция. Практическое руководство по взятию крови на исследование. – Москва. – 2012. – № 3 (33). – С.
4. Методические рекомендации по обеспечению и поддержанию периферического венозного доступа: руководство для медицинских сестёр / Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестёр России». – Санкт-Петербург: ООО «Береста», 2012. – 20 с.
5. Организация деятельности медицинской сестры палатной // Методические рекомендации. / Сост. Т.А. Зорина, Т.Ф. Моисеева, С.А. Золотарёва, Е.А. Гаврик. – Омск. – 2011.- 457 с.
6. Ремизов И.В. Основы реаниматологии для медицинских сестёр. – Ростов – на-Дону: «Феникс». – 2008. – 255с.
7. Сестринское дело // Уход за катетером при катетеризации периферических вен. – Москва. – 2012.- № 3. – С. 23–26.
8. Сестринское дело // Как качество сестринской службы влияет на качество и

**Сравнительная характеристика инфузионных систем**

№ п/п	Параметры	Стандартная инфузионная система (рис. 1) (традиционная)	Безопасная инфузионная система (рис. 2) (современная)	Преимущества безопасной инфузионной системы (современная)
1.	Устройство для прокалывания крышки с встроенным воздушным клапаном и воздушным фильтром.	+	+	Вентиляционный канал снабжён воздушным антибактериальным фильтром и защитной крышкой.
2.	Эластичная нижняя часть капельной камеры.	+	+	Позволяет осуществить заполнение капельницы одним нажатием.
3.	Прозрачная верхняя часть капельной камеры.	+	+	
4.	Воздухонепроницаемая мембрана, которая удерживает твердые примеси и препятствует проникновению воздуха в инфузионную трубку при опорожнении инфузионного флакона, а так же поддерживает постоянный уровень жидкости.	-	+	Встроенный в капельную камеру фильтр гарантирующего высокую скорость потока.
5.	Длинные гибкие трубы.	Из латекса	Прозрачной ПВХ	
6.	Внутренняя система стерильная и апиrogenная для одноразового использования.	24 часа	72 часа	
7.	Роликовый зажим.	+	+	Сверхточный, с улучшенным контролем скорости инфузии, снабженный разъемом для утилизации прокалывающего наконечника.
8.	Герметичное винтовое соединение.	-	+	Предотвращает случайное отсоединение инфузионной системы.
9.	Защитный колпачок со встроенной мембраной, непроницаемой для бактерий, закрывающий герметичное винтовое соединение.	-	+	предупреждает вытекание раствора и защищает от микробного загрязнения, а так же позволяет автоматически заполнять инфузионную систему.

Рис. 1 Рис. 2

результат медицинской помощи. – Москва. – 2013.- № 2. – С. 4–6.

9. Сестринское дело // Повышение квалификации медсестёр при внедрении современных технологий инфузионной терапии. – Москва. – 2011.- № 8. – С. 39–42.

10. Технологии выполнения простых медицинских услуг / МЗ и СР РФ, Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестёр России». – Москва, 2009. – 320 с.

# Незаменимый помощник в организации дезинфекционного режима ЛПУ



■ **Хозяшева А.А.,**  
врач эпидемиолог ООО «Фройденберг Хаусхолд Продактс Истерн Юроп»

Сегодня средства массовой информации говорят о внедрении нано-технологий во всех областях деятельности человека. Не остались и без внимания простые, и, казалось бы, не актуальные сферы деятельности человечества, как уборка помещений разного класса чистоты.

Компания Vileda Professional является европейским лидером по производству многоцветной протирочной продукции и на сегодняшний день имеет самую широкую линейку для проведения уборки и мытья помещений.

Вот уже более 2х лет практического применения в медицине зарекомендовала себя многоцветная микроволоконная салфетка с антибактериальным эффектом – НаноТек Микро. Салфетка

разрешена к применению для проведения текущей и заключительной дезинфекции в лечебно-профилактических учреждениях на основании Инструкции № 1/14 по применению системы безвредной уборки (система «Свеп Хай-Спид» на базе комплексных тележек ОРИГО) фирмы «Vileda Professional» (Германия), зарегистрированной НИИ Дезинфектологии Роспотребнадзора.

Что представляет из себя салфетка НаноТек Микро?

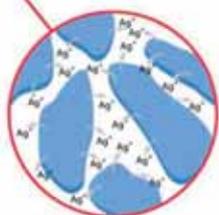
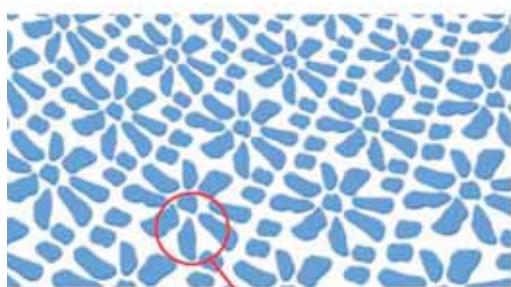
Нетканая салфетка НаноТек Микро – сделана из бесконечного бикомпонентного микроволоконна (технология Evolon®) с антибактериальным эффектом. Антибактериальный эффект достигается за счет того, что нано частицы серебра включены в саму структуру микроволоконна, и количество серебра в салфетке не снижается во время стирок или полосканий, следовательно, эффективность антибактериального действия остается неизменной в течение всего срока службы.

Бактерицидные свойства серебра известны человечеству уже более 3 000 лет: серебряная посуда, серебряные монеты в молочных бидонах (для более длительного хранения свежего молока), серебряные фильтры для воды

и т. д. Помимо подтвержденной столетиями эффективности этот бактерицидный компонент абсолютно безвреден для человека и окружающей среды.

Микроволоконно с нано частицами серебра обладает сильным антибактериальным эффектом в соответствии с директивой DIN EN ISO 20743:2007 "Текстильные материалы – Определение антибактериального эффекта продуктов с антибактериальной обработкой". При попадании микроорганизмов на поверхность салфетки ионы серебра блокируют функцию размножения бактерий, благодаря чему уже через непродолжительное время на поверхности салфетки не остается вегетативных (живых) форм условно-патогенных микроорганизмов.

Для определения силы антибактериального эффекта специалисты-микробиологи института Гогенштайн (Германия) контаминировали тестовый образец салфетки НаноТек Микро культурами *Staphylococcus aureus* ATCC 6538 и *Klebsiella pneumoniae* ATCC 4352, *E.Coli*. По истечении 18 часов были сняты пробы\*. По результатам исследования было выдано заключение о том, что салфетка НаноТек Микро обладает сильным бактерицидным действием.



Помимо этого еще одно исследование, проведенное специалистами технического центра Freudenberg Haushaltsprodukte KG, подтвердило, что после полного самообеззараживания, наступившего по истечении 25 часов с момента контаминации тестового образца продукта культурой *E.coli*, на протяжении последующих 48 часов наблюдается устойчивый бактериостатический эффект.

Означает ли это, что салфетка может дезинфицировать поверхность?

Нет! Использование салфетки НаноТек Микро не является причиной для отказа от использования или изменения концентрации дезинфицирующего средства.

Бактерицидное и бактериостатическое свойство салфетки позволяет длительное время хранить выстиранные салфетки во влажном виде без опасения размножения в них микроорганизмов и повторной контаминации. Использование серебра для производства протирочных материалов с бактерицидными свойствами – идея не новая. Однако гарантировать стабильность бактерицидного эффекта нельзя, когда частицы серебра распылены на поверхность готовой салфетки или на-

несены во время окрашивания материала. При такой технологии, частицы серебра выстирываются за 1–5 стирок и бактерицидный эффект полностью пропадет.

Специалисты компании Vileda Professional решили эту сложную задачу путем введения наночастиц серебра в структуру микроволокна, благодаря чему удалось добиться стабильности содержания ионов серебра, а, следовательно, и фактического наличия бактерицидных свойств салфетки даже после 250 машинных стирок. Стоит отметить, что рекомендованная температура стирки салфетки НаноТек Микро от 40 до 95 °С, согласно программам стирки стиральной машины. Материал салфетки устойчив к кислотным растворам и большей части дезинфицирующих средств ( $1 > \text{pH} > 10$ ), выдерживает дезинфекцию посредством погружения в дезинфицирующий раствор или в паровом стерилизаторе не менее 50 циклов обработки при  $t$  121 °С (продолжительность 20 мин) без изменения внешнего вида и потери потребительских свойств. Конечно, если вырвать эти цифры из контекста, может показаться, что это не так уж и много. Однако принимая во внимание, что ми-

нимальный срок службы салфетки НаноТек Микро составляет 3 месяца, мы приходим к выводу, что сильные бактерицидные свойства сохраняются на протяжении всего срока службы продукта.

Салфетки НаноТек Микро имеют цветовую кодировку (4 цвета – красный, голубой, желтый, зеленый) в соответствии с зонами уборки помещений ЛПУ, согласно СанПИН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» п. 11.5. «Уборочный инвентарь (тележки, мопы, емкости, ветошь, швабры) должен иметь четкую маркировку или цветовое кодирование с учетом функционального назначения помещений».

Салфетка НаноТек Микро стала идеальным протирочным материалом для многих учреждений здравоохранения с высокими требованиями к уборке. Салфетки нашли широкое применение и используются для проведения текущей и заключительной дезинфекции на объектах внешней среды в ООМД.

\*Test Report № 11.8.3.–0103–2-II 01. Juni 2011

Hohenstein Institute for Hygiene and Biotechnology.

## ВАННОЧКИ ДЛЯ НОГ

То, что **ванночки для ног** являются очень полезными, знает любая женщина. Ванночки для ног обладают тонизирующим, очищающим и закаливающим эффектом. Помимо этого, они помогают расслабиться после рабочего дня.

Ванночки для ног имеют много рецептов. Но не все знают, что наибольший эффект дает применение ванночек в зависимости от темперамента.

### Ванночки для ног холерикам

Людам, склонным к резким перепадам настроения, обладающим вспыльчивым характером, рекомендованы охлаждающие ванночки для ног.

В воду необходимо добавить несколько капель масла тимьяна, сандала или мускатного шалфея. Такие ванночки лучше всего делать непосредственно перед сном.

Они помогут отвлечься от повседневных забот, расслабиться и настроиться на крепкий здоровый сон.

### Ванночки для ног сангвиникам

Сангвиники подвержены частой смене эмоций и могут быстро переключаться на другой вид деятельности. Им также подойдут охлаждающие ванночки для ног перед сном. Необходимо добавить в воду несколько капель масла мандарина или ромашки. Они успокоят нервную систему и помогут снять напряжение.

### Ванночки для ног флегматикам

Уравновешенным и спокойным флегматикам нужна дополнительная энергия. Они могут получить её с помощью горячих ванночек, в которую

необходимо добавить настой розмарина, лаванды, настой плодов розмарина.

### Ванночки для ног меланхоликам

Меланхолики медлительны, беспокойны, излишне эмоциональны, слишком восприимчивы и подвержены различным страхам.

Меланхоликам рекомендованы горячие ванночки с добавлением нескольких капель эфирного масла лаванды. В результате, меланхолики станут добрее к окружающим, успокоятся и будут лучше засыпать. Лаванду можно заменить маслом лайма или жасмина.

Флегматики и меланхолики часто мерзнут, в этом случае для них отличным согревающим средством будет ванночка для ног с горчицей или порошком имбиря.

Удачи!

# Научные исследования при организации терапевтического обучения беременных



## ■ Шкатова Елена Юрьевна

доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России



## ■ Еловицова Ольга Николаевна

преподаватель ГБОУ СПО «Чайковский медицинский колледж»; медицинская сестра кабинета медицинской статистики МБУЗ «Чайковская центральная городская больница»

Одним из основных факторов, определяющих состояние репродуктивного потенциала населения, является здоровье женщин. Именно женщина-мать как хранительница генофонда определяет качество рождающего потомства. Демографический кризис в стране резко повысил ценность каждой беременности, многократно увеличил ответственность специалистов, участвующих в оказании помощи беременным, роженицам и новорожденным (В.Е. Радзинский, 2011).

Заболеваемость беременных болезнями мочеполовой системы за последние десять лет в России увеличилась почти в 3,6 раза. В структуре заболеваемости беременных второе место

после заболеваний сердечно-сосудистой системы занимают хронические воспалительные заболевания почек (в некоторых регионах – первое), при этом частота их составляет от 2,0 до 17,0%. (А.О. Вартанова, 2010; М.Ю. Спицына, С.В. Попова, 2013).

Это требует разработки мероприятий, нацеленных на улучшение состояния здоровья и качества жизни женщин с заболеваниями мочевыводящих путей во время беременности на уровне функционирования семьи. Необходимо формировать четкое представление о важной активной роли женщин не только у матерей, но и будущих отцов. Важно постоянно развивать медицинскую функцию семьи в плане сохранения здоровья и выбора здоровых альтернатив для реального улучшения состояния здоровья матерей и новорожденных.

Авторами разработана обучающая программа и апробирована «Школа здоровья для беременных с инфекциями мочевыводящих путей на уровне семьи». Новизна «Школы» заключается в использовании новой организационной модели (менеджер сестринского дела – беременная – семья), развитие и создание атмосферы поддержки беременной членами семьи, поощрение роли мужчин в сохранении здоровья беременных женщин и новорожденных, применение интерактивных обучающих технологий. Так, в рамках проекта был создан web-сайт «Школа здоровья для беременных с инфекциями мочевыводящих путей»

(адрес: [www.schoolforpregnantwomen.jimdo.com](http://www.schoolforpregnantwomen.jimdo.com))

Основные усилия профилактической медицины должны быть направлены на отработку подходов к повышению мотивации населения к ведению здорового образа жизни.

На сегодняшний день недостаточно просто назначить лечение больному, необходимо обучить его основам здорового образа жизни, сформировать у него умения и навыки самоконтроля за состоянием здоровья. Необходим

принципиально новый подход по эффективному управлению хроническими заболеваниями путём вовлечения самого больного в активное участие.

Анализ используемых форм санитарно-гигиенического просвещения и пропаганды здорового образа жизни показал, что используются традиционные пассивные формы обучения в виде лекций врачей и бесед среднего медицинского персонала. Отсутствуют школы здоровья для беременных с соматической патологией.

Для разработки обучающей программы оценивалась медицинская активность (МА), гигиеническая грамотность (ГГ) 102 беременных с инфекциями мочевыводящих путей. Средний возраст беременных составил  $27,2 \pm 1,6$  лет. Среди них 39,3% женщин было в возрасте до 27 лет и 16,4% – в позднем репродуктивном возрасте. Высшее и незаконченное высшее образование имели  $45,2 \pm 4,9$ , среднее специальное –  $41,0 \pm 4,8$ , среднее и незаконченное среднее образование  $11,0 \pm 3,1$  из 100 женщин. Первобеременных было  $36,4 \pm 4,8$ , повторно беременных –  $67,6 \pm 4,6$  на 100 обследованных.

Все респонденты выразили информационное согласие на обследование. Анкетирование проведено с соблюдением всех этических принципов.

При анкетировании было выявлено, что за медицинской помощью сразу при ухудшении состояния обращались только 16,6%, всегда выполняли назначения врача – 25,0%. Большинство предпочитали получать информацию от лечащего врача – 54,7%, из газет и популярных журналов – 13,7%, от знакомых и родственников – 13,6%. Среди причин невыполнения врачебных назначений 37,9% респондентов отметили нехватку времени, не считали необходимым выполнять назначения врача – 17,2%, для 24,1% – рекомендации врача были неубедительными.

Анализ производственных условий показал, что 79,4% беременных имели

неблагоприятные условия труда, достоверно чаще – переохлаждение.

При оценке гигиенической грамотности беременных выявлено, что отсутствовали знания принципов сбалансированного и рационального питания у 57,1%. Оценка формирования навыков здорового образа жизни и гигиенического поведения показала низкий их уровень: употребляли спиртные напитки до беременности – 45,9%, продолжали их потребление (красное вино и пиво) и во время беременности – 21,3%; курили ранее, но бросили во время беременности – 29,5%, продолжали курить во время вынашивания ребёнка – 11,5%.

Полученные данные свидетельствовали о неготовности беременных заниматься своим здоровьем, поверхностном уровне знаний, отсутствии мотивации на сохранение своего здоровья и приверженности к лечению и профилактике обострений заболевания. При изучении уровня осведомлённости женщин о своём заболевании, его течении во время беременности, осложнениях установлено, что знания были недостаточны у более 80,0% беременных. Невыполнение рекомендаций врача при заболевании, негигиеническое поведение свидетельствовало об отсутствии сформированных навыков здорового образа жизни и установок на сохранение здоровья у части беременных.

Полученные данные свидетельствовали о необходимости проведения профилактических мероприятий на уровне семьи.

Обучение пациенток проводили на базе женской консультации МБУЗ «Чайковская центральная городская больница», при этом организатором школы для беременных с ИМВП являлся менеджер сестринского дела. Организационная структура процесса обучения строилась с учётом сестринского процесса. Из опыта создания нашей школы можно выделить шесть этапов её становления.

На I-ом этапе организации школы был проведён анализ заболеваемости беременных, определена категория обучаемых (беременная и члены её се-

мьи); были изучены потребности беременной в необходимой информации; был проведён анализ уровня гигиенической грамотности и медицинской активности беременных и их родственников; определены уровень качества жизни и психологическое здоровье беременной.

На II-ом этапе у беременных выявлялись проблемы, связанные со здоровьем.

На основании мероприятий проведённых на I и II этапах после анализа полученных данных мы перешли к III этапу, на котором была разработана программа обучения, определены методы и формы проведения занятий, а также состав материально-технического обеспечения процесса обучения.

IV этап – это работа по разработке учебно-методической и контролирующей документации для функционирования школы. Для повышения эффективности обучения, были разработаны методические рекомендации для медицинского персонала, памятки для беременных и тестовые задания.

V этап – представлял собой уже непосредственную реализацию обучения в «Школе здоровья для беременных с ИМВП и членов их семьи»

VI этап – явился венцом создания школы и представлял собой мониторинг и оценку результативности обучения в школе. Для реализации первого уровня контроля за качеством обучения – самоконтроля – была разработана «Карта динамического самонаблюдения беременной» и «Лист сестринского наблюдения», позволившие оценивать результативность обучения со стороны медсестры, менеджера сестринского дела и врача с точки зрения медицинской активности пациента.

Обучение строилось на доступном изложенном материале. В ходе организационного эксперимента разработана сестринская документация, отвечающая современным требованиям и позволяющая планировать, осуществлять и документировать обучение пациентов в «Школе здоровья».

Обучение строилось на доступном изложенном материале. В ходе организационного эксперимента разработана сестринская документация, отвечающая современным требованиям и позволяющая планировать, осуществлять и документировать обучение пациентов в «Школе здоровья».

Занятия имели единую структуру и состояли из трёх частей: вводная, ин-

формационная часть и активная. Вводная часть (5–10 мин) включала в себя приветствие пациенток, краткое знакомство с планом занятия. Информационная часть занимала до 2/3 времени занятия. Активная часть (15–20 мин) занятий была направлена на развитие у беременных умений и навыков, которые необходимы в повседневной жизни, и на деятельное её участие в сохранении собственного здоровья в течение всей беременности. Применялись методики по отработке практических умений беременной и членов её семьи, с последующим контролем уровня усвоения полученных знаний и навыков с помощью компьютерных тест-опросов.

Каждая тема являлась логическим продолжением предыдущей. Последовательность изложения материала варьировала в зависимости от потребностей участников обучения. Больше внимание акцентировалось на профилактику инфекций мочевыводящих путей, на актуальность самоконтроля.

Для беременных, обучающихся в Школе, были разработаны памятки, которые являлись неотъемлемой частью процесса обучения и содержали справочный материал, необходимый, как в процессе обучения, так и в повседневной жизни семьи: «Пиелонефрит и беременность», «Рекомендации беременным с ИМВП», «Личная гигиена беременной», «Питание во время беременности», «Профилактика деликатных проблем». Визуальная информация (в виде презентаций) позволяла мобилизовать внимание и активизировала познавательную деятельность, усиливала запоминание материала и являлась источником, к которому пациентка могла обратиться дома в случае необходимости. Важным аспектом являлся раздел по отработке практических умений: измерения артериального давления, контроля веса, выпитой жидкости, определения отёков.

Контроль знаний пациенток до и после обучения проводился с использованием заданий в тестовой форме, составленных согласно рекомендациям В.С. Аванесова (1996). Тестирование, проведённое в конце курса обучения, показало, что у 87,5–100% женщин расширились знания по всем изучаемым вопросам. Почти в два раза возросли их знания по лабораторно-инструмен-

**Анализ данных убедительно показал недостаточность уровня знаний о своем заболевании и его возможных осложнениях у 80% беременных**

тальным методам исследования, диагностике и причинам возникновения заболевания, в 3–5 раз – по методам профилактики обострений и возможных осложнений, по особенностям течения хронических заболеваний мочевыводящих систем у беременных. После обучения 93,7 из 100 женщин стали внимательнее относиться к рекомендациям врача. Увеличили время на отдых и сон – 87,5, изменили режим дня – 91,0, режим питания – 96,8.

Эффективное и активное сотрудничество между медицинским работником, членами семьи, беременной способствовало чуткой поддержке отцами будущих матерей.

Благодаря образовательной программе получен положительный результат для всех заинтересованных сторон: для менеджера сестринского

**98% ремиссии инфекций мочевыводящих путей при беременности – такого результата помогает добиться правильно организованная Школа.**

дела, медицинских сестёр, беременных и членов их семей, в виде достижения ремиссии заболевания (у 98,0% беременных), улучшения состояния их здоровья, социальной адаптации и качества жизни на 19,7%; для специалистов здравоохранения – повышение профессионального статуса, удовлетворённости пациентов и уважения коллег; для системы здравоохранения – снижение затрат на оказание медицинской помощи и укрепление здоровья беременных.

Внедрение в деятельность медицинской организации «Школы здоровья для беременных с ИМВП» позволило оптимизировать лечебный процесс, снизить частоту обострений, повысить социально-психологическую адаптацию беременных и улучшить качество сестринских услуг.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вартанова, А.О. Критерии прогнозирования исходов беременности и родов у пациенток с острым гестационным пиелонефритом: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.О. Вартанова. – Москва.–2010. – 23 с.
2. Когогина, А.В. Течение беременности у женщин с пиелонефритом /А.В. Когогина (Бирюкова), Т.Ю.Егорова //Охрана материнства и детства.–2011. –№ 2–18.– С. 97–99.
3. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. М: Status Praesens 2011; 688.
4. Спицына, М.Ю. Изучение влияния соматической патологии на течение беременности и роды / М.Ю.Спицына, С.В.Попова // Бюллетень медицинских интернет-конференций.–2013.– Т. 3.– № 2.– С. 294.
5. Управление сестринским делом: проблемы и концептуально-организационные подходы к их решению: монография /В.О. Щепин, Н.С. Стрелков, Л.Ф. Молчанова, Г.М. Злобина.– Ижевск, 2010.– 172 с.
6. Школа здоровья для пациентов с артериальной гипертонией: Информационно – методическое пособие для врачей /

## Интересные факты о зеленом кофе

**З**еленый кофе в последнее время стал очень популярным и вошел в моду как легкий способ похудения. В чем заключается польза такого кофе и есть ли она вообще?

Зеленый кофе представляет собой не обжаренные кофейные зерна, которые добывают из плодов кофейного дерева.

От обычного кофе напиток, приготовленный из зеленых зерен, отличается менее интенсивным ароматом и травянистым вкусом.

По сравнению с обжаренным зеленым кофе содержит 25% кофеина.

Польза зеленого кофе заключается в том, что он богат хлорогеновой кислотой. Это вещество является силь-

ным антиоксидантом и освобождает организм от свободных радикалов.

Известен положительный эффект зеленого кофе на кожу за счет повышения ее защитных функций. Зеленый кофе в косметологии также используется для укрепления и улучшения состояния волос, для устранения растяжек и для профилактики возникновения морщин.

Согласно исследованиям японских ученых, сочетание хлорогеновой кислоты и кофеина помогает организму уменьшить жировые отложения. Но ученые делают акцент на том, что сам по себе напиток не имеет эффекта, а лишь является вспомогательным средством в сочетании с регулярными фи-

зическими упражнениями и сбалансированным рационом.

Несмотря на все свои положительные эффекты на организм, чрезмерное употребление зеленого кофе (больше двух-трех чашек в день на регулярной основе), как и обычного, приводит к повышению артериального давления, ухудшению работы желудочно-кишечного тракта, ухудшению усвоения кальция, кофеин вызывает привыкание, провоцирует появления язв, развитие остеопороза, ухудшает память и др.

Зеленый кофе противопоказано употреблять людям с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и сахарным диабетом, а также беременным и кормящим матерям.



# И ДИРИЖЕР, И ПОЛКОВОДЕЦ!

О НАСТОЯЩЕМ ЛИДЕРЕ СЕСТРИНСКОЙ ПРОФЕССИИ РАССКАЗЫВАЮТ МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ  
ОМСКОЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ № 4

*Пришла пора очарованья,  
Еще годов не тяжек груз,  
Зато и опыт, и желанья  
Слились в прекраснейший союз.  
Согреете всех нас в ненастье,  
Разделите и боль, и стыд,  
Какое в этой жизни счастье  
Быть выше мелочных обид!*

Уже многие годы коллектив Омской городской поликлиники № 4 возглавляет замечательный человек и исключительный специалист – Людмила Алексеевна Кученкова.

К выбору своей профессии Людмила Алексеевна подошла осознанно, без малейших колебаний приняла решение о поступлении в медицинское училище. С профессией медицинского работника судьба её связала накрепко, менялись только должности: фельдшер, медицинская сестра, старшая медицинская сестра, главная медицинская сестра поликлиники, округа, города. Сегодня Людмила Алексеевна – Заслуженный работник здравоохранения Омской области, а сколько за этим труда, размышлений, огорчений и радостей! Это и есть настоящая жизнь истинного руководителя, подлинного лидера коллектива. Между тем, все эти годы трудится она вовсе не ради почестей и наград. Движущая сила ее профессионального роста – желание помочь пациентам и радость, когда это удастся, а удается часто: под ее руководством в поликлинике внедряются новые технологии, проводятся меро-



приятия по обмену опытом трудовой деятельности. Ведется огромная работа по всем направлениям, проводятся профессиональные конкурсы, конференции и семинары, мастер-классы, анкетирования, круглые столы, а также такие мероприятия, как посвящение в профессию молодых специалистов, чествование ветеранов поликлиники, юбиляров. Людмила Алексеевна нацелена на преодоление всех препятствий и покорение совместно со своим коллективом все новых и новых вершин.

Людмила Алексеевна реализует себя не только в медицинском плане, но и в роли педагога, психолога, наставника, являясь общим руководителем практики студентов медицинского кол-

леджа, преподавателем центра повышения квалификации. Под ее руководством и при личном участии в 2013 году в рамках дополнительной образовательной программы повышения квалификации «Первичная медико-санитарная помощь населению», проводилось обучение сестринского персонала на базе ГП № 4. С 2000 года Людмила Алексеевна является членом Омской профессиональной сестринской ассоциации и Почетным донором России. Чтобы всегда быть на достойном профессиональном уровне, ей приходится постоянно самосовершенствоваться. В багаже нашего руководителя уже немало наград и признаний профессионализма.

Коллектив медицинских сестер под руководством Людмилы Алексеевны – это слаженный оркестр с четко прописанным алгоритмом действий по каждой специальности и исполняющий каждый свою партию.

Этой осенью Людмила Алексеевна отмечает свой Юбилей. Коллеги уверены, что Людмила Алексеевна и дальше будет работать ради развития и процветания поликлиники: «Мы высоко ценим ее за преданность своему делу и искренне желаем ей крепкого здоровья, успехов в развитии сестринского дела, исполнения всех поставленных задач в повседневном кропотливом труде, домашнего тепла, уюта, достатка, бодрости, вечной молодости и большого счастья!».



Установка УФ бактерицидная  
для экстренной дезинфекции воздуха помещений  
**ОМЕГА-01-"КРОНТ"**



Бактерицидная  
эффективность

**99,9%**

Объём помещения  
**до 140 м<sup>3</sup>**

Время обработки  
**7 минут**

Гарантия  
**2 года**



Интернет: [www.kront.com](http://www.kront.com)

Тел. / факс: (495) 500 48 84 (многоканальный)

# Новое поколение открытых УФ облучателей

ОМЕГА-01-«КРОНТ» – УСТАНОВКА УЛЬТРАФИОЛЕТОВАЯ БАКТЕРИЦИДНАЯ ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ДЕЗИНФЕКЦИИ ВОЗДУХА ПОМЕЩЕНИЙ В ОТСУТСТВИЕ ЛЮДЕЙ.

Первостепенное значение имеют мероприятия по сохранению безопасности и уменьшению риска распространения инфекции через воздушную среду, достигаемые применением ряда методов снижения концентрации и инактивации инфекционных аэрозолей в воздухе помещений.

В последнее время специалистами широко обсуждается вопрос отсутствия у микроорганизмов чувствительности к антибактериальным и дезинфекционным препаратам. Существование двух форм устойчивости – резистентности и толерантности (устойчивости штамма возбудителей инфекции к действию одного или нескольких антибактериальных препаратов), является отличительным признаком возбудителей инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), а одним из основных факторов этого может быть нерациональное, неконтролируемое применение антимикробных препаратов и химических дезинфицирующих средств. В этой связи важным направлением является применение в ЛПУ физических методов дезинфекции воздуха. Однако при разработке оборудования для дезинфекции должны обеспечиваться требования не только эффективности, но и безопасности, в первую очередь для медицинского персонала.

Наиболее эффективным способом дезинфекции воздуха в условиях большинства ЛПУ является применение ультрафиолетовых облучателей-рециркуляторов серии «ДЕЗАР», работающих в присутствии людей. Особенно это касается последних моделей, оснащенных угленасыщенными воздушными фильтрами для очистки воздуха от токсичных примесей химической природы. Ведь даже по официальным данным в 80% ЛПУ не работает принудительная вентиляция с фильтрацией воздуха и регулируемой температурой.

В настоящее время в ЛПУ есть потребность в передвижных открытых ультрафиолетовых облучателях, которые в состоянии за короткий промежуток времени между медицинскими оперативными вмешательствами, процедурами, имеющими высокий риск возникновения ИСМП, обеспечить обеззараживание воздуха операционной с эффективностью не менее 99,9%.

Это стало возможным благодаря возросшей динамике совершенствования беззодиевых ртутных ламп высокой мощности (PHILIPS, LightTech, OSRAM).

У предприятия КРОНТ появилась возможность, используя ртутные ультрафиолетовые лампы высокой мощности, создать мощные, простые и надежные передвижные открытые облучатели с высокоинтенсивным ультрафиолетовым излучением, работающие в отсутствие людей, серии «ОМЕГА».

Теперь наше предприятие может комплексно оснащать операционные и другие помещения ЛПУ, в которых регламентируется микробная обсемененность воздуха (I-V категории помещений).

Принцип работы Установки ОМЕГА-01-«КРОНТ» основан на применении УФ-излучения, источником которого являются беззодиевые ртутные бактерицидные лампы высокой мощности. Лампы генерируют излучение на длине волны 253,7 нм, обеспечивающее максимальное бактерицидное воздействие.

Передвижная автоматическая установка является облучателем открытого типа, предназначена для ускоренного обеззараживания воздуха помещений ЛПУ в отсутствие людей при подготовке помещений к функционированию в качестве заключительного звена в комплексе санитарно-гигиенических мероприятий для снижения микробной обсемененности.

Передвижная УФ установка в первую очередь предназначена для экс-

пресс обеззараживания операционных и процедурных, а также помещений (I-V категории), в которых воздух нормируется согласно СанПиН 2.1.3.2630–10 и Руководством Р 3.5.1904–04.

Основной режим работы Установки: Продолжительность сеанса дезинфекции – 7 минут; эффективность обеззараживания – 99,9%; объем помещения до 140 м<sup>3</sup>.

Учитывая большие физические и эмоциональные нагрузки медицинских сестер, при создании Установки ОМЕГА-01-«КРОНТ» во главу угла ставились: простота эксплуатации, безопасность персонала, надежность дезинфекции.

Установка работает только в автоматическом режиме и не требует перед включением предварительного ввода данных: эффективность, объем обрабатываемого помещения и др. ОМЕГА-01 имеет один основной запрограммированный режим, рассчитанный на проведение дезинфекции в операционной площадью до 45 м<sup>2</sup> (объем до 140 м<sup>3</sup>) с эффективностью – 99,9% за время 7 минут. В случае необходимости есть два дополнительных режима (12 и 20 минут). Установка включается нажатием одной кнопки «СТАРТ». Ресурс работы УФ ламп составляет 8000 часов.

Безопасность персонала обеспечивается применением беззодиевых U-образных УФ-ламп, надежной защитной сеткой из нержавеющей стали, предохраняющей лампы от случайных механических воздействий. Кроме этого, при нажатии кнопки «Старт» Установка при помощи речевого оповещателя предупреждает окружающих о 30-ти секундной готовности начала УФ облучения и информирует о необходимости покинуть помещение. В случае возникшей необходимости, режим подготовки может быть остановлен аварийной кнопкой «СТОП».

Гарантия проведения процесса дезинфекции с заданной эффективностью 99,9% обеспечивается встроенным ми-

кропроцессором, который непрерывно отслеживает исправность каждой из 8 ламп, электронно-пускорегулирующих аппаратов (ЭПРА), счетчиков часов и сеансов дезинфекции.

По окончании сеанса дезинфекции Установка автоматически отключается, на панели управления светится индикатор «Дезинфекция проведена» и в течение 5-и минут подается звуковой сигнал об окончании работы.

Информативность Установки обеспечивается визуальной и звуковой сигнализацией во всех во всех режимах работы, включая: включение, отключение, дезинфекция проведена, неисправность лампы (например, номер неисправной лампы), счетчик наработки часов, счетчик количества включений (сеансов) Установки. Установка проста, как в управлении, так и в техническом обслуживании. Установка имеет блочную схему и при замене вышедших из строя блоков не требуется пайки или регулировки. Все детали стандартные взаимозаменяемые. Стоимость запасных частей как всегда разумная, гарантируется их отправка со склада предприятия в течение 3-х рабочих дней. Техническое обслуживание не требует прохождения обучения, может проводиться техническим персоналом ЛПУ. Гарантийный срок на установку такой же, как и для рециркуляторов «ДЕЗАР», 2 года с даты выпуска.

Кроме вышеперечисленной информации на панели управления, выполненной из нержавеющей стали, имеются надписи, нанесенные методом лазерной гравировки, что исключает их обесцвечивание при дезинфекционной обработке или от воздействия ультрафиолетового излучения.

Установка оснащена 4-мя поворотными колесными опорами Ø125 мм, два

из которых оснащены тормозом. При массе 29 кг легко перемещается одним человеком.

Верхняя панель, органы управления, корпуса индикаторов и ручки установки выполнены из полированной нержавеющей стали. Корпус покрыт химически стойкой порошковой краской с бактерицидным эффектом.

Пользуясь случаем, предвидя вопросы продвинутых пользователей, поясним нашу позицию: почему мы отказались от использования в установке ОМЕГА-01-«КРОНТ» ксеноновых ультрафиолетовых импульсных ламп.

В первую очередь по причине не достаточного обеспечения безопасности.

1. Широкий спектр излучения ксеноновых ламп, точнее его коротковолновая часть, может приводить к образованию озона и других вредных для человека соединений.

2. Ксеноновая импульсная лампа является источником мощных электромагнитных импульсов, которые могут вывести из строя микроэлектронику медицинского оборудования.

3. При запуске ксеноновых ламп используется высокое напряжение ~ 5000 Вольт, что создает опасность для персонала.

Ресурс работы ксеноновых импульсных ламп не превышает 1000 часов, а стоимость лампы высока, и для закупки требуется долгое оформление тендерной документации (ртутные лампы имеют ресурс 8000 часов).

Энергопотребление – коэффициент полезного действия ксеноновых импульсных ламп 10% (ртутные лампы – более 30%).

В установке осознанно не используется пульт дистанционного управления. Во-первых, в операционных

пультах плохо работают, во-вторых, не исключается возможность случайного нажатия, то есть непроизвольного включения.

Безусловно, ксеноновые импульсные лампы имеют свои преимущества:

- Работают при минусовых температурах.
- Мгновенно включаются.
- Не содержат ртути в своем составе.

Но мы решили, морозов в больнице нет, а ртуть присутствует и в обычных люминесцентных лампах освещения, в больницах их сотни, и в каждой лампе от 3 до 10 граммов.

По мнению Л.М. Василюка (д. ф-м. наук, профессор) и А.Л. Вассермана (к.т.н.) объединенный институт высоких температур РАМ «Обеззараживание помещений и воздуха импульсным ультрафиолетовым излучением» – «Перспективы широкого использования установки для обеззараживания воздуха с ксеноновыми импульсными лампами пока остаются проблематичными, прежде всего с экономической точки зрения. Да и преимуществ по сравнению с традиционными нет».

Глубокоуважаемые медицинские сестры, мы постарались учесть все Ваши пожелания в нашей новой установке. Пользуясь случаем, выражаем особую благодарность всем членам «Ассоциации медицинских сестер России» за помощь в работе по созданию установки ОМЕГА-01-«КРОНТ».

**Директор ЗАО «КРОНТ-М»**

**В.П. Сизиков**

141400, г. Химки Московской обл., ул. Спартаковская, д. 9, пом. 1.

Тел./факс: 8 (495) 572-84-10, 572-84-15, 572-84-20.

www.kront.com; www.kront.ru;

e-mail: info@kront.com

## Профессиональное общение – путь к пониманию и партнерству

ОБ ИТОГАХ 9-ОЙ АМЕРИКАНО-РОССИЙСКОЙ КРУИЗНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ МЕДСЕСТЕР «ОРГАНИЗАЦИЯ СОТРУДНИЧЕСТВА В ЦЕЛЯХ УЛУЧШЕНИЯ ВСЕМИРНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ», СОСТОЯВШЕЙСЯ В АВГУСТЕ 2014 ГОДА, РАССКАЗЫВАЕТ НИНА НИКИТИНА, ПРЕЗИДЕНТ ВОЛОГОДСКОЙ РЕГИОНАЛЬНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА»

В августе этого года мне посчастливилось стать участником Американско-Российской Круиз-Конференции Медсестер. Она состоялась по инициативе американской стороны при содействии РАМС. Я впервые участвовала в мероприятии такого формата, и все для меня было необычно. Больше всего поразили американцы своей открытостью, искренним желанием помочь медицинским сестрам России утвердиться в своей профессии, расширить свои профессиональные знания, умения и навыки, и, в конечном итоге, повысить престиж профессии медицинской сестры. Отмечу, что статус медицинской сестры в Америке или Европе существенно отличается от статуса российской медицинской сестры, прежде всего, уровнем образования. Оптимальный карьерный маршрут, который выбирает большинство будущих медсестер – это получение степени бакалавра путем окончания 4-летнего курса обучения в университетском колледже. Далее, в зависимости от профессиональных интересов, медицинские сестры приступают к работе, а по прошествии какого-то времени продолжают обучение в магистратуре, приобретая специализацию или углубляя подготовку в области педагогики, управления или исследований. Значительное число медицинских сестер – магистров поступает в аспирантуру и получает степень доктора философии (кандидата медицинских наук). Для ряда сестринских специальностей, в первую очередь, для самостоятельно практикующих медицинских сестер, в ближайшее время именно эта степень станет квалификационным требованием.

Те проблемы, над которыми сегодня работает наше здравоохранение, аме-



риканцы преодолели в 60-е годы прошлого века. Поэтому нашим американским коллегам действительно есть чем поделиться, а нам стоит учесть их опыт и идти своей дорогой развития профессии медицинской сестры. Специалисты сестринского дела в США являются мощным ресурсом восполнения нехватки медицинской помощи, им доверяет общество, многие пациенты с хроническими заболеваниями предпочитают, чтобы их «вели» именно медицинские сестры.

Программа конференции была очень насыщенная. В течение пяти дней, находясь на борту российского круизного лайнера «Георгий Чичерин», мы работали единой командой, с огромным интересом слушали выступления наших американских коллег, участвовали в тематических дискуссиях. Темы докладов были самые разные, начиная от уроков прошлого, которые коренятся в культуре и традициях, до самых современных методов сестрин-

ской практики. Совместно нам удалось достаточно глубоко обсудить многие вопросы, направленные на улучшение всемирного здравоохранения, и достичь понимания.

Интересно, что каждый участник конференции должен был провести свою тематическую дискуссию. Я для себя выбрала тему «Адаптация молодых специалистов на рабочем месте». Конечно, это было очень ответственно и волнительно, но я получила новый опыт ведения открытой дискуссии, и для меня это очень ценно.

Очень ценным и важным было само общение с русскими и американскими коллегами. Главный вывод, который я сделала для себя по окончании конференции: нам есть к чему стремиться. Учитывая современный уровень развития медицины и общества, наши медицинские сестры должны постоянно работать над повышением своего уровня знаний и профессиональной компетенции. Медицинские сестры должны

Традиция проведения таких круизных конференций сложилась более 15 лет назад и каждая конференция служила регулярной платформой для общения коллег из России и США, для обмена опытом по разным сестринским специальностям. На этот раз делегатами Ассоциации медицинских сестер России стали представители ряда специализированных секций – онкологии, фтизиатрии, неонатологии, а также лидеры сестринского дела, занимающиеся вопросами организации первичной медико-санитарной помощи, управлением сестринским делом на уровне ЛПУ и на уровне региона. Среди зарубежных участников были медицинские сестры, преподаватели, профессора, руководители сестринских служб, причем не только из США, но также из Австралии и Новой Зеландии! Огромные расстояния преодолели наши коллеги, чтобы познакомиться с историей, культурой, красотой нашей страны и замечательными медицинскими сестрами!

Открывая конференцию, президент РАМС В.А. Саркисова выступила с часовой презентацией, рассказав американским коллегам об успехах сестринской службы и динамичном развитии общественной организации медицинских сестер, реализации многочисленных национальных и международных проектов совершенствования сестринской помощи. Т.В. Глазкова, главный внештатный специалист по сестринскому делу Комитета по здравоохранению Ленинградской области и председатель областной сестринской ассоциации поделилась тем, как осуществляется управление сестринским делом на разных уровнях, как решаются проблемы нехватки кадров, повышения квалификации, оценки и контроля качества персонала, внедрения совместно с ассоциацией инновационных форм работы. Пониманию того, как развивается российское здравоохранение, способствовали слайды, демонстрирующие работу новейших центров оказания высокотехнологичной медицинской помощи, а также посещение американскими коллегами Ленинградского областного кардиологического диспансера. Гостеприимно открыв двери перед делегацией американских медицинских сестер главный врач диспансера Пак Геннадий Декабристович и главный кардиолог Ленинградской области Тюрина Татьяна Венедиктовна рассказали об организации кардиологической помощи в области, использовании телемедицины для прямого консультирования пациентов в отдаленных районах области. Отвечая на многочисленные вопросы американских коллег, российские специалисты подтвердили, что работают с самыми современными технологиями и вносят вклад в развитие кардиологии на глобальном уровне.

По дошедшим до нас отзывам, зарубежные коллеги были счастливы побывать в России. Знакомство с коллегами превзошло все их самые лучшие ожидания.



стать главными помощниками пациентов в профилактике и лечении заболеваний. Путем внедрения расширенной сестринской практики мы должны создать новую модель работы медицинской сестры и таким образом повысить престиж самой сестринской профессии. Мы работаем над этим.

От всей души благодарю РАМС и лично В.А. Саркисову, наших американских коллег и особенно Марию Дрийвер, руководителя этого проекта, за организацию конференции. Прекрасные условия для работы, возможность полюбоваться нашими красотами и посетить различные исторические места, свободное общение – все это очень дорогого стоит, и запомнится мне на всю жизнь. СПАСИБО БОЛЬШОЕ!



## Необычные способы использования сахара

Оказывается, сахар можно использовать не только для приготовления сладостей, но и делать из него скрабы, выводить пятна и много чего другого.

С помощью ложки сахара можно снять неприятные ощущения после ожога горячей пищей. Если вы на диете – просто не глотайте его, а немного подержите во рту.

- Также сахар поможет устранить жжение после приема слишком острой пищи.
- Сахарный песок можно использовать в качестве составляющей отличного отшелушающего скраба. Смешайте до пастообразного состояния сахар и оливковое масло, нанесите втирающими дви-

жениями на кожу и смойте. Сахарный скраб дает замечательный результат. Можно приготовить скраб из сахара и банана.

- Смесь оливкового масла и сахарной пудры сделает кожу ваших губ более мягкой и ровной. После нанесения этого средства лучше ложится помада.
- Если посыпать сахаром накрашенные губы, а затем слизать его, помада будет держаться дольше.
- Оказывается, вещества, содержащиеся в сахаре, способны убивать бактерии и способствуют быстрому заживлению ран. Для лечения накладывайте на рану повязку, смоченную в сахарном сиропе.

- Сахар – хороший пятновыводитель. Нанесите на пятно влажный сахар, немного потрите и оставьте на какое-то время. В результате – пятна как не бывало.
- Также сахар помогает смыть с рук машинную смазку – смешайте сахар и любое растительное масло и разотрите в руках, смойте водой.
- Чтобы очистить кофемолку от запаха кофе или специй, пропустите через нее несколько столовых ложек сахара.
- Чтобы цветы подольше радовали вас своей красотой, добавьте в вазу несколько ложек сахара.

**С**мех продлевает жизнь. И это не просто устойчивое выражение, навязанное нам предками, это – доказанный учеными факт. Ведь не зря маленькие детки постоянно хохочут, причем беззаботно и весело, – они ведь пришли в этот мир, чтобы жить долго и счастливо!

В Германии, например, специалисты уже давно пришли к выводу, что смех является отличной профилактикой различных заболеваний. Даже создали специальную Ассоциацию докторов клоунов, которые навещают больных, например, в онкологических отделениях. После такого сеанса пациенты действительно лучше себя чувствуют.

Причем волшебными свойствами смех обладает только в искренней форме, то есть, от всей души. В такие минуты у человека сокращаются 80 групп мышц, на короткий срок дыхание и пульс учащаются, насыщая кровь кислородом. В это время в головной мозг целый поток гормонов радости – эндорфинов, которые являются своеобразными анальгетиками, потому что способны притуплять физическую и душевную боль и вызывать чувство удовлетворения. Кроме того, процесс смеха очищает верхние дыхательные пути и улучшает циркуляцию крови в организме.

Самое мощное воздействие смех оказывает на иммунную систему. Во

время «ха-ха-ха» увеличивается количество клеток-киллеров, уничтожающих вирусы и даже раковые клетки. Также в организме повышается содержание иммуноглобулина А, борющегося с болезнями. Кстати, ученые установили, что иммуноглобулин А может передаваться младенцам с материнским молоком. Отсюда следует, что веселые кормящие мамы и их довольные детки менее подвержены простудным заболеваниям.

Смех помогает бороться и с вполне серьезными заболеваниями. Например, у онкологических больных, которых регулярно смешат, выше процент излечения и лучше медицинские показатели, не говоря уже о психологическом настрое. К тому же, смешливые люди вдвое меньше рискуют заработать сердечно-сосудистые, чем «буки».

Смех повышает креативность в работе на 57%, а продуктивность дея-

тельности увеличивает на 54%. Так что, если хотите повышения на работе и обогащения семейного бюджета – побольше хохочите!

Хотите сохранить искорку в отношениях с любимым человеком? Американский психолог Дорис Баззини заявляет, что для этого нужно вместе смеяться и предаваться воспоминаниям.

Кстати, бабушкам и дедушкам пригодится другая способность смеха – всего 10 минут понижают артериальное давление. А у тех людей, которые смеются каждый день хотя бы по 15 минут, улучшается кровообращение и работа сердца. А вот стресс и депрессивные состояния увеличивают риск смерти от сердечных болезней на 44%!

В результате проведенного опроса каждый восьмой человек признался, что смех делает его счастливее. Так что хохочите почаще и узнаете, что такое идеальное счастье!



# СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

## ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ



■ **Веткина И.Ф.**  
к.м.н.



■ **Иванова Е.К.**  
эпидемиолог (ООО «Лизоформ-СПб»,  
г. Санкт-Петербург)

**Ж**изнь и здоровье детей – это фундамент успешного развития страны. Будущее страны напрямую зависит от уровня здоровья нации, от уровня здоровья молодого поколения россиян. Инфекционные заболевания, перенесенные в детстве, затем могут сказываться на здоровье в зрелом возрасте.

Сегодня значимость инфекционных болезней в общей структуре заболеваемости не только не снижается, но и демонстрирует тенденцию к нарастанию. Для инфекций не существует национальных границ, им безразлично социальное положение, цвет кожи и вероисповедание. Роль инфекционных агентов в заболеваемости и смертности значительно больше, чем общепринято думать, инфекционные болезни занимают значительное место среди причин смерти населения во всем мире. По данным ВОЗ, на долю инфекционных болезней приходится около 25% всех смертей в мире. Среди детей смертность от инфекционных заболеваний достигает 63% от количества всех смертей в детском возрасте. Еже-

годно в Европейском регионе умирают от пневмонии и диареи около 2 млн детей в возрасте до 5 лет.

Бурные темпы роста лечебных учреждений, создание новых видов медицинского (терапевтического и диагностического) оборудования, применение новейших препаратов, обладающих иммунодепрессивными свойствами – эти, а также многие другие факторы создают угрозу распространения инфекций среди больных и персонала лечебных учреждений, которая возрастает в случае неисполнения современных стандартов и гигиенических противоэпидемических мероприятий в неспецифической профилактике ИСМП.

Каждый ребенок во время пребывания в медицинском учреждении, при проведении любой гигиенической, диагностической или лечебной процедуры подвергается риску заражения ИСМП. В России по данным официальной статистики ежегодно регистрируется примерно 30 тыс. случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи ( $\approx 0,8$  на 1 000 пациентов), однако эксперты считают, что их истинное число составляет не менее 2–2,5 млн человек. В группах особенно уязвимых пациентов, к которым относятся роженицы, новорожденные заболеваемость ИСМП значительно выше. В последние годы наибольшее число случаев ИСМП стабильно регистрируется в родовспомогательных и хирургических учреждениях. В детских стационарах отмечается тенденция к увеличению случаев ИСМП. Летом 2013 года по причине сепсиса погибло 4 новорожденных в «Надымской ЦРБ» Ямало-Ненецкого автономного округа. В 2012 году 480 детей пострадало при вспышках групповых ИСМП в стационарах России.

Стратегической задачей отечественного здравоохранения в настоящее время является обеспечение качества медицинской помощи и создание безопасной среды пребывания для пациентов и персонала в медицинских ор-

ганизациях. Основные направления профилактики нозокомиальных инфекций на государственном уровне сформулированы в Национальной Концепции профилактики ИСМП. Большое внимание в Концепции уделено требованиям к санитарному содержанию помещений, оборудования, инвентаря, личной гигиене больных и медицинского персонала, организации дезинфекционных, противоэпидемических мероприятий, обеззараживанию изделий медицинского назначения.

Наиболее важным способом разрушения цепи передачи инфекции в госпиталях и, следовательно, предотвращения ИСМП является гигиена рук. Руки медицинского персонала, контактированные различными возбудителями – важнейший фактор передачи большинства инфекций в т.ч. кишечных, "кровяных", респираторных. Предположительно до 90% нозокомиальных инфекций, не имеющих в качестве происхождения организм пациента, передаются через руки. Любой вид медицинской деятельности сопровождается контаминацией рук персонала транзитной микрофлорой, которая сохраняется на коже рук около 24 часов и может при контакте передаваться пациентам, контаминировать различные объекты и обеспечить дальнейшую передачу возбудителя не только пациентам, медицинскому персоналу, но и их родственникам. Гигиена рук, являясь сложной, трудной задачей, не всегда выполняется.

Одной из причин отказа работников от гигиены рук может стать контактный дерматит. Руководство ВОЗ рекомендует сократить мытье рук с мылом до минимума, т. е. мыть руки только по мере необходимости и в случае видимых загрязнений. При частом мытье рук (более 4 раз в час) защитная функция кожи не успевает самостоятельно восстанавливаться на адекватном уровне. Нарушается барьерная функция эпидермиса, главным образом из-за растворения особых липидов (меж-

клеточного пластичного "цемента"), скрепляющих корнеоциты, которые отвечают за барьерную функцию эпидермиса. В результате клетки эпидермиса высыхают (грубая, шелушащаяся кожа), кожа становится более восприимчивой к инфекциям.

Особого внимания требуют средства для ухода за детской кожей, особенно до 1 года жизни. За счет особенностей строения и несовершенства иммунного ответа детская кожа и слизистые оболочки – легко преодолимый барьер для бактериальной, вирусной и грибковой инфекций. pH детской кожи равен 5,5–6,5. Обычное твердое мыло содержит щелочные мыльные компоненты, при использовании его для ухода за детской кожей стирается естественная защитная пленка на коже малыша, возникает ее сухость и шелушение.

Для защиты водно-липидного баланса кожи следует применять слегка кислое ( $\approx$  pH 5,5) жидкое мыло, не содержащее щелочей, которое сохраняет естественный кислотный баланс кожи и позволяет уберечь ее от пересушивания и аллергии, например жидкое мыло Ваза-софт, Стеризол и т. п.

В настоящее время согласно требованиям СанПиН 2.1.3.2630–10 и руководству ВОЗ по гигиене рук обязательным является обработка рук спиртосодержащими антисептиками при ежедневной гигиенической обработке рук, при подготовке к хирургическим операциям для снижения количества микроорганизмов до безопасного уровня. Все спирты обладают широким антимикробным спектром (кроме спор), быстро испаряются, при испарении не оставляют следов. Для удобства работы с пациентами медицинскому персоналу желательно иметь кожные антисептики в небольшой (карманной) индивидуальной упаковке, (например, флаконы по 100–250 мл)

В перинатальных центрах, акушерских стационарах, детских ЛПУ для обработки кожи операционного и инъекционного поля детей, лучше использовать антисептики на этаноле, так как нежная и особенно чувствительная детская кожа лучше совместима с антисептиком на основе этанола (например, АХД-2000 специаль, Стеризол антисептик этанол, Хоспидермин), чем на основе изопропанола.

Имеющиеся сегодня в ассортименте современных антисептиков безспиртовые кожные антисептики согласно требованиям СанПиН 2.1.3.2630–10 подлежат использованию только для санитарной обработки кожных покровов пациентов. У медработников при их использовании возникают жалобы на кожную эритему, зуд, образование пены, ощущение липкости и продолжительное высыхание.

Для поддержания эффективной гигиены рук медицинскими работниками в ЛПО необходимо наличие и доступность функциональных дозаторов.

В настоящее время хорошо зарекомендовали себя настенные локтевые и бесконтактные дозаторы "Ингасепт" (Германия), имеющие длительный гарантийный срок (5 лет). Представляют интерес дозаторы, в цветном корпусе «сигнальной» окраски (красной, желтой, оранжевой), активно привлекающие к себе внимание и стимулирующие соблюдение гигиены рук, локтевые и сенсорные дозаторы со встроенной функцией счёта количества использований. Целесообразна установка дозатора с кожным антисептиком для пациентов и посетителей на видном месте при входе в больницу. Инновацией дозирующих устройств является система Опхардт СМГ (Система Мониторинга Гигиены), проводящая постоянный мониторинг и анализ соблюдения гигиены рук медперсоналом с предоставлением корректной информации о соблюдении гигиены в виде таблиц (о количестве обработок рук по местам расположения дозаторов, временной нагрузке на каждый дозатор)

Применение данной систем создает в медицинских учреждениях условия для постоянного улучшения гигиены рук и контроля её соблюдения.

Здоровая кожа рук – это не прихоть, а обязанность мед персонала. Даже мельчайшие трещины или микротравмы кожи могут стать резервуаром патогенных микроорганизмов, вызывающих кожные инфекции и дальнейшее распространение микроорганизмов. Для защиты и ухода за кожей хорошо подходят профессиональные многокомпонентные крема с успокаивающим, защищающим и восстанавливающим эффектом, такие как Майола Н5, Ухажер Люфенил.

В последние годы резко возросла проблема внутрибольничного инфицирования пациентов и персонала при эндоскопических манипуляциях, связанная с широким использованием эндоскопических методов диагностики и лечения в большинстве областей медицины, эпидемиологическим неблагополучием в стране по основным социально значимым инфекциям (ВГВ, ВГС, ВИЧ-инфекция, туберкулёз) и трудоёмкостью обеззараживания сложного дорогостоящего оборудования. Применяемая сегодня в большинстве ЛПО обработка эндоскопов ручным способом имеет существенные недостатки – она длительна, требует особого внимания. Неточное приготовление дезрастворов, некачественная очистка и пр. («человеческий фактор»), часто делает обработку неэффективной. Для эффективного, гарантированного обеззараживания эндоскопов предпочтительно использовать готовые к применению средства, на основе регламентированных действующих веществ (глутаровый, ортофталевый альдегиды, перекись водорода и надуксусная кислота). Для ускорения процесса обеззараживания эндоскопов желательно использовать готовые средства с коротким временем обработки при ДВУ эндоскопов, например Клиндезин – Окси, Раписайд РА RTU, Раписайд ОПА-28 с экспозицией 5 минут. Оптимально внедрение автоматических систем обработки эндоскопов. В процессе модернизации здравоохранения в медицинских учреждениях появились репроцессоры – автоматические установки по обработке эндоскопов (DSD 201), компактные репроцессоры CER. В помощь персоналу эндоскопических отделений (кабинетов) коллективом экспертов Ассоциации медицинских сестер России в 2013 году разработаны и изданы «Методические рекомендации по обеспечению инфекционной безопасности эндоскопических манипуляций».

Сегодня вопросы профилактики ИСМП в стационарах зависят от среднего и младшего персонала, которому принадлежит основная главенствующая роль – роль организатора, ответственного исполнителя, а также контролера.

Ежедневное, тщательное и неукоснительное выполнение требований санитарно-гигиенического и противоэ-

# Иностранный диплом

В КАКИХ СЛУЧАЯХ ДОКУМЕНТ ОБ ОБРАЗОВАНИИ, ВЫДАННЫЙ В ДРУГОЙ СТРАНЕ, ПРИЗНАЕТСЯ ЭКВИВАЛЕНТНЫМ РОССИЙСКОМУ

**Вопрос:** Я закончила медицинское училище в 1992 году в городе Душанбе, специальность сестринское дело, диплом на двух языках в том числе на русском. В этом же году переехала в Россию и начала свою трудовую деятельность. Общий стаж работы медицинской сестрой 22 года. 24.02.2014 пришла на очередные курсы повышения квалификации медицинских работников цикл «анестезиология-реанимация» в городе Кирове. При приеме документов мне отказали в выдаче сертификата, сославшись на то, что мой диплом является иностранным. До этого в этом училище при прохождении сертификации проблем не возникало. Помимо диплома о среднем образовании у меня имеется диплом ВСО, который я получила в 2012 году в Кировской медицинской академии. Прошу Вас помочь мне в сложившейся ситуации, так как речь идет о моем рабочем месте, и обеспечении семьи.

С уважением, Светлана Васильевна.

Уважаемая Светлана Васильевна!

В соответствии со ст. 100 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» до 1 января 2016 года лица, получившие медицинское или фармацевтическое образование в иностранных государствах, допускаются к медицинской деятельности или фармацевтической деятельности после признания в Российской Федерации образования и (или) квалификации, полученных в иностранном государстве, в порядке, установленном законодательством об образовании, сдачи экзамена по специальности в порядке, устанавливаемом уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и получения сертификата специалиста, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

Соглашением между Правительством Республики Беларусь, Правительством Республики Казахстан, Правительством Кыргызской Республики, Правительством Республики Таджикистан и Правительством Российской Федерации о взаимном признании и эквивалентности документов об образовании, ученых степенях и званиях от 24.11.1998 г., утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 26.08.1999 № 957, определено, что документы об образовании государственного образца Республики Тад-

жикистан признаются на территории Российской Федерации.

Признание в Российской Федерации образования и (или) квалификации, полученных в иностранном государстве (далее – иностранное образование и (или) иностранная квалификация), осуществляется на основании статьи 107 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (далее – Закон).

В соответствии с частью 1 статьи 107 Закона признание иностранного образования и (или) иностранной квалификации, осуществляется в соответствии с международными договорами Российской Федерации, регулирующими вопросы признания и установления эквивалентности иностранного образования и (или) иностранной квалификации (далее – международные договоры о взаимном признании), и законодательством Российской Федерации.

Критерии включения в указанный перечень иностранных образовательных организаций, которые выдают документы иностранных государств об уровне образования и (или) квалификации, признаваемые на территории Российской Федерации, утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 05 августа 2013 г. № 660.

Обладателям иностранного образования и (или) иностранной квалификации, признаваемых в Российской Федерации, предоставляются те же акаде-

мические и (или) профессиональные права, что и обладателям соответствующих образования и (или) квалификации, полученных в Российской Федерации, если иное не установлено международными договорами о взаимном признании.

Таким образом, если Ваше образование подпадает под действие международного договора о взаимном признании, то оно признается на территории Российской Федерации без прохождения процедуры признания (свидетельство о признании иностранного образования и (или) квалификации на территории Российской Федерации не предусмотрено) на основании части 3 статьи 107 Закона.

Более подробную информацию о признании иностранного образования и (или) иностранной квалификации в Российской Федерации (в том числе официальные тексты международных договоров Российской Федерации в сфере признания) можно получить на официальном сайте Национального информационного центра по информационному обеспечению процедуры признания на территории Российской Федерации образования и (или) квалификации, полученных в иностранном государстве, в сети «Интернет» по адресу: [www.nic.gov.ru](http://www.nic.gov.ru) или по телефону справочной службы ФГБНУ «Главэкспертцентр»: + 7 (495) 317–17–10.

Юрисконсульт ПАМС



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



# 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**