

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 1/20 2015



Профилактика и терапия респираторной недостаточности у недоношенных новорожденных



стр. 22

Инновации в образовании – опыт применения симуляционных технологий



стр. 18

К вершинам профессионализма – новые успехи медицинских сестёр ТБ службы



стр. 31

Повышение эффективности работы справочно-консультативного отделения больницы

ДОЗАТОР ИНГАСЕПТ ЕРТ

5 ПРИЗНАКОВ КАЧЕСТВА В НОВОМ ИСПОЛНЕНИИ!

Надежность

Материалы:
Нержавеющая сталь,
ударопрочный пластик

Комфорт

Замена флакона не требует
демонтажа дозатора со стены

Стиль

Разнообразное цветовое
исполнение



Универсальность

Открытая система
Использование стандартного
евро-флакона на 1000 мл.

Безопасность

Запираемая на ключ
антивандальная панель

ГАРАНТИЯ ОТ ИЗГОТОВИТЕЛЯ 3 ГОДА!



■ Общественная поддержка помогает открывать новые профессиональные горизонты

Дорогие коллеги и читатели «Вестника»!

Рады приветствовать вас в первом в этом году выпуске журнала и поделиться итогами работы ассоциации, а также некоторыми планами, которые, надеемся, вас заинтересуют.

Ежедневно миллионы медицинских сестер по всему миру приходят на помощь к пациентам, выполняя свой профессиональный долг, демонстрируя высочайший уровень знаний, навыков и бесценных человеческих качеств – внимания, сочувствия, сострадания и заботы. Медицинские сестры, акушерки, фельдшера – незаменимые специалисты, для которых не существует понятия «чужой» боли.

Но внимание и забота нужны не только пациентам, они жизненно необходимы и самим специалистам – для восполнения эмоциональных сил, приобретения новых знаний, для совершенствования своей практики и повышения качества помощи. Одним из источников такой взаимной поддержки для каждой медицинской сестры призвана стать профессиональная ассоциация.

Как показал опыт прошедшего года, значительному числу специалистов общественная поддержка действительно помогает открывать новые профессиональные горизонты. Только в национальных мероприятиях РАМС в прошедшем году приняли участие порядка 1800 медицинских сестер, 158 человек прошли обучение в рамках международных проектов и 17 делегатов представили медицинских сестер России, приняв участие в крупных международных конгрессах.

Беспрецедентно высокого уровня достижения продемонстрировали участники всероссийских конкурсов, организованных РАМС. Своими знаниями, опытом, глубоким пониманием смысла сестринской профессии сотни медицинских сестер поделились со

всеми нами через разработанные методические рекомендации, пособия, книги. Настоящим фейерверком талантов стал конкурс фотографий, отражающих труд медицинских сестер различных специальностей. Сегодня работы победителей конкурсов, выверенные практические рекомендации – доступны каждому специалисту на веб-сайте Ассоциации медицинских сестер России.

Все организованные мероприятия показали, что в своем профессионализме сестринское сообщество уверенно движется вперед, а локомотивом этого движения выступают многочисленные региональные организации. В адрес многих из них хочется выразить слова особой благодарности – Забайкальская, Омская, Кемеровская, Самарская, Астраханская, Ивановская ассоциации организовали за прошедший год множество учебных мероприятий, поддержали проведение мастер-классов на всероссийских конференциях, гостеприимно приняли на своей земле коллег из других российских регионов и показали лучшие образцы сестринской практики для их максимального воплощения в жизнь во всей стране.

Медицинские сестры, акушерки и фельдшера становятся движущей силой не только практических, но и структурных преобразований. На каждом мероприятии специалисты озвучивают заинтересованность в расширении зоны своей профессиональной ответственности и подтверждают возможность таких шагов высоким уровнем подготовки. Медицинские сестры с успехом реализуют инициативы по ведению школ пациентов с хроническими заболеваниями, координируют работу информационных порталов и колл-центров, проводят самостоятельные приемы больных, организуют стационары на дому и все больше внимания уделяют научным исследованиям и доказательной сестринской практике. Эта новаторская работа требует дальнейшей поддержки, что отражено

в планах Ассоциации медицинских сестер России на текущий год.

Уже в январе нами были объявлены очередные профессиональные конкурсы с достойным вниманием призовым фондом. Мы надеемся поощрить медицинских сестер, которые вкладывают свое время в проведение исследований и поиск наилучших подходов к оказанию медицинской помощи, которые становятся лидерами во внедрении положительных перемен, кто своим трудом каждый день делает российское здравоохранение более доступным, удобным, эффективным.

Нами запланированы научно-практические конференции, на которых смогут встретиться медицинские сестры различных специальностей; продолжены будут и международные проекты РАМС. А итоговым мероприятием не только 2015 года, но и всей прошедшей «пяtilетки», станет международный конгресс и отчетно-выборная конференция Ассоциации. Мы надеемся, что уже сегодня многие из вас внесут даты с 11 по 13 октября в свой профессиональный календарь и смогут принять участие в этих мероприятиях.

Конечно же, мы надеемся порадовать читателей «Вестника» интересными и актуальными публикациями, новыми рубриками и острыми обсуждениями. В этом году на страницах нашего журнала будет опубликована целая серия статей по оказанию психосоциальной поддержки онкобольным, расширению роли сестринского персонала первичного звена, инфекционной безопасности и соблюдению этических норм. Мы продолжим сотрудничество с российскими и зарубежными авторами и будем исключительно рады, если публикации этого и последующего выпусков «Вестника» будут вам полезны.

В завершение позвольте поздравить вас с наступающим Международным днем 8 марта, пожелать скорейшего наступления весны, а вместе с ней – счастья, тепла, уюта и миллиона восхищенных взглядов!



На обложке: Головина Марина Владимировна, призер фотоконкурса РАМС «Своей профессией горжусь», медицинская сестра-анестезист отделения детской реанимации ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗРФ, г. Красноярск

СОДЕРЖАНИЕ

НОВОСТИ РЕГИОНОВ	
Медицинские сестры – анестезисты обсудили вопросы развития практики	стр. 3
Будем милосердными всегда	стр. 9
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ	
Быть рядом и уметь слушать: участники российско-американского семинара изучили научно-обоснованные методы оказания сестринской помощи больным раком	стр. 4
К вершинам профессионализма – успехи медицинских сестер противотуберкулезной службы	стр. 18
МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО	
Реализация пациент-ориентированного подхода к оказанию помощи во фтизиатрии	стр. 25
ГЕРОЙ НОМЕРА	
Своей профессии верна	стр. 13
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ	
Инновационные подходы к повышению квалификации сестринского персонала	стр. 22
СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	
Безопасность периферического венозного доступа в гериатрической практике	стр. 28
ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА	
Поликлиника будущего: Сахарный диабет второго типа – роль медицинской сестры в обучении пациента	стр. 7
Метод СРАР терапии у недоношенных новорожденных	стр. 10
Чистые руки медика: теория и практика	стр. 14
Внутрикостный доступ: историческая справка и современное решение проблемы сосудистого доступа в критических ситуациях	стр. 36

Свидетельство о регистрации ПИ №ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 10.02.2015. Отпечатано в ООО «Первый ИПХ». Санкт-Петербург, Б. Саппониевский пр., 60, лит. «У». Заказ №5929. 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
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»
- ГОЛОЛОВА 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.** – доктор медицинских наук, профессор, декан ФВСО ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава
- РЯБЧИКОВА Т.В.** – доктор медицинских наук, 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
- РУДЕЙКО И.В.** – врач-дезинфектолог высшей категории, эпидемиолог-эксперт

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ-АНЕСТЕЗИСТЫ ОБСУДИЛИ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ ПРАКТИКИ



И.З. Китиашвили,
заведующий кафедрой анестезиологии
и реаниматологии ГБОУ ВПО «АГМУ»
д-р мед. наук, профессор

12 ноября 2014 года в лекционном зале Александрo-Ма-ринской больницы г. Астрахани состоялась Всероссийская научно-практическая конференция медицинских сестер-анестезистов. Организаторами мероприятия стали кафедра анестезиологии и реаниматологии Астраханского государственного медицинского университета совместно с Профессиональной сестринской ассоциацией Астраханской области и Ассоциацией медицинских сестер России.

Анестезиологическая и реанимационная практика стремительно развиваются. Научные знания в этой области должны быть доступны всем специалистам – и врачам, и медицинским сестрам. Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГБОУ ВПО «АГМУ» стала первопроходцем в этой области, организовав первое в своем роде научное мероприятие такого уровня именно для медицинских сестер. Конференция явилась своеобразным промежуточным итогом колоссальной работы, проводимой кафедрой анестезиологии и реаниматологии ГБОУ ВПО «АГМУ» в области повышения квалификации медицинских сестер как основного звена лечебного процесса.

Поделиться своими знаниями и умениями, обсудить проблемы собрались медсестры и врачи города и области

Астрахани, их коллеги из 22 регионов страны.

Участников тепло приветствовали начальник отдела охраны здоровья и развития здравоохранения министерства здравоохранения Астраханской области Т.А. Кузина, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ГБОУ ВПО «АГМУ» д-р мед. наук, профессор И.З. Китиашвили, президент РАМС, председатель Европейского форума национальных ассоциаций В.А. Саркисова, президент Астраханской сестринской ассоциации В.П. Аношко.

Одна из важнейших задач конференции состояла в том, чтобы обратить внимание участников на особенности применения современных методов сердечно-легочной реанимации. Точность, слаженность, профессионализм

Две тысячи лет прошло с того момента, как Иисус воскресил Лазаря. За это время люди тоже научились многому. Анестезиологи-реаниматологи говорят, что реанимационные мероприятия – это процесс, который имеет свои временные рамки, но иногда действительно происходит чудо. И делают его не Боги, а простые люди, которые живут среди нас.

действий медицинской сестры при выполнении данных реанимационных мероприятий позволяет сохранить жизнь пациента в самых критических ситуациях.

Доклады медицинских сестер имели исключительное значение для развития современной анестезиологической практики. Было очевидно, что специалисты владеют огромным потенциалом знаний, интересуются самими разнообразными вопросами реанимационной помощи. В течение всего одного рабочего дня конференции медицинским сестрам удалось обсудить задачи выполнения стандартов оказания помощи, вопросы ухода, подготовки пациентов к оперативным вмешательствам, нутритивной поддержки, вопросы безопасности и организации

палат пробуждения, роль компьютерных технологий в совершенствовании помощи. Большой интерес вызвали сообщения по особенностям работы с различными аппаратами – мобильным переключателем пациента Transma-quiet, компрессионной системой SCD Express, предупреждающей и устраняющей застой в нижних конечностях; по применению BIS-мониторинга при оперативных вмешательствах; приборов TOF-Watch, осуществляющих мониторинг нервно-мышечной проводимости, гарантирующих эффективность лекарственной терапии и безопасность пациента.

Участники конференции высказались в поддержку усиленной подготовки сестер-анестезистов, включая введение углубленных программ подготовки и, в перспективе, высшего сестринского образования по этой специальности; в поддержку непрерывного профессионального общения, участия в социальных сетях, в деятельности профессиональных организаций, в международном сотрудничестве.

Большой интерес вызвала практическая часть конференции. Заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ГБОУ ВПО «АГМУ» профессор И.З. Китиашвили и ассистенты кафедры В.Д. Миньковецкий, Е.А. Богданов, старшая медицинская сестра отделения анестезиологии и реанимации и интенсивной терапии НУЗ «Медико-санитарная часть» О.Е. Иноземцева и медицинская сестра-анестезист Н.С. Шалаева провели мастер-классы по работе с современным наркозно-дыхательным оборудованием, по режимам искусственной вентиляции легких, технике выполнения внутрикостного доступа и ряду других актуальных тем.

Хочется верить, что рассмотренные на конференции проблемы, новые методы и способы достижения высоких результатов в медицинской практике найдут свое отражение в повседневной работе медицинских сестер.



УЧАСТНИКИ РОССИЙСКО-АМЕРИКАНСКОГО СЕМИНАРА ИЗУЧИЛИ НАУЧНО ОБОСНОВАННЫЕ МЕТОДЫ ОКАЗАНИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РАКОМ

Предыстория

В 2014 году с опорой на поддержку Фонда Бристоль-Майерс Сквибб Ассоциация медицинских сестер России продолжила реализацию проекта по совершенствованию сестринской помощи онкобольным. Теперь совместно с Университетом Вашингтона Ассоциация провела обучение медицинских сестер по применению научно обоснованных психосоциальных вмешательств. В течение 5-дневного семинара более 40 медицинских сестер из 24 региональных ассоциаций прошли обучение, которое блестяще провели преподаватели Университета Вашингтона – профессор, доктор философии, автор многочисленных научных работ Фрэнсис Льюис и преподаватель Мэри Хэффернан.

Открывая семинар, президент РАМС Валентина Саркисова определила круг задач для его участников, – приобрести новые знания и навыки и впоследствии применить их в работе с пациентами. Для проведения этого семинара были задействованы серьезные ресурсы, велась большая подготовительная работа. Международный проект РАМС в области онкологии, как и другие проекты, напрямую связаны с основной миссией организации – повышением профессионализма медицинских сестер. За каждым проектом стоит главная цель – реа-

лизация Этического кодекса медицинской сестры России, достижение той ситуации, при которой роль медицинской сестры в оказании помощи становится шире, когда она не только выполняет назначенное врачом, но играет более активную и самостоятельную роль в уходе за пациентом, помогая ему избежать ненужных страданий.

Все болезни от стрессов

Наши собственные наблюдения, знания, опыт нередко подсказывают, что многочисленные проблемы здоровья коренятся в психологии человека, в том, с какими душевными волнениями и тревогами ему приходится сталкиваться в жизни. Тот факт, что счастливые и уравновешенные люди меньше подвержены всяческим хворям и напастям, для нас очевиден, как очевидно и то, что продолжительный стресс, тяжелое эмоциональное напряжение, горе, психологическая травма способны сломить и уложить на больничную койку даже самого физически крепкого и выносливого человека. А как эмоциональное состояние сказывается на людях, больных раком?

Открывая семинар, профессор Льюис привела массу научных доказательств тому, что онкобольные как никто другой страдают от стресса, причем последствия страданий выражаются

в снижении способностей организма сопротивляться основному заболеванию. На онкобольного стресс воздействует непрерывно, но есть и наиболее болезненные периоды – моменты ознания с диагнозом, начала лечения, смены назначенной терапии в связи с неэффективностью предшествующего лечения; большой страх и тяжелый стресс связаны с возвращением заболевания у лиц, перенесших период стабилизации или длительной ремиссии. Ни с чем не сравнимый стресс переживают пациенты, заболевание которых прогрессирует и не поддается имеющемуся арсеналу лекарственных средств и медицинских технологий. Каждого больного на заключительном этапе жизни тревожат многочисленные мысли о том, каким станет конец, как скоро он наступит, насколько болезненными, тяжелыми будут физические страдания. Такие мысли нередко начинают доминировать и не дают пациенту нормально функционировать.

Но дело не только в негативных эмоциях и депрессии. Согласно научным данным стресс воздействует на гормональный фон человека, что приводит к физиологическим изменениям и снижению возможностей организма бороться с заболеванием и с его отдельными симптомами. Благодаря этим данным около 30 лет назад в мире начались исследования, посвященные тому,

Во время семинара состоялось заседание членов секции медицинских сестер онкологической службы. Ее лидер – Ольга Фролова – внесла предложения по увеличению членства в секции, по совместной работе над методическими рекомендациями для медицинских сестер онкологической службы. Секция приглашает к общению и обмену опытом всех медицинских сестер, задействованных в оказании помощи онкобольным. Современные технологии позволяют проводить обмен опытом, не выходя из дома. Нужно просто зарегистрироваться на форуме сайта Ассоциации медицинских сестер России и неограниченно общаться со своими коллегами из самых разных регионов.

В настоящее время формируется план работы секции на 2015 год; все поступившие предложения о развитии профессии будут учтены и включены в ее деятельность. Объединив материалы и опыт, накопленный за долгие годы в разных российских регионах, мы сможем не только помочь пациентам справиться с заболеванием, но и помочь медицинским сестрам сохранить свое здоровье.



какие методы могут способствовать преодолеть стресс и его негативные последствия у онкобольных.

Быть рядом и уметь слушать

За последние десятилетия значительного прогресса удалось достичь не только в лечении различных видов рака, но и в сестринской помощи больным. На помощь пришли методы и приемы, предложенные психологами. Причем эти методы напрямую связаны не только с улучшением эмоционального фона пациента, но и с обеспечением должного качества медицинской помощи.

Один из таких методов связан с налаживанием правильного общения с пациентом, с умением активно выслушать больного. Зачем нужен такой навык? Обычная практика лечения состоит в том, чтобы выполнить какую-то процедуру и объяснить пациенту режим лечения, схему приема медикаментов. На первый взгляд этого должно быть достаточно. Но попробуем представить в роли пациентов самих себя. Не бывает

ли такого, что, получив определенные рекомендации и назначения, отлично разбираясь в действии тех или иных препаратов, мы сами меняем последовательность или частоту их приема. «Слишком много химии», «организм должен сам научиться справляться», «пара пропусков приема лекарств ничего не изменит»... – таких отговорок можно найти тысячу. Благодаря имеющимся научным исследованиям известно, что несоблюдение правильного режима лечения не зависит ни от социального статуса, ни от уровня образования, ни от специальности больного. В состоянии болезни растеряться и не соблюдать предписанный режим могут и самые опытные врачи. В то время как многочисленные препараты и рекомендации, сопровождающие лечение рака, если их применять правильно, способны контролировать и не допускать развития тяжелых побочных эффектов и осложнений.

Для решения этой проблемы при обучении пациента важно его активно выслушать – сначала выяснить все об-

стоятельства и мысли пациента о назначенном лечении или процедуре. Впоследствии это поможет провести более целенаправленное обучение, обеспечить грамотное лечение больного после выписки из стационара.

Выслушать пациента важно и в плане эмоциональной поддержки. Зачастую именно медицинская сестра может стать тем человеком, к которому пациент будет испытывать максимальное доверие. В общении с медсестрой пациент порой может сказать о тех тревогах, которые останутся скрыты не только от лечащего врача, но и от самых близких. А эта информация может сыграть ключевую роль в продолжении терапии рака и ее эффективности.

Психологическое сопровождение онкобольных и их близких – один из наиболее актуальных вопросов современной онкологии. В ряде клиник такие службы вводятся, но доступность такой психологической помощи невелика, как правило, консультации психологов имеют место только в самых тяжелых случаях, да и не все пациенты на



Во время семинара Фрэнсис Льюис (на левом фото) и Мэри Хэффернан (на правом фото) не только рассказали о методе активного слушания пациентов, но и провели настоящий мастер-класс.



это идут – нет у нас такой традиции, такой привычки. А вот если методы психологии в своей практике применит медицинская сестра, то и охват пациентов и приносимая психологией польза будет в разы выше.

В ходе семинара Фрэнсис Льюис рассказала о двух методах снижения стресса, которые способны помочь пациентам.

Один из них – метод прогрессивной мышечной релаксации, помогает пациентам расслабиться, устраняет лишнее мышечное напряжение, является эффективным немедикаментозным средством борьбы с болью.

Второй метод связан с воздействием на сознание и является одним из вариантов медитации, проводимой в целях лечения. Обучение пациента медитации и регулярное ее применение помогает снять стресс, освободиться от негативных мыслей. Медитация помогает онкобольным справиться с усталостью и нарушениями сна.

Обучение медитации и мышечной релаксации может проводиться медицинскими сестрами с пациентами как индивидуально, так и в небольших группах. Для освоения каждого метода достаточно 10–15 минут, затем пациент может заниматься самостоятельно. Простые и не требующие никаких финансовых затрат методы заметно повышают качество жизни онкобольных. Более того, благодаря множеству научных исследований уже достоверно известно, что пациенты, применяющие эти методы, меньше страдают от побочных эффектов лечения, достигают более высокого качества и продолжительности жизни.

Если в начале семинара Фрэнсис Льюис и Мэри Хэффернан проводили обучение медицинских сестер, то в течение двух завершающих дней во время работы групп наши специалисты могли попрактиковаться в применении методик. Освоить их действительно стоит, ведь усталость, тревога, стресс сопутствуют не только онкологическому заболеванию, но являются распространенной проблемой и среди тех, кто оказывает помощь больным.

Усталость от сострадания

Именно так определяется сегодня синдром эмоционального выгорания у

медицинских сестер онкологической службы. Исследования показывают, что без специальной поддержки медицинские сестры, работающие с детьми в онкологических учреждениях, выдерживают не более 5–7 лет.

У каждой участницы семинара немало историй, связанных с установлением дружеских отношений с пациентами и последующим горем утраты.

«Я начинала работать в детской онкологии. Прошло много лет, но до сих пор помню одного из своих маленьких пациентов. Я проводила химиотерапию пятилетнему мальчику. Замечательный, жизнерадостный, открытый ребенок очень хотел выздороветь и стать взрослым. Когда узнала, что его больше нет, не могла успокоиться несколько дней, слезы душили...», поделилась с участницами Галина Иващенко, главная медицинская сестра Омского онкологического диспансера.

«Мы не смогли ничем помочь своей коллеге. Узнав о диагнозе, она отказалась от какого-либо лечения. Пытались с ней говорить, убеждать, поддерживать, но ничего не помогало», со слезами на глазах говорила Юлия Шипичева, старшая медсестра онкологического диспансера из Вологды.

Чувство бессилия перед заболеванием эмоционально истощает, забирает все силы и требует профессиональной коррекции. Участницы семинара поделились своими рецептами борьбы со стрессом. Где-то, как, например, в Алтайской области, для этого созданы все условия. «Комната психологической разгрузки у нас работает уже около 20 лет, – рассказала Галина Подузова, главная медсестра онкологического диспансера г. Бийска, – каждый сотрудник, у кого есть такая потребность, может посетить эту комнату, провести в ней какое-то время, послушать умиротворяющие звуки природы, отвлечься от тяжелых мыслей. Более того, при необходимости на помощь может прийти и профессиональный психолог».

Но и в отсутствие такой специальной комнаты не стоит отпускать рук, следует найти тот способ освобождения от профессионального стресса, который поможет именно вам. Кому-то легче изложить проблемы на бумаге, а потом разорвать ее на мелкие кусочки, кому-то важно побыть в одиночестве, посмотреть несколько минут за окно,

мысленно перенестись в другое место, кто-то справляется со стрессом в кругу коллег за чашкой чая.

Очень важно, чтобы специалисты не игнорировали собственные эмоциональные проблемы, отметила Фрэнсис Льюис, чтобы умели «закрывать дверь» между больницей и своей личной жизнью, своим домом.

Планы на будущее

Лекции, презентации, работа в группах, обсуждения, обмен опытом, практические мастер-классы – в течение пяти насыщенных дней работы какие методики обучения не были использованы! Каждое занятие началось с тестирования, а по завершении каждого рабочего дня, уже освоив или вспомнив имевшиеся знания, участницы семинара вновь отвечали на вопросы тестов. Каждый учебный модуль сопровождала и презентация, и дополнительные инструкции, например, по проведению медитации или обучения пациента новым навыкам. Приняв участие в этом семинаре и получив ценные знания, медицинские сестры приняли на себя определенные обязательства. Теперь каждой участнице предстоит стать преподавателем, поделиться знаниями с коллегами и подать личный пример внедрения новых сестринских вмешательств.

Ассоциация медицинских сестер России со своей стороны продолжит работу с зарубежными партнерами и постарается организовать дополнительное обучение для медицинских сестер онкологической службы. Специальные программы поддержки онкобольных и их близких, с успехом применяемые медицинскими сестрами других стран, должны стать доступны нашим пациентам.

Более детально будут рассмотрены и изученные на семинаре методики. В сотрудничестве с американскими преподавателями мы планируем к публикации серию статей, которые помогут поделиться информацией с медицинскими сестрами, не имевшими возможности принять участие в очном обучении. Все учебные материалы, а также видеоролики, подготовленные американскими специалистами, будут размещены в специальном разделе веб-сайта Ассоциации.

Сахарный диабет второго типа: роль медицинской сестры в обучении пациента



Ю.В. Ягудина,
старшая медицинская сестра
отделения врачей общей практики
ГБУЗ СО «Самарская городская
клиническая поликлиника № 15»



Л.Ю. Пудовинникова,
главная медицинская сестра ГБУЗ СО
«Самарская городская клиническая
поликлиника № 15», председатель
секции РАМС «Сестринское дело
в первичном здравоохранении»

*«Диабет не болезнь, а образ жизни.
Болезнь диабетом – все равно, что водить
машину по оживленной трассе – надо
знать правила движения».*

Мишель Бергер

Сахарный диабет (СД) – серьезная проблема современной медицины, что связано с огромной распространенностью этого заболевания. По данным на 1 января 2014 года, в мире насчитывается не менее 366 млн больных СД, а к 2025 году ожидается рост числа таких пациентов до 560 млн. В России порядка 3 121 тыс. людей живут с диагнозом СД, у 90% из них диабет второго типа. В Самарской области насчитывается 102 тыс. таких пациентов, а к 2025 году прогнозируется рост их числа до 400 тыс. человек.

Экономический ущерб очень значителен в связи с ранней инвалидностью и смертностью, частой времен-

ной нетрудоспособностью, дорогостоящим лечением поздних осложнений диабета.

Обучение пациентов с сахарным диабетом является необходимой составляющей успешной комплексной терапии наряду с диетой, физической нагрузкой, самоконтролем и медикаментозной терапией. Обучение проводят как врачи, так и медицинские сестры после соответствующей подготовки.

Успешное решение задачи лечения и профилактики сахарного диабета невозможно без рациональной организации специализированной помощи на уровне первичного звена. Работа по своевременному выявлению сахарного диабета и, в частности, по профилактике и выявлению факторов риска во многом зависит от организации просветительской и профилактической работы сестринского персонала с населением.

На базе ГБУЗ СО СГКП № 15 Самары в 1998 году была открыта школа «Диабет». Обучение в Школе помогает пациентам и их семьям понять серьезность заболевания, осознать важность эффективного лечения и необходимость ведения здорового образа жизни, формирует у пациентов навыки правильного ухода за собой, настраивает их на сотрудничество с медицинским персоналом. Все это должно привести к улучшению качества жизни пациента.

Медицинские сестры, занимающиеся с пациентами в «школе», должны уметь:

- адаптировать обучение к уровню подготовленности, прошлому опыту и пониманию пациента;
- сочувствовать пациентам при общении;
- осознавать потребности пациентов;
- учитывать возможности пациентов, снижение познавательных функций, существующее у хронически больных;
- учитывать эмоциональное состояние больных;

- практиковать активное слушание пациента;
- вовлекать его в процесс обучения;
- поощрять к установлению собственных целей и самооценке;
- определять возможности пациента справляться со своим заболеванием и лечением;
- доходчиво рассказывать пациентам об их заболевании и методах лечения;
- помогать пациентам в управлении своим образом жизни.

Следует отметить, что такие темы обучения, как этиология и патогенез заболевания; классификация заболевания с учетом стадии и степени тяжести; перечень препаратов, показанных конкретному пациенту, основные концепции терапии, побочные эффекты лекарств; осложнения заболевания и симптомы ухудшения, обсуждаются пациентами в процессе общения с участковым врачом или врачом-эндокринологом.

Группы пациентов – участников Школы набираются разными путями:

- посредством вызова сестринским персоналом пациентов по телефону;
- путем распространения информационных брошюр и объявлений;
- с амбулаторного приема врача общей практики или эндокринолога поликлиники;
- во время прохождения диспансеризации определенных групп взрослого населения (после анкетирования – 1 этап).

Практически вся организационная работа в Школе лежит на сестринском персонале, что еще раз подтверждает важность роли медицинских сестер в профилактическом направлении.

Кроме организационной работы, медицинские сестры:

- проводят обучение по практическим навыкам наблюдения за состоянием; дают рекомендации по здоровому образу жизни: диете, физической активности, отказу от вредных привычек, принципам

уменьшения влияния стресса (в соответствии с планом занятий Школы для пациентов, страдающих сахарным диабетом);

- готовят и демонстрируют слайды и видеофильмы по темам, за которые отвечает сестринский персонал (рекомендации по здоровому образу жизни: диете, физической активности, отказу от вредных привычек).

Кроме того, медицинские сестры участковой службы и профилактического отделения:

- проводят подготовку и своевременную рассылку приглашений пациентам по графику с указанием даты и времени проведения Школы;
- объявляют и вносят изменения в график проведения терапевтических и профилактических Школ для пациентов;
- готовят раздаточный материал (анкеты, памятки по питанию и пр.);
- регистрируют пришедших пациентов (паспортная часть с указанием телефона, внесение в базу данных);
- проводят анкетирование пациентов (в зависимости от темы занятия);
- помогают при заполнении анкет, если у пациентов возникают трудности или вопросы;
- приглашают на следующие лекции в удобное для пациента время;
- обрабатывают заполненные анкеты;
- передают полученные данные участковым врачам и эндокринологу;
- напоминают пациентам по телефону о датах проведения занятий в Школе и др.



Количество госпитализаций пациентов с сахарным диабетом

Оценка эффективности работы сестринского персонала Школы СД

Состояние пациентов целесообразно оценивать до проведения Школы, непосредственно после ее окончания и в динамике через 6–12 месяцев. При наличии специальных вопросников можно проводить оценку изменения в динамике показателей «качества жизни» пациентов.

В 2013 году в поликлинике сестринским персоналом проводилось анкетирование пациентов для выявления проблем качества жизни до посещения Школы СД и после. На основании полученных данных видно, что среди посещающих Школу улучшение качества жизни было отмечено преимущественно у пациентов с незначительным повышением уровня сахара крови. Это позволяет говорить о необходимости начала работы с пациентами на более ранних стадиях заболевания для достижения лучшего результата лечебно-профилактической работы и более высоких показателей качества жизни.

Проведенная работа также показала следующее:

- увеличилась посещаемость врача общей практики пациентами, состоящими на диспансерном учете, которые также захотели пройти повторное обучение;
- было охвачено население, страдающее СД, которое не посещало поликлинику и школу вследствие незнания, нежелания и своих ограниченных физических возможностей к передвижению (инвалиды-колясочники);
- увеличилось количество пациентов, которые ранее не приходили на прием к врачу общей практики в связи с тем, что считали достаточным прохождение ежегодной диспансеризации по месту своей работы.

Число обученных в Школе пациентов постепенно увеличивается: если в 2012 году обучение прошли 811 человек (из них 495 впервые), то в 2013 году их число составило 871 (580 пришли на занятия впервые).

В связи с созданием Школы было принято решение о проведении исследования, которое позволило бы

оценить эффективность обучения пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом 2-го типа.

В исследовании участвовало 32 пациента, проходивших обучение в Школе. Со всеми пациентами проводились занятия по комплексной структурированной программе обучения больных СД 2-го типа.

На первых занятиях было проведено тестирование уровня знаний пациентов о своем заболевании и методах его контроля. Большинство пациентов владели общими сведениями о сахарном диабете. Но целый ряд принципиальных вопросов требовали уточнения и разъяснения. Так, дневник самоконтроля не вел никто. 28 человек не знали точных симптомов гипогликемии. Никто из обучающихся не имел при себе легко усваиваемых углеводов. Необходимый режим питания при сахарном диабете соблюдали только 6 пациентов.

Калорийность питания по таблицам не считал никто. Все больные не имели представления о гликемическом индексе продуктов. Сахарозаменители употребляли 8 человек. Низкий уровень знаний пациенты обнаружили по теме лечения таблетированными сахароснижающими препаратами.

По окончании обучения пациенты продемонстрировали повышение уровня знаний. 28 обучающихся (96,3%) точно ответили на вопросы о сахарном диабете, его симптомах. 20 больных (62,5%) приобрели глюкометры и самостоятельно контролировали глюкозу крови. Дневник самоконтроля вели 32 человека (100%). Легко усваиваемые углеводы имели при себе 31 пациент (97,5%), 28 человек (96,3%) знали, что такое гипогликемия и гипергликемия и могли оказать себе помощь при этих состояниях. 32 (100%) пациента осознавали важность ухода за ногами и все правила, необходимые для предупреждения развития различных травм.

Всем обучающимся (100%) были предложены памятки по питанию, гипогликемии, гипергликемии, правилам ухода за ногами, профилактике осложнений, двигательной активности при сахарном диабете.

Таким образом, сегодня у нас есть уже достаточно оснований утвер-

ждать, что создание Школы СД является убедительным примером инновационного подхода при проведении профилактической работы с населением в амбулаторно-поликлинических условиях. Теперь дело не ограничивается улучшением регистрации пациентов, сдавших анализ на сахар. Достоверно увеличилось число обследованных пациентов, которые своевременно были направлены на дальнейшее лечение в соответствии с поставленным диагнозом. Внедрение таких школ в практику позволит уже в течение одного года получить значительный медицинский и социально-экономический результат этой новой организационно-функциональной модели профилактической деятельности.

Выводы

В настоящее время в системе комплексной медицинской помощи больным с впервые выявленным сахарным диабетом 2-го типа целесообразно применение программы обучения:

- пациенты с впервые выявленным сахарным диабетом 2-го типа имеют низкий уровень информированности о своем заболевании, отличаются высокой мотивацией к обучению в Школе для больных с сахарным диабетом;
- терапевтическое обучение по структурированной программе повышает информированность пациентов о заболевании и, следовательно, их приверженность медикаментозному лечению;

- для повышения эффективности обучения в Школе требуется дальнейшее совершенствование программы обучения путем расширения форм обучения, увеличения времени на рассмотрение разделов, связанных с подсчетом углеводных единиц, изменения инсулинотерапии, приобретения навыков самоконтроля;
- профессионально подготовленные медицинские сестры могут помочь пациенту осознать суть происходящего, показать связь между его поведением и опасностью для здоровья, необходимость соблюдения рекомендаций по лечению и ведению особого образа жизни для предупреждения осложнений при сахарном диабете.

Будем милосердными всегда!

Акция милосердия, приуроченная к Международному дню инвалидов, состоялась 4 декабря в Мосейковском психоневрологическом интернате.

Мероприятие организовано совместными усилиями Вологодской региональной общественной организации «Ассоциация специалистов сестринского дела» и Вологодской региональной общественной организацией инвалидов – стомированных больных «Асстом».

Основная цель акции заключалась в том, чтобы подарить праздник людям с ограниченными возможностями, повысить им настроение, показать, что они очень нужны нашему обществу, проявить заботу и внимание.

Пациенты и персонал интерната собрались в актовом зале. С теплым приветственным словом к присутствующим

обратилась Нина Никитина, президент Ассоциации специалистов сестринского дела. Она кратко рассказала о своей организации и заверила, что традиции милосердия живут и умножаются нашими медицинскими сестрами. Елена Куликова, исполнительный директор организации «Асстом» вручила подарки – столь необходимые средства по уходу за больными.

Самый «дорогой» и трогательный подарок подготовили студенты Вологодского областного медицинского колледжа – юные члены Ассоциации специалистов сестринского дела. Под руководством заместителя директора по воспитательной работе Ирины Ждановой они подготовили замечательный концерт. В репертуар вошли песни о любви, доброте и человечности. Прекрасные звуки музыки и проникновен-

ное исполнение тронули сердца зрителей, никого не оставили равнодушными. Некоторые плакали, другие кричали «браво». Энергия молодости, «огонек» в глазах выступающих, их добрый и позитивный настрой сумели создать праздничную атмосферу, которая надолго запомнится всем участникам акции: и зрителям концерта, и выступающим.

Праздник удался. Традиция проведения таких акций будет продолжена. Потому что в нашем обществе очень много людей, которые нуждаются в заботе и внимании. Вместе с тем, есть равнодушные люди, которые могут и хотят дарить заботу и внимание тем, кому они необходимы. Они хотят делать это не только по праздникам, а как можно чаще. Будем милосердными всегда!



МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ И ТЕРАПИИ РЕСПИРАТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ (НАЗАЛЬНЫЙ СРАР)



■ **Н.А. Кони́на, А.В. Смирнова,**
медицинские сестры-анестезисты
отделения анестезиологии
и реанимации БУЗ Вологодской
области «Череповецкая детская
городская больница», г. Череповец



Вопросам выхаживания недоношенных детей и детей с экстремально-низкой массой тела сегодня уделяется повышенное внимание. С каждым годом количество детей с массой тела при рождении от 500 грамм и гестационным сроком от 24 недель значительно увеличивается. Благодаря новейшим технологиям в медицине у таких детей появился шанс на выживание и полноценное развитие.

Одной из основных проблем таких детей является дыхательная недостаточность вследствие незрелости легочной ткани, недостатка сурфактанта, слаборазвитой дыхательной мускулатуры и т. д.

Одним из методов профилактики и терапии респираторной недостаточности у недоношенных новорожденных в отделении реанимации и интенсивной терапии является неинвазивная вентиляция легких методом постоянного положительного давления через носовые канюли (назальный СРАР).

СРАР-терапия была предложена и введена в клиническую практику в 1981 году австралийским врачом профессором Колином Салливаном (англ. Colin Sullivan) для лечения обструктивного апноэ сна. Также данный способ искусственной вентиляции лёгких используется в составе более сложных аппаратов ИВЛ, с целью предотвращения повреждения лёгочной

ткани избыточным давлением при длительной искусственной вентиляции. С середины 70-х годов прошлого века СРАР-терапия у новорожденных детей стала проводиться через носовые канюли, однако из-за несовершенства техники, сложности решения проблемы перераздувания желудка, частых повреждений тканей носа жесткими носовыми канюлями у многих клиницистов сложилось мнение о плохой переносимости новорожденными детьми назального СРАР. По этим причинам, а также, возможно, из-за стремительного развития новых методов искусственной вентиляции легких (высоочастотная вентиляция, пациент-триггерная вентиляция) в конце 80-х – в начале 90-х годов прошлого столетия, интерес к назальному СРАР у новорожденных детей заметно угас.

Клинический интерес к этой методике в неонатологии возродился в последнее десятилетие, что обусловлено возрастающей частотой осложнений искусственной вентиляции легких, особенно у детей с экстремально низкой массой тела (синдром утечки воздуха, бронхолегочная дисплазия, неврологические осложнения).

Основными показаниями для назначения СРАР-терапии являются:

- профилактика респираторного дистресс-синдрома новорождённых

(синдром дыхательных расстройств) у глубоко недоношенных новорожденных;

- дыхательные расстройства у новорожденных вследствие заболеваний легких;
- апноэ недоношенных;
- дыхательная поддержка после экстубации.

Основная терапевтическая цель при использовании этого метода терапии состоит в:

- обеспечении раздутия легких под невысоким давлением;
- предотвращении коллабироваания альвеол и мелких дыхательных путей во время выдоха;
- предотвращении смыкания дыхательных путей и блокирования поступления воздуха и необходимого организму кислорода.

Таким образом, улучшается дыхательная функция недоношенного ребенка:

- растет податливость легких и уменьшается резистентность дыхательных путей у ребенка с нестабильной легочной механикой в результате уплотнения легких и уменьшения функциональной остаточной емкости легких (ФОЕЛ).
- увеличиваются функциональная остаточная емкость легких и дыхательный объем;

- Увеличивается среднее давление в дыхательных путях, что оптимизирует ФОЕЛ и вентиляционно-перфузионные соотношения, а также уменьшается потребность в дополнительном кислороде;
- улучшается поступление сурфактанта на поверхность альвеол;
- уменьшается вероятность окклюзии верхних дыхательных путей (ВДП) и поддерживается их низкая резистентность;
- изменяется форма диафрагмы и увеличивается ее активность.

Таким образом, раннее применение (с первых минут жизни) назального CPAP в сочетании с профилактической сурфактант-заместительной терапией открывает уникальные перспективы в профилактике и лечении респираторной недостаточности новорожденных.

БУЗ ВО «Череповецкая детская городская больница» – многопрофильное лечебное учреждение, которое оказывает специализированную медицинскую помощь детям от 0 до 18 лет, обслуживает город и близлежащие районы. В стационаре развернуто 276 коек для круглосуточного пребывания детей и 12 коек дневного стационара.

Больница относится ко 2-му этапу выхаживания. Медицинскую помощь и выхаживание недоношенных детей с низкой массой тела и экстремально низкой массой тела осуществляют:

- отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (9 коек);
- отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (35 коек).

Отделение анестезиологии и реанимации оснащено всей необходимой современной медицинской аппаратурой для интенсивной терапии, ухода, выхаживания и лечения недоношенных новорожденных детей. В отделении более трех лет широко используется метод неинвазивной вентиляции легких, так как он имеет значительные преимущества перед искусственной вентиляцией легких. В рамках модернизации здравоохранения мы получили современное оборудование для выхаживания маловесных детей. Для проведения CPAP-терапии в отделении имеется следующая аппаратура: Medinа – аппарат для CPAP-терапии, Babyloc, Inspiration, Infinity – аппараты ИВЛ с режимом CPAP.



Рис. 1. Ребенок во время проведения CPAP

Современный CPAP-аппарат представляет собой небольшой компрессор, который подает постоянный поток воздуха под определенным давлением в дыхательные пути через гибкую трубку и герметичную силиконовую носовую маску (рис. 2) или назальные канюли (рис. 3), которые стали менее травматичны и более надежны и удобны в использовании. Для их фиксации используются шапочки соответствующих размеров и фиксирующие завязки.

За 2013 год с помощью методики CPAP в нашем отделении было успешно пролечено 72 ребенка, 24 из которых обошлись без интубации трахеи.

За 10 месяцев 2014 года так же наблюдается увеличение числа детей пролеченных без интубации трахеи, а именно – 29 человек (всего пролечено за данный период 67 новорожденных).

В отделении разработаны алгоритмы по подготовке и проведению CPAP-терапии для медицинских сестер, согласованные с заведующим отделением и с госпитальным эпидемиологом.

При подготовке ребенка к CPAP-терапии медицинская сестра измеряет окружность головы ребенка с помо-



Рис. 2. Современные силиконовые маски

щью мягкой линейки. По полученному результату подбирает специальную шапочку. Размер каждой шапочки обозначен соответствующей цветовой кодировкой. Например: окружность головы 28 см – шапочка выбирается оранжевая. Назальные маски и канюли также имеют различных размеров и подбираются в зависимости от размера носа ребенка. В нашем отделении мы чередуем применение масок и канюль каждые 6 часов, что позволяет создать комфортные условия для ребенка.

При проведении CPAP-терапии медицинская сестра должна каждый час:

- проверять и записывать параметры вентиляции;
- определять уровень воды в увлажнителе;
- контролировать температуру в дыхательном контуре;
- сливать избыточный конденсат из трубок контура;
- проверять надежность соединения контура, герметичность и проходимость;
- проводить аускультацию с обеих сторон грудной клетки.

Каждые 2–4 часа медицинская сестра контролирует работу системы «пациент–аппарат»: механические па-



Рис. 3. Современные носовые канюли



Рис. 4. Положение ребенка на животе во время проведения CPAP

раметры аппарата (работающие сигналы тревоги; надежность соединений; наличие кислорода).

Медицинская сестра также выполняет следующие задачи:

1. Следит за обеспечением проходимости дыхательных путей:

- проверка положения канюль каждые 2 часа;
- мониторинг параметров вентиляции;
- пульсоксиметрия;
- мониторинг газового состава крови;

2. Следит за цветом кожи и слизистых оболочек, частотой дыхания, пульсом, наличием стопа на выдохе.

3. Проводит периодические измерения: артериального давления, температуры, диуреза, состояния назальной перегородки.

4. Обеспечивает периодическое проведение рентгенологического и дополнительного лабораторного обследования (определение газового состава крови) по назначению врача.

5. Проводит санацию мокроты из трахеобронхиального дерева (ТБД), иногда данная процедура может требоваться через каждые 30 минут.

6. Меняет положение ребенка «спина–бок–живот–бок–спина», если отсутствуют противопоказания.

7. Проводит перкуссионный и вибрационный массаж (по согласованию с врачом).

Практические советы для медицинской сестры по уходу за ребенком на СРАР

Необходимо использовать носовые канюли соответствующего размера для предотвращения потери положительного давления.

Шапочка должна закрывать лоб, уши и затылок.

Ленточки, фиксирующие носовые канюли, должны крепиться на шапочке сзади наперед, чтобы было удобнее усиливать или ослаблять крепление.

У детей с массой тела менее 1000 г между щекой и фиксирующей лентой необходимо подкладывать мягкую прокладку (можно вату).

Канюли должны плотно входить в носовые отверстия и держаться без всякой поддержки. Они не должны давить на нос ребенка.

В процессе лечения иногда приходится переходить на канюли большего

размера в связи с увеличением диаметра наружных носовых ходов и невозможностью поддерживать в контуре устойчивое давление.

Не следует санировать носовые ходы из-за возможной травматизации слизистой и быстрого развития отека носовых ходов. Если в носовых ходах имеется отделяемое, то нужно влить в каждую ноздрю по 0,3 мл раствора хлорида натрия 0,9% и санировать через рот. Для проверки проходимости носовых ходов в каждый носовой ход следует закапать по 1–2 капли раствора хлорида натрия 0,9%. При нормальной проходимости физиологический раствор уходит в носоглотку легко, без препятствий.

Температура увлажнителя устанавливается 37 °С.

Пространство за ушами следует ежедневно осматривать и протирать влажной салфеткой.

Пространство около носовых отверстий должно быть сухим во избежание воспаления.

Носовые канюли следует менять ежедневно.

Камера увлажнителя и контур должны меняться еженедельно.

Оптимальное положение ребенка:

- оптимальным является положение, которое обеспечивает максимальную проходимость дыхательных путей;
- большинство новорожденных во время проведения СРАР-терапии находятся в положении на спине;
- положение на животе достоверно уменьшает частоту центральных и смешанных апноэ у недоношенных новорожденных (рис. 4).

Инфекционный контроль при применении СРАР-терапии:

- используются исключительно одноразовые расходные материалы (стерильные канюли, трубки, маски: 1 набор – 1 пациент, перчатки, аспирационные катетеры);
- санация дыхательных путей проводится согласно разработанному алгоритму, который включает в себя: оборудование (отсос, стерильный аспирационный катетер диаметром 3–4 мм с закругленным концом и двумя боковыми отверстиями), методику (санацию начинают с очистки ротовой полости, затем носовых ходов, катетер не вводится глубже 5 см), осложнения (скальзывание катетера в пищевод, повреждение слизистых, носовое крово-

течение), а также алгоритмы обработки рук, использования перчаток, утилизации медицинских отходов;

- обработка поверхности аппарата, увлажнителя и контуров производится согласно рекомендациям производителя после каждого использования, а также во время использования у одного пациента (отсутствуют основания для рутинной замены дыхательного контура при использовании неаэрозольных увлажнителей);

- привлечение матери к уходу за ребенком в период проведения СРАР. Медицинская сестра обучает мать оценке состояния ребенка: цвет кожных покровов, поведение, положение ребенка. Также мать может держать ребенка на руках – метод «кенгуру», тем самым происходит стимуляция сосательного рефлекса у ребенка, увеличение лактации у мамы. Все это позволяет маме оказывать своему малышу максимально возможную помощь, а также является первым шагом к грудному вскармливанию для недоношенного ребенка.

Таким образом, ключевым лицом, от которого зависит эффективность применения СРАР, является медицинская сестра.

Вывод: СРАР-терапия является приоритетным методом лечения дыхательной поддержки у новорожденных.

Наиболее распространенным является проведение СРАР – терапии с использованием назальных канюль:

- размер нужно выбирать подходящий для ребенка;
- более эффективны короткие биназальные канюли.

Ребенок, который находится на СРАР, нуждается в тщательном мониторинге состояния и функционирования системы.

Соблюдение основных положений инфекционного контроля является условием профилактики инфекционных осложнений у новорожденных.

Респираторная поддержка методом назального СРАР наиболее эффективна при использовании буквально с первых минут жизни новорожденного ребенка, тем более что применение этого метода доступно в настоящее время практически в любом неонатальном отделении. Мы уверены, что благодаря применению этого метода в будущем число детей, избежавших интубации трахеи, увеличится.

Своей профессии верна!

В Забайкальском крае проживает много людей замечательных, душевных, преданных своему делу, стойких в непростых жизненных ситуациях. Они держатся, не уходят с избранного пути, не мечутся из стороны в сторону, великодушны, готовы поддержать других в трудную минуту, дорожат отношениями с коллегами.

Именно таким человеком нам представляется методист отделения повышения квалификации Читинского медицинского колледжа, член Правления Забайкальской региональной общественной организации «Профессиональные медицинские специалисты» Тамара Олеговна Максимова.

После окончания Читинского медицинского училища с головой окунулась в профессию. Начав трудовую деятельность в Городской детской больнице № 1, поднялась от рядовой до старшей, а затем главной медицинской сестры.

На протяжении почти всей трудовой деятельности получала образование: сначала базовое и повышенное, а затем высшее сестринское, окончив Читинскую государственную медицинскую академию, получив квалификацию «Менеджер» по специальности «Сестринское дело». Это послужило базой для обучения специалистов среднего звена в условиях инновационного образования. Сегодня Тамару Максимова с уверенностью можно назвать «медицинской сестрой новой формации».

Активный член Забайкальской профессиональной общественной организации с 1994 года, участник начала реформирования сестринского дела в крае, в 1996 году Тамара Олеговна переведена на должность главной медицинской сестры Городской поликлиники № 4. В этот период она активно способствует развитию сестринского дела и кадрового потенциала в учреждении.

С 2001 года переводится в Читинский медицинский колледж на должность методиста отделения повышения квалификации, а также назначается секретарем аттестационной комиссии средних медицинских работников Министерства здравоохранения Забайкальского края.

Сегодня, работая методистом отделения повышения квалификации, Тамара Олеговна активно преподает в офисе ассоциации – читает лекции, проводит тестирование, оказывает методическую помощь в подготовке к аттестации и сертификации специалистов среднего звена Забайкальского края. Входит в оргкомитет по проведению краевых научно-практических конференций для организаторов сестрин-

ского дела, проводимых профессиональной организацией.

Настоящий профессионал и замечательный человек – она образцово выполняет возложенные на неё обязанности, заслуживает самых добрых слов – ответственная, трудолюбивая, грамотная, с прямолинейным характером, оптимистка, дружелюбная и обладающая чувством юмора, что немало важно в работе с кадрами.

Для многих коллег Тамара Олеговна – эталон верности профессии.

За время работы в системе здравоохранения неоднократно поощрялась почетными грамотами Министерства здравоохранения Забайкальского края. В 2010 году награждена нагрудным знаком Общероссийской общественной организации «Ассоциация медицинских сестер России «За верность профессии».

Президент, Правление и все члены Забайкальской региональной общественной организации «Профессиональные медицинские специалисты» от всей души поздравляют Тамару Олеговну с юбилеем!!!

В преддверии юбилея хочется пожелать Тамаре Олеговне крепкого здоровья, инициативы на долгие годы, семейного счастья, благополучия и творческих успехов.



Чистые руки медика: теория и практика



■ **И.В. Рудейко,**
врач-дезинфектолог высшей категории,
эпидемиолог-эксперт,
г. Санкт-Петербург

*«Спасение утопающих – дело рук
самих утопающих».*

И. Ильф, Е. Петров,
роман «Двенадцать стульев»

*«Знание законов заключается не
в том, чтобы помнить их слова, а
в том, чтобы постигать их смысл».*
Цицерон

Зима продолжается. Снег красит землю в белый цвет. В одних городах его бесконечно много и сугробы мешают передвижению пешеходов и машин. В других он едва прикрывает землю. И не везде снег белый. Окружающая среда делает его разноцветным и даже грязным.

В отличие от снега облачение медицинского работника всегда должно быть белым, вернее, безупречно чистым, независимо от окружающей среды. Поскольку не только белый, но и другие цвета используются при изготовлении медицинской одежды, она должна быть именно чистой. Такими же должны быть поступки медика, как минимум в рамках ЛПО.

На понятии чистоты базируется организация дезинфекционно-стерилизационного режима в ЛПО.

В предыдущем номере нашего журнала мы говорили об эболе, в частности, о том, что, кроме особенных мероприятий по ООИ, должны проводиться стандартные профилактические мероприятия. Сегодня поговорим немного о чистоте рук медицинского персонала.

Не будем углубляться в определение критериев чистоты. Микробиологи и не только делают это замечательно.

Поговорим о чистоте как цели и результате деятельности медицинской сестры в процессе оказания медицинской помощи пациенту. Цель должна быть одна – эпидемиологическая безопасность больничной среды. А именно: предупреждение инфицирования пациентов и персонала.

В процессе организации этой безопасности действия медицинской сестры должны быть связаны с мероприятиями по уничтожению патогенных и условно патогенных микроорганизмов на – и в – «мишенях» – так называемых факторах передачи, участвующих в оказании медицинской помощи.

Что это за факторы? Руки и кожные покровы медицинского персонала и пациентов, поверхности, биологические выделения пациентов, медицинские отходы, средства медицинского назначения, оборудование и прочее.

Поскольку профилактика внутрибольничных инфекций в ЛПО на 80% зависит от чистоты рук медицинского персонала, с них и начнем.

История о том, как собственная теория еще не была подтверждена официально, но уже дала положительные результаты

В 40-х годах XIX столетия, когда в клиниках Европы свирепствовала родильная лихорадка (послеродовой сепсис), молодой врач по имени Игнатий Земмельвейс возглавил родильное отделение университетской больницы Вены, крупнейшего медицинского центра того времени. Каждое утро врачи и студенты этого учреждения приходили в морг и проводили вскрытия умершим роженицам. А затем, не помыв руки, иногда лишь соизволив протереть их платком, они являлись в родильные палаты, чтобы провести обследование таза у живых женщин – разумеется, без резиновых перчаток, которых тогда еще не было.

Каждая шестая пациентка умирала. Доктор Земмельвейс обратил внимание, что умирают именно те женщины, которых обследовали врачи и студенты. Наблюдая эту страшную картину в течение трех лет, он ввел в своем от-

делении правило: все врачи и студенты должны мыть руки после проведения вскрытия. По сведениям из различных источников кроме обычного мытья доктор Земмельвейс ввел в практику применение для обработки рук так называемой «хлорной воды». Судя по всему, это был раствор хлорной извести.

В апреле 1847 года, до введения этого установления, в его отделении умерло 57 женщин. А в июле, через 2 месяца после принятия предписания обязательно мыть руки, умерла только одна из 84-х рожениц. Поэтому в отделении было выработано новое правило, предписывающее мыть руки после каждого обследования.

Удостоился ли д-р Земмельвейс почестей со стороны коллег благодаря его замечательному открытию? Нет. Мытье рук было неприятной обузой, а новшества Земмельвейса – нелепым чудачеством, недостойным звания врача. До открытия антисептики и асептики должно будет пройти еще 30 лет. Всеобщая недоброжелательность и предубежденность вынудили его уйти из больницы. Его преемник отказался от тазиков для мытья рук, и показатели смертности снова подскочили до уровня старых цифр.

Глубоко разочарованный, д-р Земмельвейс уехал в Будапешт и там вновь добился снижения уровня смертности. Однако через некоторое время его коллеги перестали с ним разговаривать. Чувствительная натура доктора была настолько подавлена стеной непонимания, чванства и традиций его коллег-современников, а также предсмертными криками умирающих матерей, что его рассудок не выдержал этого жуткого напряжения. Он лишился разума и в середине 1865 года был помещен в психиатрическую лечебницу, где 13 августа этого же года в возрасте 47 лет умер, так и не получив мирового признания, которого в полной мере заслужил.

На пожертвования врачей всего мира 20 сентября 1906 года ему поставили памятник, на котором написали «Спаситель матерей».

С тех пор были Джозеф Листер, Луи Пастер, Роберт Кох и другие первооткрыватели мельчайших живых существ, окружающих нас со всех сторон и даже изнутри. И от необходимости мыть руки с ума больше никто ни сходит.

Реальность. Наше время

Откуда мы можем взять информацию о правилах обработки рук и о методах их реализации? Из официальных законодательных документов; из методических рекомендаций к средствам асептики и антисептики; из отчетов исследователей; из рекомендаций практиков.

Поговорим о законодательных документах, регламентирующих деятельность ЛПО. Почему именно законодательство?

1. Потому что законы являются квинтэссенцией результатов исследований многих специалистов в разных странах.

2. Потому что четкие указания, алгоритмы позволяют сократить время персонала на раздумья о правильности обработки рук, на поиск расчетов расхода антисептиков.

3. Законы позволяют защитить того, кто их исполняет.

Эволюция санитарного законодательства насчитывает много различных источников, в которых упоминаются требования в области обработки рук: Приказ от 23 марта 1976 г. № 288 (0,2%-ный раствор хлорамина – 2 мин), Приказ МЗ СССР от 1 июля 1978 г. № 720 (рецептура «С-4» – 1 мин), Приказ МЗ СССР от 12.07.1989 г. № 408 (Руки необходимо вытирать индивидуальным полотенцем, сменяемым ежедневно...).

Санитарное законодательство периодически изменяется. Сейчас действующим является документ: СанПиН 2.1.3.2630–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность». Хотя должна заметить, что и этот документ тоже не вечен – уже есть проект нового СанПиНа по организации медицинской деятельности в ЛПО. И скоро всем российским медикам предстоит его изучение.

Вряд ли требования к обработке рук в новом документе кардинально изменятся. Поэтому посмотрим, что есть в этой области в еще действующем СанПиНе 2.1.3.2630-10.

Сначала необходимо отметить основные направления требований:

- **кто** должен обрабатывать руки в ЛПО;
- **когда** необходимо обрабатывать руки;
- **условия** эффективного мытья и обеззараживания рук;
- **как надо** обрабатывать руки;
- **организация рабочего места** для обработки рук;
- **средства для обработки рук.**

С СанПиНом и другими документами в руках изучим, как реализовать эти требования:

- «12. Правила обработки рук медицинского персонала и кожных покровов пациентов: (здесь и далее – СанПиН 2.1.3.2630–10)»;
- **кто...** «12.1 в целях профилактики ВБИ обеззараживанию подлежат руки медицинских работников (гигиеническая обработка рук, обработка рук хирургов) ...» (*все медики, работающие с пациентом, его окружением, обязаны обрабатывать руки.* – Прим. автора);
- **когда...** «12.4.1...
- перед непосредственным контактом с пациентом;

НЕКОТОРЫЕ ИЗ 10 ФАКТОВ О БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ

http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/ru/

Безопасность пациентов является серьезной проблемой глобального здравоохранения. По оценкам, в развитых странах здоровью каждого десятого пациента причиняется вред во время его лечения в больнице.

Каждую минуту из 100 госпитализированных пациентов 7 в развитых странах и 10 в развивающихся странах приобретают инфекции, связанные с медико-санитарной помощью. Ежегодно такие инфекции поражают сотни миллионов пациентов в мире.

В настоящее время все шире признается тот факт, что безопасность пациентов и качество медико-санитарной помощи являются одним из важнейших параметров всеобщего охвата медико-санитарными услугами. В 2002 году государства-члены ВОЗ одобрили резолюцию Всемирной ассамблеи здравоохранения о безопасности пациентов.

Факт 4

Постоянно 1,4 млн человек в мире страдают от приобретенных в больницах инфекций. Гигиена рук является самой важной мерой для снижения показателей внутрибольничной инфекции и предотвращения развития устойчивости к противомикробным препаратам.

Факт 6

В некоторых странах доля инъекций, сделанных шприцами и иглами, используемыми повторно без стерилизации, достигает 70%. Это подвергает миллионы людей опасности инфицирования. Ежегодно небезопасные инъекции приводят к 1,3 млн случаев смерти, главным образом, в результате передачи переносимых кровью патогенных микроорганизмов, таких как вирус гепатита В, вирус гепатита С и ВИЧ.

Факт 7

Хирургическая операция является одним из самых сложных медицинских вмешательств в здоровье человека. Ежегодно более 100 млн человек требуется хирургическое лечение по различным медицинским показаниям. В результате проблем в области безопасности хирургических операций в развитых странах возникает половина всех предотвратимых побочных эффектов, которые приводят к смерти или инвалидности.

Факт 9

В сферах деятельности с предполагаемым повышенным риском, таких как авиация и атомные станции, уровень безопасности намного выше, чем в здравоохранении. Так, например, лишь один человек из 1 млн людей, совершающих воздушные перелеты, подвергается риску нанесения ему вреда. Для сравнения – такому риску во время получения медицинской помощи подвергается один человек из 300 пациентов.

- после контакта с неповрежденной кожей пациента (например, при измерении пульса или артериального давления);
- после контакта с секретами или экскрементами организма, слизистыми оболочками, повязками;
- перед выполнением различных манипуляций по уходу за пациентом;
- после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента;
- после лечения пациентов с гнойными воспалительными процессами, после каждого контакта с загрязненными поверхностями и оборудованием (гигиеническая обработка);
- ...в проведении оперативных вмешательств, родов, катетеризации магистральных сосудов (хирургическая обработка) ...» (практически всегда и почти непрерывно. – Прим. автора);
- условия... «12.2 – коротко подстриженные ногти,
- отсутствие лака на ногтях,
- отсутствие искусственных ногтей,
- отсутствие на руках колец, перстней и других ювелирных украшений.

Перед обработкой рук хирургов необходимо снять также часы, браслеты и пр.» (эти условия не обсуждаются, исполняются беспрекословно, так как это не только техника безопасности, но и профилактика угрозы жизни для пациентов и персонала. – Прим. автора).

- как надо... «12.4.2. Гигиеническая обработка рук проводится двумя способами:
- гигиеническое мытье рук мылом и водой для удаления загрязнений и снижения количества микроорганизмов;
- обработка рук кожным антисептиком для снижения количества микроорганизмов до безопасного уровня».

«12.4.3. Для мытья рук применяют жидкое мыло с помощью дозатора (диспенсера). Вытирают руки индивидуальным полотенцем (салфеткой), предпочтительно одноразовым».



«12.4.4. Гигиеническую обработку рук спиртосодержащим или другим, разрешенным к применению антисептиком (без их предварительного мытья), проводят путем втирания его в кожу кистей рук в количестве, рекомендуемом инструкцией по применению, обращая особое внимание на обработку кончиков пальцев, кожи вокруг ногтей, между пальцами. Непременным условием эффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки».

«12.5.1. Обработка рук хирургов <...> проводится в два этапа: I этап – мытье рук мылом и водой в течение двух минут, а затем высушивание стерильным полотенцем (салфеткой); II этап – обработка антисептиком кистей рук, запястий и предплечий».

«12.5.2. Количество антисептика, необходимое для обработки, кратность обработки и её продолжительность определяются рекомендациями, изложенными в методических указаниях/инструкциях по применению конкретного средства. Непременным условием эффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки».

«3.18. Персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком не только до осмотра и перевязки инфицированных пациентов, но и после». (Есть четкие алгоритмы, которые необходимо изучить, отрететировать и применять безотчетно и неотступно. – Прим. автора).

• организация рабочего места...

«5.6. Предоперационные, перевязочные, родовые залы, реанимационные, процедурные кабинеты, посты медсестер при палатах новорожденных, посты медсестер (в строящихся и проектируемых ЛПО) и другие помещения, требующие соблюдения особого режима и чистоты рук обслуживающего медперсонала следует оборудовать умывальниками с установкой смесителей с локтевым (бесконтактным, педальным и прочим не кистевым) управлением и дозаторами с жидким (антисептическим) мылом и растворами антисептиков. Такие же краны и дозаторы устанавливаются в инфекционных, туберкулезных, кожно-венерологических, гнойных, ожоговых, гематологических отделений, клиничко-диагностических и бактериологических лабораториях, а также в санпропускниках, в шлюзах-боксах, полубоксах и санузлах для персонала».

«12.3. Медицинский персонал должен быть обеспечен в достаточном количестве эффективными средствами для мытья и обеззараживания рук, а также средствами для ухода за кожей рук (кремы, лосьоны, бальзамы и др.) для снижения риска возникновения контактных дерматитов. При выборе кожных антисептиков, моющих средств и средств для ухода за кожей рук следует учитывать индивидуальную переносимость».

«...для высушивания рук применяют чистые тканевые полотенца или бумажные салфетки однократного использования, при обработке рук хирургов – только стерильные тканевые».

«12.4.6. Кожные антисептики для обработки рук должны быть легко доступны на всех этапах лечебно-диагностического процесса. В подразделениях с высокой интенсивностью ухода за пациентами и с высокой нагрузкой на персонал (отделения реанимации и интенсивной терапии и т. п.) дозаторы с кожными антисептиками для обработки рук должны размещаться в удобных для применения персоналом местах (у входа в палату, у постели больного и др.). Следует также предусматривать возможность обеспечения медицинских работников индивидуальными емкостями (флаконами) небольших объемов (до 200 мл) с кожным антисептиком». (Условия организации рабочего места предельно ясны. Проблема иногда возникает в реализации этих требований по различным причинам. – Прим. автора).

• **средства...** «...6.2. Зарегистрированы антисептики на основе спиртов, а также водные растворы действующих веществ с антимикробной активностью, в том числе с моющими свойствами (здесь и далее цитаты из «Методических рекомендаций по выбору химических дезинфицирующих и стерилизующих средств для применения в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность МР 3.5.1. – 12». Эти рекомендации могут служить источником информации и не являются обязательным руководством к действию в связи с тем, что, во-первых, еще не утверждены, и во-вторых, рекомендации – это не «постулат», а «мне-

ние» специалистов. Тем не менее информация, изложенная в них, как правило, достоверна и помогает в работе. – Прим. автора).

«6.3. Спиртосодержащие антисептики могут содержать один спирт (этиловый, изопропиловый, пропиловый) или комплекс этих спиртов, а также действующие вещества из других групп, например, катионные поверхностно-активные вещества, молочную кислоту, феноксиэтанол, ЧАСы, хлоргексидин и другие химические соединения.

В составе антисептика для обработки рук должны быть смягчающие кожу компоненты, а также вещества, препятствующие высушиванию и обезжириванию кожи.

6.4. Антисептики на основе этилового спирта вызывают гибель бактерий (в том числе микобактерий туберкулеза), вирусов (в том числе относящихся к группе устойчивых энтеровирусов Коксаки, ЕСНО, полиомиелита, норовирусов, гепатита А), грибов рода *Candida*. Для работы в инфекционных стационарах, где находятся больные с такими вирусными инфекциями, выбирают только антисептики на основе этилового спирта...

6.7. Для гигиенической обработки рук медицинских работников используют антисептики, обладающие широким спектром антимикробной активности – бактерицидной (по показаниям – туберкулоцидной), вирулицидной, фунгицидной (в отношении грибов рода *Candida*) активности».

«Спиртосодержащие средства с 60–80% содержанием спирта, как правило, расцениваются как имеющие эффективную бактерицидную активность, в то время как концентрации более 90% считаются менее эффективными...» (Здесь и далее «Руководство ВОЗ по гигиене рук в здравоохранении: Резюме, © ВОЗ, 2013 г.»).

Спиртосодержащие средства для рук с оптимальной антимикробной эффективностью, как правило, содержат от 75% до 85% этанола, изопропанола или н-пропанола, или сочетают эти продукты.

Рецептуры, рекомендованные ВОЗ, содержат либо 75% объемного соединения изопропанола или 80% объемного соединения этанола (в качестве примера этилсодержащей

продукции можно взять антисептики Стерилиум, АХД-2000 специаль (Германия), Sterisol (Швеция)).

При наличии в рецептуре антисептика действующих веществ из других групп, например, катионные поверхностно-активные вещества, молочная кислота, феноксиэтанол, ЧАСы, хлоргексидин и прочих химических соединений, процентное содержание спирта может варьировать.

Сейчас никому не нужно доказывать, что руки необходимо обрабатывать, и в психиатрическую лечебницу никто не попадет, если потребует у медицинского работника обеззараживать руки. Даже дети знают, что на руках присутствуют мельчайшие живые существа, которые при попадании внутрь организма могут вызвать боли в животе и прочие неприятные последствия.

Тем не менее существуют проблемы в организации мероприятий по обеззараживанию рук медицинского персонала и не только. Приглашаем к диалогу: задавайте вопросы, мы на страницах нашего журнала постараемся их осветить и разобраться.

И в завершение хочу сказать: давайте чаще обсуждать интересующие вас вопросы. Любые: непонятные, глупые, умные, тем более что такими они нам только кажутся. В нашей с вами работе все важно. Возможно кому-то не дает покоя несправедливость надзорных органов. Возможно, есть вопросы по реализации и внедрению санитарных правил или собственных наблюдений и исследований. Возможно, вы с кем-то поспорили о правильности вашего мнения или поступка в рамках ЛПО. Приглашаем к диалогу.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Руководство ВОЗ по гигиене рук в здравоохранении: Резюме. © Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.
2. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».
3. Методические рекомендации по выбору химических дезинфицирующих и стерилизующих средств для применения в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, МР 3.5.1. – 12.
4. Газета «Вечное сокровище».

К ВЕРШИНАМ ПРОФЕССИОНАЛИЗМА

УСПЕХИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ ОТМЕЧЕНЫ
ОРГАНИЗАТОРАМИ 3-ГО КОНГРЕССА НАЦИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ ФТИЗИАТРОВ

Второй раз в рамках Конгресса НАФ 27–29 ноября в Санкт-Петербурге прошел симпозиум медицинских сестер, организованный Ассоциацией медицинских сестер России. Активные участники международного проекта РАМС и МСМ, идущего при поддержке Партнерства Лилли, смогли доложить о результатах своих исследований.

Открывая симпозиум, Валентина Саркисова, президент РАМС, отметила, что исследования и доказательная сестринская практика являются одним из приоритетных направлений деятельности Ассоциации. Медицинские сестры – не технические помощники врача, они способны на большее. Развивая исследования, они могут решать сложные практические задачи и вносить свой вклад в совершенствование медицинской помощи, в решение тех проблем пациентов, которые никто кроме медицинских сестер не решит.

Подтверждая этот тезис, перед участниками симпозиума выступила Мария Дрийвер, преподаватель проекта и специалист в области клинических исследований из США. Занимаясь исследованиями, внедряя научно обоснованные сестринские вмешательства, медицинские сестры могут обеспечивать безопасность пациентов, повышать качество жизни, влиять на результаты лечения.

В области борьбы с ТБ эти задачи стоят очень остро. В глобальном измерении, о чем рассказала Джини Уильямс, директор ТБ проекта Международного совета медсестер, большой проблемой остается при-

верженность лечению, распространение случаев МЛУ-ТБ, сочетанная инфекция ВИЧ и ТБ. Исследования медицинских сестер жизненно необходимы, и большие ожидания мирового профессионального сообщества связаны именно с деятельностью медицинских сестер России.

И, надо сказать, эти ожидания себя оправдывают. Всего за два года после первого знакомства с особенностями исследовательской работы, медицинскими сестрами были выбраны наиболее актуальные для своих учреждений и пациентов темы, разработаны и реализованы в соответствии со строгой научной мето-

медперсонал. Здесь сказывается и текучесть кадров, и недостаточный уровень знаний об угрозах ТБ. Внедренная учебная программа оказалась эффективной, регулярные тестирования персонала позволили установить устойчивость знаний. За прошедший год не было ни одного случая профессионального заражения ТБ. Тем не менее окончательные выводы можно будет делать значительно позже. Авторы исследования надеются, что поддерживая знания младшего персонала на высоком уровне, смогут предотвратить и полностью искоренить профессиональную заболеваемость ТБ.

Видя результаты работы сестринского симпозиума, горящие глаза медицинских сестер, их профессиональный рост, врачебный персонал все больше осознает, что только работа мультидисциплинарной команды (врач-медсестра – младшая медицинская сестра по уходу) с высококвалифицированными неравнодушными специалистами, может дать свой результат – остановить распространение ТБ и добиться высоких показателей излечения.

*Т.Л. Рылова,
главная медсестра противотуберкулезного
диспансера Свердловской области*

дологией первые проекты исследований, связанных с клинической практикой. Каждое из проведенных исследований заслуживает особого внимания и отдельной публикации, как в силу актуальности затронутых проблем, так и с точки зрения распространения самого опыта сестринской научной работы. Нам бы хотелось лишь кратко осветить некоторые из них.

Выступления участниц проекта оказались чрезвычайно яркими и интересными. Так, главные медсестры двух противотуберкулезных диспансеров из Кемерово Надежда Сиволозская и Елена Думан, провели апробацию обучающей программы для младшего медицинского персонала противотуберкулезного диспансера. В Кемеровской области показатели распространенности ТБ очень высоки, но максимальному риску подвержены именно врачи, медицинские сестры и, в особенности, младший

Ирина Ляпина, главная медсестра Тольяттинского противотуберкулезного диспансера, рассказала о новаторском проекте по организации работы кашлевых кабин и кабинетов. В течение 2012–2013 гг. Ирине Алексеевне и ее коллегам удалось обучить по этой теме 98 медицинских сестер Тольятти, Самары и Сызрани. Одновременно с медицинскими сестрами работали организаторы здравоохранения, врачи-бактериологи службы Самарской области, Самарская ассоциация медицинских сестер. Результатом совместных действий стало улучшение показателей качества собираемых образцов мокроты, более эффективная диагностика и отслеживание процесса лечения пациентов. В настоящее время работа продолжается, по Тольятти при проведении циклов «Сестринское дело в терапии», курсов практических занятий «Заболевания лёгких. Туберкулёз» для медсестёр ЛПУ, циклов специали-

ИССЛЕДОВАНИЕ СОТРУДНИЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР И ВРАЧЕЙ

С большим интересом участники симпозиума и международного проекта РАМС ждали результатов совместного исследования, посвященного вопросам сотрудничества медицинских сестер и врачей при оказании помощи больным ТБ. Год назад такое исследование было предложено П.К. Яблонским с целью определения актуальных проблем и вопросов в оказании помощи. В течение года над решением этой задачи работали 2 исследовательские группы – в США и России, о чем в рамках симпозиума доложила руководитель ТБ секции Татьяна Федоткина.

В ходе исследования было проанкетировано 86 человек, ответы 43 врачей и 43 медицинских сестер были учтены при последующем анализе данных. Врачи и медицинские сестры отвечали на одинаковые вопросы, указывая на то, какие аспекты помощи пациентам они обсуждают, как оценивают совместные обсуждения, в какой дополнительной информации нуждаются. Сбор данных проходил в 16 регионах, 46 стационарах и 37 поликлиниках! Исследование показало исключительно высокую значимость таких обсуждений, подтвердив, что лечебный процесс без участия медицинской сестры просто невозможен. Врачи отметили, что обсуждают с медицинскими сестрами самые разные вопросы помощи, нуждаются в детальной информации о пациентах и весьма высоко оценивают эффективность сотрудничества по линии врач–медицинская сестра, 9,19 баллов из 10 возможных. Медицинские сестры также считают необходимым тесный контакт с врачом, нуждаются в четких рекомендациях при уходе за пациентами в тяжелом состоянии, за пациентами с сочетанной инфекцией ВИЧ и ТБ. При этом медицинские сестры несколько меньше удовлетворены имеющимся сотрудничеством, оценивая его на уровне 8,83 балла.

Исследователи предполагают, что это может быть связано с более высокой загруженностью медицинских сестер рутинной работой, а также с тем, что далеко не всегда медицинская сестра может при первой же необходимости получить комментарий или информацию от врача.

Это исследование, позволившее заглянуть в процесс взаимодействия врачей и медицинских сестер, открыло и новые вопросы, которые вошли в повестку международного проекта РАМС. Речь идет о разработке и внедрении научно обоснованных сестринских вмешательств по преодолению побочных эффектов лечения пациентов с ТБ, МЛУ-ТБ, ТБ и ВИЧ-инфекцией.



зации и усовершенствования «сестринское дело во фтизиатрии» проводится обучение по забору биологического материала (мокроты), санитарно-противоэпидемическому режиму кашлевого кабинета. Все свои разработки Ирина Алексеевна разместила на форуме сайта РАМС. Буквально за три месяца посетители форума сохранили эти материалы более 1200 раз, что говорит о высоком интересе к данной теме.

Руководители сестринской службы Новосибирской клинической туберкулезной больницы Надежда Байчарова и Екатерина Рябова направили свои исследовательские усилия на решение сложной проблемы приверженности лечению больных с впервые выявленным МЛУ-ТБ. В этой группе пациентов число отрывов от лечения сохраняется на высоком уровне, что не оставляет сомнений в актуальности выбранной темы. В рамках исследования Надежде Байчаровой и Екатерине Рябовой удалось сформировать и обучить команду медицинских сестер, которым предстояло донести до пациентов разработанную учебную программу. В исследование на основании добровольного информированного согласия вошли 42 пациента. Разделив их на 2 группы, контрольную и экспериментальную, организаторы проекта провели серию занятий в школе пациента, периодически измеряя уровень знаний о ТБ. В экспериментальной группе он оказался существенно выше. Самым значимым итогом стал анализ медицинской документации и измерение перерывов и отрывов от лечения. Если в контрольной группе прерывание достигло 52,3%, то в экспериментальной – 23,8%, подтвердив необходимость и целесообразность занятий, проводимых медицинскими сестрами с данной категорией больных. Более того, исследователей порадовало и желание части пациентов из контрольной группы в будущем также пройти разработанную учебную программу!

Туберкулез нередко сочетается с другими тяжелыми и социально значимыми заболеваниями. В таких ситуациях осложняется течение и ухудшается прогноз каждого из них. Оксана Федоровна Гмырина, заведующая кабинетом статистики и информатики Архангельской клинической психиатрической больницы рассказала о той работе, которая позволила изменить положение к лучшему. Вместе с коллегами ею был проведен анализ заболеваемости ТБ среди психически больных диспансера. Полученные данные говорят сами за себя: у 30% пациентов ТБ был выявлен при поступлении в психоневрологический стационар, у остальных 70% после длительного нахождения в стационаре. Внутрибольничный туберкулез лёгких выявлен в 30% случаев за период с 2009 по 2013 гг.; у 40% – в опасной стадии заболевания: распада, диссеминирования с выделением микобактерий туберкулёза во внешнюю среду. В ответ на проблему совместно с администрацией ЛПО был разработан алгоритм, предписывающий проведение ТБ обследования до госпитализации, а медицинские сестры психоневрологического диспансера прошли обучение по темам раннего выявления ТБ, профилактики, инфекционной безопасности, правилам забора биологических материалов для анализов.

Другое актуальное направление для совершенствования сестринской помощи – это работа с пациентами, имеющими сочетанную инфекцию ТБ и ВИЧ. Лариса Яковлевна Атагулян, главная медсестра Новокузнецкого противотуберкулезного диспансера рассказала участникам симпозиума о работе, проведенной за последние три года. В диспансере был организован пост для лечения таких больных на 20 коек. Однако контингент больных существенно возрос, что привело к значительному увеличению нагрузки на сестринский персонал. Пациентам с ВИЧ и ТБ требуется гораздо больше внимания и специализированной помощи. Отягощая друг друга, заболевания



ПУТЕВОДНА

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ РОССИИ МЕЖДУНАРОДНОЕ ПРИЗНАНИЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

В конце ноября в рамках Симпозиума РАМС по ТБ прошла церемония награждения знаком отличия МСМ «Путеводная звезда» Ирины Алексеевны Ляпиной, главной медицинской сестры Тольяттинского противотуберкулезного диспансера. Начиная с 2009 года, после участия в международном семинаре РАМС-МСМ по противодействию ТБ, Ирина Алексеевна провела множество занятий с медицинскими сестрами противотуберкулезных учреждений и учреждений первичного сектора здравоохранения по вопросам выявления пациентов с ТБ, обеспече-



ния инфекционной безопасности, правильного сбора образцов для анализов и многим другим актуальным задачам фтизиатрии. В своем учреждении Ирина Ляпина смогла эффективно организовать работу по расширению роли сестринского персонала и введению контролируемого лечения сочетанной инфекции ВИЧ и ТБ. В настоящее время Ирина Алексеевна продолжает работу над исследованием эффективности сестринской помощи пациентам с ТБ и ВИЧ с целью определения максимально эффективных сестринских вмешательств по снижению побочных эффектов лечения, обучению пациентов, их мотивации.

Я ЗВЕЗДА

И ПОЛУЧИЛИ
ЗА ВКЛАД В БОРЬБУ

В декабре
знак отличия МСМ
«Путеводная звезда» был
присвоен еще
одной российской медсестре – Павловой Саргылане



Николаевне, руководителю сестринской службы Республиканского детского ТБ санатория имени Т.П. Дмитриевой. За сравнительно небольшой промежуток времени Саргылане удалось провести масштабную исследовательскую и преподавательскую работу, решив несколько разноплановых проблем с оказанием реабилитационной помощи детям. Ее первым проектом стала организация сбалансированного питания в детских санаториях Республики Якутия. Саргылана Николаевна успешно решила вопрос с правильным подсчетом калорийности и сбалансированности диеты. Следующим шагом стало внедрение скандинавской ходьбы как нового элемента лечебной физкультуры. Исследование Саргыланы подтвердило эффективность метода в укреплении физических данных детей, проходящих лечение в санатории, метод был утвержден в качестве стандартной терапии. Отстаивая интересы маленьких пациентов, Саргылана смогла добиться и серьезных административных решений – строительства нового современного корпуса санатория на 200 детей. Уже в скором времени лечение и реабилитация детей будут проходить в максимально комфортных условиях!

Ассоциация медицинских сестер России сердечно поздравляет Ирину Алексеевну Ляпину и Павлову Саргылану Николаевну с замечательными результатами работы и высоким международным признанием!

протекают тяжело. Пациенты нуждаются и в специализированном уходе, и в сложных медицинских манипуляциях, и в психологической поддержке. Чтобы хоть как-то сбалансировать уровень профессиональной и эмоциональной нагрузки, в ЛПО была введена ротация сестринских кадров по уходу за такими пациентами, которая проводится каждые 3 месяца. Тем не менее результаты анализа напряженности и интенсивности труда, повышения контингента больных, нуждающихся в комплексном уходе при ТБ и ВИЧ, стали основанием для обращения к администрации ЛПО. Лидеры сестринской службы надеются, что итогом этой работы станет расширение штатного расписания, введение дополнительных сестринских ставок.

В центре внимания медицинских сестер-исследователей оказались не только вопросы лечения, но и диагностики ТБ. О результатах исключительно интересной научной работы по туберкулинодиагностике рассказала Александра Иннокентьевна Обутова, заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом НПЦ «Фтизиатрия» Республики Якутия. Основанием для исследования стали данные о высоком проценте ложноположительных результатов проб Манту в школах республики. В ходе исследования был проведен хронометраж работы медицинской сестры, установлено, что на постановку одной пробы Манту уходит 2 минуты 50 секунд. За один день в школе проводится постановка от 100 до 200 проб, медицинские сестры работают по несколько часов без перерыва. Для оценки эффективности работы исследователями были проведены простые, но очень показательные тесты. Медицинским сестрам было предложено вдеть нитку в иглу и нанизать на иглу несколько бусинок до начала работ, после постановки 30 проб Манту и после постановки 50 проб. Кроме этого, измеряли давление и пульс персонала. В ходе исследования выяснилось, что время, затрачиваемое медсестрой на



проведение тестов с иглой, значительно возрастает после наибольшей нагрузки (постановки 50 проб) – до начала работы вначале требовалось 44 с, в конце – 1 мин 10 с. Также было отмечено повышение давления и учащение пульса. Таким образом, исследование подтвердило, что уже после постановки 50 проб у медицинской сестры накапливаются усталость и напряжение, что может привести к ошибкам и неверной диагностике, неоправданному направлению детей для тщательного обследования в ТБ учреждения, дополнительным финансовым затратам и лишним волнениям для детей и их родителей. По мнению исследователей, необходимы изменения в организации туберкулинодиагностики, отказ от ускоренной модели в пользу более сбалансированной по времени и нагрузкам.

Сестринский симпозиум работал в максимально интенсивном режиме, уложиться в отведенные для заседания 3 часа не удалось, медицинские сестры покидали здание конгресс-центра самыми последними. Но не только этим отличился этот конгресс. Впервые доклады медицинских сестер вышли за рамки сестринской аудитории и были озвучены на сессии постерных докладов. Организаторы конгресса дали исключительно высокую оценку новаторским предложениям и проектам медицинских сестер и будут рады видеть нас в качестве участников следующего конгресса.

Заключительным и весьма приятным аккордом стало награждение победителей конкурса грантов, которое также прошло уже не в узком кругу медицинских сестер, а в огромной тысячной аудитории специалистов, съехавшихся на конгресс из всех российских регионов. Хочется верить, что при такой беспрецедентной поддержке сестринского сообщества со стороны руководителя Национальной ассоциации фтизиатров Петра Казимировича Яблонского медицинские сестры ощущают поддержку и на местах со стороны руководителей своих ЛПО.



Инновационные подходы к повышению квалификации сестринского персонала



■ **Н.Ю. Крючкова,**
директор БОУ ОО ЦПК РЗ, отличник
здравоохранения

*«Там, где нет перемен
и нет необходимости в переменах,
разум погибает».*
Уэллс Герберт Джордж

Более 25 лет Центр повышения квалификации работников здравоохранения Омской области осуществляет последипломное обучение сестринского персонала. Сегодня это современное, динамично развивающееся образовательное учреждение, одно из крупнейших учреждений данного профиля в России с развитой инфраструктурой. Ежегодно в Центре проходят обучение более 8 тысяч слушателей по 31 специальности. Реализуется более 180 дополнительных программ повышения квалификации. Учебный процесс осуществляют высококвалифицированные преподаватели Центра, Омской государственной медицинской академии, ведущие специалисты практического здравоохранения.

Социально-экономические изменения, происходящие в обществе, влекут за собой необходимость системных изменений в сфере дополнительного профессионального образования. Основной путь системных изменений – это инновационное развитие.

Образовательная инноватика Центра заключается в изменении подходов к содержанию образовательных программ, формам и методам обучения, инфраструктуре образовательного процесса.

Инновационный подход к определению содержания обучения предполагает оперативное реагирование на запросы практического здравоохранения в формировании новых и развитии имеющихся компетенций медицинских работников в связи с интенсивным развитием науки, технологических решений в отрасли и реализуется через расширение спектра программ повышения квалификации. В ответ на эти вызовы Центр, помимо традиционных образовательных программ, предлагает краткосрочное обучение (в объеме 18–36 часов) по актуальным вопросам профессиональной деятельности. Так, в 2013–2014 годах были реализованы программы: «Порядок заполнения листов нетрудоспособности», «Актуальные вопросы диагностики туберкулеза», «Организация работы медицинских сестер, принимающих вызовы и передающих их выездным бригадам скорой медицинской помощи», «Организация и проведение профилактических медицинских осмотров» и др. Получен первый опыт повышения квалификации по программам стажировок как особого вида обучения («Современные аспекты аудиометрии»).

ЦПК РЗ реализует современные требования к структуре дополнительных профессиональных программ, основанные на модульно-компетентном подходе. Это придает им практико-ориентированный характер, максимально отражает интересы заказчиков образовательных услуг (потребителей). Модульное построение дополнительных профессиональных программ предусматривает в дальнейшем возможность применения системы зачетных единиц, формирование гибких траекторий обучения с учетом индивидуальных потребностей специалистов и работодателей.

Именно этот механизм был апробирован в 2013 году в рамках экспериментальной площадки Федерального института развития образования в ЦПК РЗ с участием Городской поликлиники № 4 и Омской ЦРБ, при активном уча-

стии главных медицинских сестер этих организаций Л.А. Кученковой, И.А. Садовенко. Тема экспериментальной работы: «Научное обоснование, инновационные подходы к формированию содержания, модернизации образовательных программ профессионального развития специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (на примере Омской области)». В ходе эксперимента повысили квалификацию 53 специалиста первичного звена по 12 профессиональным модулям при минимальном отрыве от трудовой деятельности. Получены положительные отзывы от руководителей медицинских организаций и самих обучающихся.

Таким образом, инновационные подходы к формированию структуры и содержанию программ дополнительного профессионального образования позволяют гибко отвечать на потребности отрасли в повышении квалификации специалистов.

Значимым направлением инновационной деятельности Центра является внедрение современных методов и форм обучения, обеспечение формирования профессиональных компетенций, основанных на развитии познавательной деятельности обучающихся, их активном вовлечении в учебный процесс.

Аудиторное обучение в ЦПК РЗ реализуется через современные педагогические инновации: использование ИТ-технологий, проектные, деятельность-образовательные технологии, тренинги, игровые, имитационно-игровые, симуляционные технологии. Методиками и преподавателями Центра разрабатываются современные методические пособия управляющего типа, клинические сценарии, технологические карты тренингов, мастер-классов. В учебном процессе широко используется кооперативное обучение, позволяющее слушателям взаимодействовать друг с другом, анализировать опыт своих коллег, критически и логи-

чески мыслить, решать сложные проблемы на основе анализа ситуационных профессиональных задач и информационной базы данных.

Внеаудиторное обучение основано на использовании слушателями фондов учебной библиотеки Центра, учебных и учебно-методических материалов, размещенных на сайте учреждения.

Помимо обучения, в рамках профессиональных образовательных программ в ЦПК РЗ более 10 лет продолжают свою работу постоянно действующие семинары (ПДС), реализуемые в рамках Программы учреждения «Развитие системы непрерывного профессионального образования медицинских работников». Ежегодно работают 6–7 направлений ПДС. Так, в 2014 году востребованными являются следующие направления: «Актуальные вопросы сестринского дела»; «Актуальные вопросы в акушерстве и гинекологии»; «Актуальные вопросы в деятельности сестер учебно-методических кабинетов по сестринскому делу медицинских организаций», «Основы профилактической работы с населением» (двухгодичный курс), «Психология делового общения в сестринском деле» (двухгодичный курс); «Актуальные вопросы педиатрии». Растущая год от года посещаемость семинаров (более полутора тысяч специалистов в год) доказывает их актуальность и значимость для сестринского персонала.

Новым предложением ЦПК в рамках непрерывного образования являются мастер-классы для сестринского персонала медицинских организаций: «Современные аспекты безопасности при парентеральном введении лекар-

ственных средств» (еженедельно), «Современные здоровьесберегающие технологии в профессиональной деятельности медицинской сестры» (ежемесячно), «Современные технологии сестринских манипуляций» (ежемесячно), «Современные технологии ухода за стомированным пациентом» (по мере поступления заявок), «Инновационные технологии в уходе за тяжелобольным пациентом» (ежемесячно).

С 2014 года введена накопительная система посещения образовательных мероприятий. Для формирования личного портфолио специалисты самостоятельно определяют тематику и количество семинаров и мастер-классов из любого раздела программы.

В рамках системы непрерывного образования мы предлагаем специалистам программы личностного развития, реализуемые в форме семинаров, тренингов: «Лидерство», «Семь шагов к успеху», «Уверенность в себе как фактор успешности в профессиональной деятельности», «Развитие навыков уверенного поведения», «Самопрезентация. Основы ораторского искусства», «Самомотивация. Целеполагание» и др. Так же специалисты могут пройти обучение по краткосрочным программам: «Школа доступного массажа», «Школа психологического комфорта» и ряд других.

Не менее важным направлением инновационной деятельности является системный, комплексный подход к современной инфраструктуре обучения, включающей информационный, технологический, организационный и коммуникационный компоненты, позволяющие использовать различные формы обучения, в том числе дистан-

ционные. В настоящий момент в учебном процессе используются: 111 персональных компьютеров, мобильный компьютерный класс, состоящий из 33 ноутбуков, интерактивная доска и приставка. Все учебные аудитории оснащены мультимедийными проекторами, лекционные – дополнительно жидкокристаллическими телевизорами. Все кабинеты учебного корпуса и помещения общежития являются зоной Wi-Fi. Библиотека Центра расширяет базу электронных учебных ресурсов, работает с программным комплексом «Ирбис 64», который обеспечивает доступ к электронным ресурсам библиотек ведущих вузов страны. Слушатели имеют возможность работать не только в сети интернет, но и в справочно-информационной системе «Консультант Плюс».

В Центре ведется активная работа по созданию учебных пособий для реализации электронного обучения, дистанционных образовательных технологий, а также учебно-методических пособий по наиболее актуальным вопросам практического здравоохранения.

Особое внимание уделяется развитию симуляционных образовательных технологий. С этой целью в 2011 году создан и стремительно развивается мультидисциплинарный Тренинг-центр.

Тренинг-центр выполняет несколько функций:

- образовательная – формирование и развитие профессиональных компетенций специалистов на основе применения симуляционных технологий, позволяющих имитировать клинические ситуации,



Библиотека



Тренинг-центр. Кабинет неотложной медицинской помощи



Тренинг-центр. Кабинет реабилитации



Мастер-класс по использованию методики «штрафные баллы» при оценке уровня освоения компетенций ухода за стомами

максимально приближенные к реальным условиям практической деятельности и чрезвычайным ситуациям, с правом на ошибку, недопустимую в жизни; многократно выполнять практические манипуляции с возможностью исправления ошибок и формирования необходимых навыков; осуществлять самостоятельный выбор тактики в различных неотложных ситуациях в соответствии с нормативными документами; отрабатывать технологии выполнения медицинских вмешательств в терапевтической, хирургической, педиатрической, акушерской, гинекологической и др. практике;

- информационно-методическая – подготовка и распространение информационных материалов и методических рекомендаций для образовательного процесса и практического здравоохранения;
- консультативная – организационно-методическая поддержка образовательных мероприятий с применением симуляционных технологий, проводимых в медицинских организациях; организация консультативных занятий для слушателей ЦПК и иных лиц в соответствии с индивидуальными образовательными запросами.

В структуре Тренинг-центра работают учебно-тематические кабинеты неотложной медицинской помощи, сестринских технологий (3 кабинета), терапии, педиатрии, хирургии, акушерства и гинекологии, реабилитации, информационных технологий. Кабинеты оснащены современными высокотех-

нологичными средствами обучения, позволяющими обеспечить различные уровни реалистичности: симуляторами, тренажёрами, фантомами, медицинским оборудованием, необходимыми для индивидуальной отработки медицинских манипуляций. Учебно-тематические кабинеты оснащены системами видеозаписи с целью анализа процесса формирования профессиональных компетенций.

Непрерывно расширяющиеся возможности Тренинг-центра позволяют ЦПК РЗ предложить специалистам практического здравоохранения разнообразные формы обучения в рамках непрерывного профессионального образования:

- консультативные занятия по отдельным направлениям, определяемым запросами потребителей;
- мастер-классы для формирования и совершенствования определенных видов профессиональных умений;
- обучающие семинары по актуальным направлениям сестринской деятельности;
- тренинги, формирующие готовность специалиста осуществлять конкретные направления профессиональной деятельности.

Объем и форма обучения определяются целями и задачами, поставленными заказчиками образовательных услуг, занятия могут осуществляться как на базе ЦПК, так и в медицинских организациях.

Необходимо отметить, что процесс обучения в Тренинг-центре с использованием симуляционных технологий, требует грамотного управления ими.

Это возможно при специальной подготовке преподавателей (тренеров). Компетентность наших преподавателей формируется на обучающих мероприятиях международного уровня, организацию которых координирует Министерство здравоохранения РФ. Мы перенимаем многолетний опыт ведущих симуляционных центров Израиля, Канады, США, Великобритании и крупнейших медицинских вузов России.

Накопленный ЦПК РЗ опыт симуляционного обучения был представлен на Всероссийской научно-практической конференции «Современные направления развития сестринского дела в оказании первичной медико-санитарной помощи населению», проведенной Общероссийской общественной организацией «Ассоциация медицинских сестер России» 31 октября – 1 ноября 2014 года в г. Омске. Участники конференции посетили Тренинг-центр ЦПК РЗ, а также на примере шести мастер-классов познакомились с технологией проведения симуляционных тренингов.

В заключение следует отметить, что инновационные подходы к повышению квалификации медицинских работников в ЦПК РЗ отвечают требованиям, предъявляемым сегодня к системе дополнительного профессионального образования и запросам практического здравоохранения, позволяют формировать и развивать профессиональные компетенции специалистов, способствуя тем самым повышению качества, эффективности и безопасности оказания медицинской помощи населению.

Реализация пациент-ориентированного подхода к оказанию сестринской помощи во фтизиатрии



И.А. Ляпина,
руководитель секции СРООМС
«Сестринское дело во фтизиатрии»,
главная медицинская сестра ГБУЗ СО
«Тольяттинский противотуберкулёзный
диспансер», Самарская область



Что может быть сильнее слов великого русского писателя, врача, человека, пострадавшего от туберкулёза, Антона Павловича Чехова: «У двери каждого счастливого человека должен кто-то стоять с молоточком и стуком напоминать о несчастных».

С 28 октября по 1 ноября 2014 года, в Испании, в городе Барселона, 45-я Всемирная конференция по ТБ и заболеваниям лёгких набатом напомнила человечеству о туберкулёзе. По приглашению Международного совета медсестер участие в этом мероприятии смогли принять мы, российские специалисты. В состав делегации МСМ вошли 6 человек из России, ЮАР, Китая, Индонезии и Малайзии. Наше участие в столь значимом событии стало возможным благодаря динамичному развитию Российской ассоциации медицинских сестёр, фтизиатрической секции и поддержке всех медицинских сестёр страны.

Конференция, проводимая Союзом, является одним из самых значимых мероприятий по борьбе с ТБ, о масштабах говорит состав участников Конференции – это более 3000 делегатов со всего мира.

Ежегодно конгресс собирает представителей из десятков стран с высоким бременем туберкулёза, к которым, несмотря на положительную динамику показателей за последние годы, всё

ещё относится Россия. В числе участников руководители национальных противотуберкулёзных программ, министры здравоохранения, ведущие специалисты в области болезней лёгких, МСМ, профессиональных ассоциаций врачей.

В ходе конгресса три медицинские сёстры руководили работой комиссий по проведению симпозиумов, что подтверждает высокий уровень доверия к специалистам сестринского дела в мире. Мы испытывали гордость, представляя медицинских сестёр России и понимая, что занимаем достойное положение в мире.

Участники конференции обсуждали и глобальные вопросы борьбы с ТБ, и вопросы ухода за конкретным пациентом. Звучали призывы к укреплению финансирования программ борьбы с заболеванием. Активно обсуждался вопрос о пациент-ориентированном подходе к оказанию помощи, привлечению пациента к лечению, повышению его собственной ответственности за здоровье, отказу от патерналистской модели, в которой пациент не играет самостоятельной роли в лечебном процессе.

Ярким и запоминающимся стало выступление Татьяны Монтеро, медицин-

ской сестры из Бразилии, переболевшей туберкулёзом, с призывом к делегатам «понять болезнь – понять больного» – необходимо научиться слушать пациента, понимать его, а не сразу говорить. Необходимо ободрять больного, а не ругать его.

Когда люди узнают, что больны туберкулёзом, то реагируют по-разному – для многих это настоящее потрясение, некоторые отказываются в это верить, а есть и такие, кто воспринимает эту новость спокойно. Реакция человека зависит от ценностей, жизненного опыта, знаний о заболевании. Понимая это, медицинские работники должны бороться в первую очередь не с микобактерией ТБ, а бороться за больного.

Важно помнить – если пациент почувствует к себе отрицательное отношение со стороны медиков, он может уйти с «тропы» лечения. К негативным результатам лечения может также привести неадекватное информирование пациента, непонимание им каких-либо аспектов лечения из-за попыток сообщать ему о болезни и лечении на профессиональном языке, изобилующем сложной терминологией.

С самой первой встречи медицинской сестре необходимо установить

хороший контакт с пациентом, чтобы он начал доверять службе и её советам. Больной, который не поверил, что туберкулёз излечим, не получил нашей поддержки, может к нам не вернуться на следующий день.

Надо сказать, что тема пациент-ориентированной помощи чрезвычайно актуальна и для нас, российских специалистов. Именно она заняла центральное место в ходе научно-практической конференции «Основные вопросы организации работы медицинской сестры фтизиатрической службы», организованной Самарской региональной организацией медицинских сестёр 12 ноября 2014 года. Участниками мероприятия стали более 150 специалистов сестринского дела области, все они во время конференции прошли тестирование на знания в области ТБ. Открыла конференцию

Н.Н. Косарева – президент СРООМС, депутат V созыва Самарской губернской Думы.

На конференции обсуждались вопросы организации противоэпидемических мероприятий в очагах ТБ, с докладом выступила заместитель главного врача по противоэпидемической работе ГБУЗ «СОКПТД» Н.А. Логинова. И.Л. Цыганков, главный врач ГБУЗ СО «Тольяттинский противотуберкулёзный диспансер», представил информацию по социально-медицинской характеристике больных ТБ.

В выступлениях И.А. Ляпиной – главной медицинской сестры ГБУЗ СО ТПТД Л.Н. Степановой, Г.Г. Фаридоновой – старших медицинских сестёр ГБУЗ СО «Самарский областной клинический противотуберкулёзный диспансер им. Н.В. Постникова» говорилось о работе медицинской сестры

противотуберкулёзной службы, о повышении уровня профессиональной готовности специалистов сестринского дела, о совместном процессе, при котором коллектив медиков взаимодействует с пациентами, их родственниками и группами поддержки, где особая роль отводится медицинской сестре.

Сестринская помощь – это систематическая работа по организации и осуществлению индивидуального ухода за пациентом – от момента диагностики до излечения. Медицинская сестра проводит обучение пациента и членов его семьи, осуществляет клинический уход: сбор анализов, мониторинг лечения, отслеживает и возвращает больных для проведения непрерывного лечения, осуществляет управление побочными эффектами как при проведении лекарственной терапии, так и при

Остановим туберкулёз вместе!

■ **Г.М. Обоимова,**
инструктор по медицинской профилактике кабинета
медпрофилактики ГБУЗ «СОКПТД им. Н.В. Постникова»

Одной из основных задач проекта ВОЗ «Здоровье – 21» является сокращение распространённости инфекционных заболеваний.

Туберкулёз – самое распространённое, опасное, социально значимое инфекционное заболевание современности. Для уменьшения заболеваемости туберкулёзом необходим комплексный подход, определяющийся сочетанием мер укрепления здоровья, иммунизации и качественного лечения.

В этом комплексе профилактика туберкулёза, санитарно-просветительская работа среди населения приобретает особое значение. Профилактическая работа является неотъемлемой частью повседневной профессиональной деятельности специалистов ГБУЗ «СОКПТД им. Н.В. Постникова». Эффективность борьбы с туберкулёзом напрямую зависит от полноты информированности граждан о путях заражения, признаках заболевания, методах предупреждения инфицирования, соблюдения мер безопасности при контакте с больными туберкулёзом.

Деятельность кабинета медпрофилактики ГБУЗ «СОКПТД» основана на рекомендациях ВОЗ: использование новых подходов, инновационных путей и современных технологий для повышения информированности общества о туберкулёзе, поиск активных и заинтересованных партнёров в борьбе с ТБ.



К борьбе с опасным заболеванием привлекаются СМИ, ТВ, радио и интернет. Такое сотрудничество обеспечивает широкий информационный охват населения, направленный на воспитание культуры здоровья, повышение ответственности за своё здоровье. С помощью СМИ наши специалисты призывают население регулярно проходить диагностическое обследование, рассказывают о деятельности фтизиатрической службы области, новых подходах в диагностике и лечении.

Своей основной задачей в деле профилактики распространения коварного невидимого врага – палочки Коха – служба медпрофилактики ГБУЗ «СОКПТД» видит в широком охвате всех слоёв населения, массовом характере профилактических акций, «агрессивности» и наглядности своей деятельности. Сочетание этих условий даёт качественное улучшение результатов профилактической работы.

Значительного территориального расширения и количественного охвата населения информационно-профилакти-

выявлении эмоциональных расстройств пациента.

Сегодня в мире всё более сильные позиции завоёвывает гуманистический подход, согласно которому в процессе лечения важное место отводится открытой коммуникации, взаимному уважению и эмоциональному взаимодействию между медицинским работником и пациентом. Из позиции «жертвы обстоятельств» больной переводится в позицию активного участника лечебного процесса.

Основа пациент-ориентированной помощи – способность услышать и быть услышанным, получить внимательный уход, качественную медицинскую помощь, поддержку родных, психологическое и социальное сопровождение.

Медицинской сестре при взаимодействии с пациентом, заболевшим ТБ,

и контактными лицами следует правильно проинформировать больного по сбору диагностического материала на исследование, объяснить, насколько необходимо контактным пройти ФГ-обследование, научить соблюдать санитарно-противоэпидемический режим в очаге туберкулёза, личную гигиену, отслеживать нарушения, связанные с временным прекращением лечения, планировать индивидуальный уход, следить за документацией и ходом лечения, всячески ободрять и поддерживать больного и его семью до полного выздоровления.

Большой интерес у участников конференции вызвало выступление Г.М. Обоимовой – инструктора по медицинской профилактике областной службы, работающей совместно со студентами-волонтерами «Остановим туберкулёз вместе!».

В холле конференц-зала была организована выставка постеров медицинских сестёр, участвующих в научных исследованиях в рамках международного проекта РАМС-МСМ и Партнерства Лилли.

Подводя итоги конференции, специалисты выразили готовность активно участвовать в реформировании здравоохранения, поддерживать и совершенствовать имеющиеся достижения, видеть недостатки в текущей работе, предлагать собственные усилия для их преодоления, проявлять инициативу и не бояться перемен. И, конечно, быть активными участниками общественной работы, проводимой Самарской ассоциацией, Ассоциацией медицинских сестер России, тех международных проектов, которые открывают перед нами уникальные возможности для развития своей практики!

ческими мероприятиями удалось добиться с привлечением добровольных помощников – студентов-волонтеров. Их участие помогает сделать наши профилактические мероприятия более эффективными.

Кампании по профилактике ТБ, организуемые кабинетом медпрофилактики ГБУЗ «СОКПТД» в рамках Всемирного дня борьбы с туберкулёзом, вырастают во времени до месячника активных профилактических мероприятий. Тематические акции с каждым годом охватывают всё больше и больше жителей, организаций, учебных заведений Самарской области. Непрерывность, системный подход, целенаправленная деятельность по информированию населения по вопросам профилактики туберкулёза – основа успешной борьбы с туберкулёзом.

Профилактическая работа ГБУЗ «СОПТД» осуществляется по шести стратегическим направлениям:

1) Систематическое настойчивое информирование граждан о важности профилактики ТБ на общественном и бытовом уровне: использование высокотехнологических средств работы с гражданами (онлайн-обращения и консультации, организация «горячих телефонных линий», тематические радио- и видеотрансляции в местах массового скопления граждан и др.), проведение санитарно-гигиенической работы в очагах и на приёмах, организация школ здоровья для пациентов.

2) Системный и последовательный охват выездными мероприятиями социальных и образовательных учреждений, объектов торговли, мест отдыха, транспортных организаций, производственных предприятий.

3) Поиск партнёров и координация совместной деятельности с различными государственными органами, учреждениями, общественными организациями, средствами массовой информации в деле борьбы с туберкулёзом в Самарской области и реализации планов профилактических мероприятий;

4) Использование тематических визуальных средств информирования (плакаты, буклеты, листовки, постеры, санбюллетени, публикация статей в газетах и журналах); видео- и аудиотрансляция профилактических материалов на выездных мероприятиях; проведение в образовательных учреждениях тематических конкурсов рисунков, плакатов и стенгазет, детских утренников, просветительских театрализованных молодёжных фестивалей и пр.

5) Проведение городских уличных массовых акций в местах наибольшего скопления граждан (места отдыха, объекты торговли, транспорт и т. п.) с помощью подготовленных волонтеров в тематической дизайнерской униформе с транспарантами и яркими наглядными ворд-шоками в виде больших ромашек.

6) Организация массовых лекториев, семинаров и конференций регионального и местного значения для медработников общелечебной сети, медицинских пунктов учебных заведений, а также для лиц, ответственных за социальную работу в образовательных (социальных заведениях), в том числе участие в областных проектах по пропаганде здорового образа жизни, профилактике социально значимых заболеваний с информацией по тематическим вопросам борьбы с туберкулёзом.

В результате грамотного планирования, организации партнёрского взаимодействия со многими государственными и общественными структурами, чёткой и слаженной работы всего коллектива успешно реализуются задачи по максимальному охвату комплексными профилактическими мероприятиями социально незащищённых и наиболее подверженных опасности заболевания туберкулёзом групп населения (учащиеся и педагогические коллективы школ и учреждений системы СПО, студенты и сотрудники вузов, коллективы транспортных организаций, правоохранительных органов и др.).

БЕЗОПАСНОСТЬ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ВЕНОЗНОГО ДОСТУПА В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ



■ **Е. В. Шмелева,**
 медицинская сестра палатная
 хирургического отделения БУЗ Омской
 области «Госпиталь для ветеранов
 войн»

Внутривенное введение инфузионных растворов и лекарственных препаратов во многих случаях является необходимым компонентом комплекса лечебных мероприятий для пациентов пожилого возраста. Для обеспечения доступа к венозной системе пациента при плановой госпитализации наиболее часто используются ежедневные венепункции стальными иглами. Анализ статистических данных за 2012 год показал, что в госпитале для ветеранов войн на 1 пациента в период стационарного лечения приходилось 22,37 венепункций. Обеспечение и поддержание венозного доступа у пожилых людей – трудная задача. Характерными трудностями пункции подкожных вен у лиц пожилого и старческого возраста являются плотность и хрупкость вен, их высокая подвижность под кожей, разрывы стенок вен с образованием больших гематом. Кожа теряет тонус и эластичность, становится более хрупкой и предрасположенной к травмам. Наложение жгута на плечо или предплечье легко повреждает кожу и нередко приводит к образованию петехий, обширных внутрикожных и подкожных кровоизлияний, сопровождающихся разрывами стенок вен, что затрудняет венозный доступ. Потеря подкожного жира у пожилых пациентов делает вены подвижными, они «перекатываются» под кожей, когда вену пытаются пунктировать. Старение затрагивает

кожу, стенки вен, и кровоток так, что даже самый опытный специалист не всегда может попасть в вену пожилому человеку. Сталкиваясь с перспективой повторных внутривенных инъекций в течение лечебного процесса, пожилой пациент испытывает весь комплекс физических и душевных страданий от многократных неудачных попыток попасть в вену. В результате он едва ли будет доверять медицинским работникам и станет их добровольным партнером в заботе о собственном здоровье. В медицинском плане неудачный опыт будет иметь глубокое отрицательное влияние на будущую уступчивость пациента.

В открытое проспективное когортное исследование вошли 130 пациентов хирургического отделения БУЗОО «ГВВ» (при допустимой ошибке 5%, доверительной вероятности 0,954), из них 86 (66%) мужчин и 44 (34%) женщины, получавшие курс инфузионной терапии в течение 10 дней.

Средний возраст соответствовал $79,5 \pm 8,7$ лет (размах варьирования 61–95 лет). Исключение составили пациенты с ограниченным зрением и с нарушением слуха, в возрасте до 61 года, получающие курс инфузионной терапии менее 10 дней, а также отказавшиеся от участия в исследовании.

Вошедшие в исследование пациенты были разделены на 2 группы:

- 1 группа (основная): 65 пациентов, которым при проведении инфузионной терапии для обеспечения венозного доступа использовались периферические катетеры;
- 2 группа (сравнения): 65 пациентов, которым при проведении инфузионной терапии венозный доступ был осуществлен посредством ежедневной пункции вен иглами.

Все пациенты, включенные в исследование, давали добровольное информированное согласие на участие в исследовании, не противоречащее Этическому кодексу медицинской сестры

России. Права пациентов защищены Конституцией РФ, Федеральным законом РФ «Об охране здоровья граждан в РФ» и Законом РФ «О защите прав потребителей».

Венозный доступ у участников основной группы обеспечивался периферическими катетерами диаметром 20 и 22 G из полиуретана. Процедура постановки, ухода и удаления ПВК регламентировались рекомендациями БУЗОО «Областной клинической больницы» 2012 года и руководством для медицинских сестер по обеспечению и поддержанию периферического венозного доступа РАМС. Для профилактики тромбирования периферического венозного катетера по окончании инфузии в просвет катетера вводился пластиковый гибкий стилет, согласно размеру катетера. Катетеры фиксировались самоклеющейся гипоаллергенной повязкой. Для забора крови из венозного катетера использовалась вакуумная система VACUTAINER. Держатели вакуумной системы снабжены луер-адаптером для безигольного соединения с периферическим венозным катетером. Внутримышечная антибиотикотерапия у пациентов основной группы была переведена на внутривенное введение через периферический венозный катетер.

Цель исследования состояла в выборе наиболее приемлемого метода венозного доступа у пациентов пожилого и старческого возраста.

Определение психологической готовности участников основной группы к новому методу обеспечения венозного доступа проводилось с помощью исследования уровня ситуационной тревожности по методике Спилберга – Ханина.

Интенсивность болевого синдрома при обеспечении периферического венозного доступа оценивалась с помощью 5-балльной шкалы вербальных (словесных) оценок ШВО.

Для проведения наблюдения за безопасностью периферического веноз-



Обучение медицинских сестер процедуре постановки, ухода и удаления ПВК



Разработка инструментов исследования

ного доступа были разработаны протокол катетеризации периферических вен и лист наблюдения за проведением инфузионной терапии посредством иглы, рассчитанные на курс десятидневной инфузионной терапии.

Выраженность инфузионного флебита и инфильтрации оценивались по степени в соответствии со Шкалой оценки флебитов и Шкалой оценки инфильтрации, рекомендованных Российской ассоциацией медицинских сестер в 2012 году.

Результаты исследования. Предложение к участию в сестринском исследовании у пациентов пожилого и старческого возраста вызывало чувство тревожности, эмоциональные переживания за здоровье, связанные с собственной оценкой степени риска возникновения неблагоприятного исхода. Травмирующая ситуация с утратой чувства защищенности у пациентов основной группы потребовала от медицинского персонала индивидуального подхода, адекватного объяснения и дополнительного аргументирования о достоинствах нового метода обеспечения венозного доступа.

При оценке уровня ситуационной тревожности у участников основной группы по методике Спилберга – Ханина (рис. 1) было выявлено, что катетеризация периферических вен вызывала высокий уровень тревожности только у 1 (2%) пациента. Отсутствие высокого уровня тревожности у 98% участников исследования говорит о психологической готовности к новому методу инфузионной терапии. Психологическая безопасность была достигнута с помощью тщательной подготовки пациентов к сестринскому исследованию и явными преимуществами катетеризации периферических вен.

При проведении десятидневного курса инфузионной терапии (рис. 2) количество венепункций с учетом неудачных попыток составило у основной группы $3,7 \pm 0,8$ (размах варьирования от 3 до 7 венепункций), у группы сравнения $11,4 \pm 1,7$ (размах варьирования от 10 до 15 венепункций). Данный результат был получен при проведении инфузионной терапии без учета дополнительных венепункций. Таким образом, сопоставление полученных результатов показало, что использова-

ние катетеризации периферических вен снизило количество венепункций в 3 раза.

Во время курса инфузионной терапии внутривенные манипуляции участникам основной группы проводились через периферический венозный катетер, что не потребовало дополнительного венозного доступа, поэтому количество катетеризаций осталось неизменным. У группы сравнения общее количество венепункций составило $22,3 \pm 4,7$ инъекций. При применении катетеризации периферических вен удалось сократить внутривенные инъекции в 6 раз.

При анализе неудачных попыток венепункций для выполнения внутривенных капельных инфузий выявлено, что у основной группы на одного пациента приходилось 0,7 неудач, у пациентов группы сравнения – 1,4. Увеличение количества неудачных попыток венепункций в 2 раза у участников группы сравнения связано с ежедневными многократными внутривенными инъекциями и использованием новых участков вен для выполнения процедуры (рис. 3).

Анализ уровня боли по 5-бальной шкале вербальных (словесных) оценок

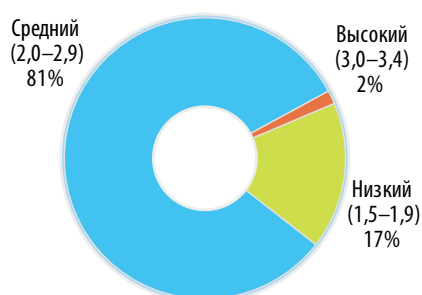


Рис. 1. Уровень ситуационной тревожности у участников основной группы

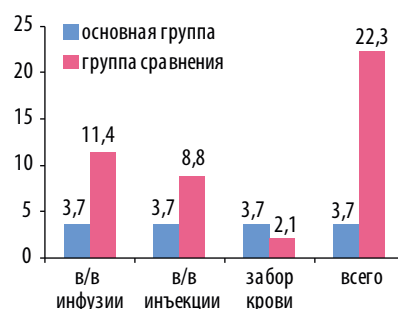


Рис. 2. Общее количество венепункций у участников исследования

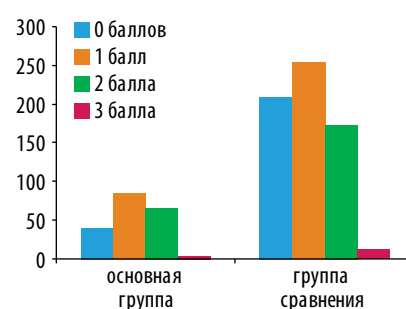


Рис. 3. Уровень боли по 5-бальной шкале вербальных оценок ШВО

ШВО показал, что участники исследования в основном отметили 1 балл (слабая боль), но при этом участники группы сравнения при пункции периферических вен уровень боли в 1 балл испытывали в 3 раза чаще, чем участники основной группы.

Респондентов основной группы 17 из 240 катетеризаций периферических вен привели к развитию инфузионных флебитов, что составило 7% от общего количества внутривенных катетеризаций, у группы сравнения – 14 из 743 (2% от общего количества венопункций). Причины развития флебитов при проведении инфузионной терапии не были выяснены. Выраженность флебита не превышала 1-й степени, что не потребовало дополнительного лечения. При оценке инфильтрации выявлено, что у участников группы сравнения наблюдались инфильтраты 1-й и 2-й степени, у основной группы были отмечены инфильтраты только 1-й степени. У группы сравнения инфильтраты 1-й степени вызывали 6% венопункций и 2-й степени 1% от общего количества внутривенных инъекций. У основной группы – 1-й степени 6% от общего числа катетеризаций.

Статистически значимой разницы не получено, так как соотношение количества венопункций для проведения инфузионной терапии у участников группы сравнения к основной группе составляет 3:1. Инфильтрация 1-й степени не потребовала лечения. Инфильтраты 2-й степени, которые наблюдались у семи участников группы сравнения, потребовали применения местного согревающего полуспиртового компресса.

Анализ общего количества возникновения инфильтрации в исследуемых группах показал, что на долю основной группы приходилось 15 (23%) случаев возникновения инфильтратов, на долю группы сравнения 50 (77%) случаев от общего количества инфильтратов. Увеличение случаев данного осложнения у пациентов группы сравнения связано с частыми венопункциями и дислокациями игл при проведении инфузионной терапии (рис. 4).

При анализе общего количества гематом, связанных с внутривенными манипуляциями, кровоизлияния в месте инъекции наблюдались в основной группе в 7 случаях (8% от общего количества возникших гематом в исследуемых группах),

у группы сравнения – в 79 случаях (92%). Учитывая возрастные изменения кожи и венозных сосудов уменьшению количества подкожных кровоизлияний на 84% в основной группе способствовали катетеризация периферических вен и наложение венозного жгута 1 раз в 72 часа, а также особая форма кончика периферического венозного катетера и специальная заточка иглы, уменьшающая пункционную травму.

При проведении количественного анализа инфузионных осложнений выяснилось, что:

- в основной группе осложнения, не требующие лечения, наблюдались в 39 случаях, что составило 21% от общего количества возникших осложнений;
- в группе сравнения осложнения, не требующие лечения, наблюдались в 136 случаях, что составило 75% от общего количества возникших осложнений;
- в группе сравнения в 4% (7 случаев) осложнений потребовалось местное лечение.

Таким образом, при применении катетеризации периферических вен количество осложнений, возникающих при проведении инфузионной терапии, можно сократить в 3,8 раза. Двадцати трём респондентам основной группы во время проведения курса десятидневной инфузионной терапии были назначены антибактериальные препараты. Результатом замены внутримышечных инъекций на внутривенные стало уменьшение количества внутримышечных инъекций на $8,1 \pm 6,5$, приходящихся на 1 пациента.

Выводы:

1. При внедрении нового метода обеспечения венозного доступа благодаря индивидуальному подходу и объяснению процедуры каждому пациенту у 98% участников исследования отсутствовал высокий уровень тревожности.

2. Количество венопункций безыгольным методом через инъекционный порт катетера и взятие венозной крови с помощью вакуумной системы, держатели которых снабжены луер-адаптером, уменьшено на 83,4%.

3. Инфузионная терапия посредством периферического венозного катетера позволяет уменьшить количество неудачных попыток для венопункций на 50% и частоту возникновения осложнений на 56%, в связи с сокращением коли-

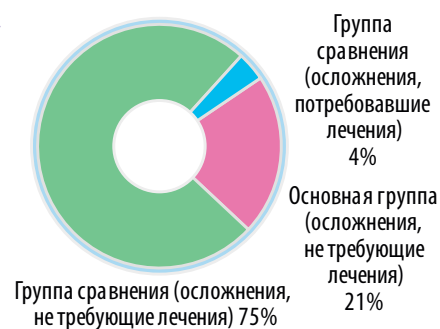


Рис. 4. Общее количество осложнений

чества венопункций в 3 раза. Уровень боли при обеспечении венозного доступа посредством катетера не превышает уровень боли от венопункции иглой, но при этом при проведении инфузионной терапии посредством иглы пациенты эту боль испытывают ежедневно.

4. При использовании периферических венозных катетеров уменьшилось количество внутримышечных инъекций на 41,3% благодаря замене внутримышечной антибиотикотерапии на внутривенную, что, в свою очередь, с одной стороны, снижает болевые ощущения и риск развития потенциально возможных осложнений от введения препаратов в мышцу, с другой, способствует быстрому и эффективному введению точной дозы лекарственного препарата в кровяное русло.

5. Для успешного внедрения результатов исследования в практическую деятельность разработаны методические рекомендации по обеспечению и поддержанию периферического венозного доступа посредством катетера у пациентов пожилого и старческого возраста.

Благодаря полученным данным доказана эффективность и безопасность периферического венозного доступа посредством катетера. Наличие постоянного венозного доступа в течение плановой госпитализации делает более комфортным проведение инфузионной терапии и необходимо в случаях внезапного возникновения неотложных ситуаций наиболее часто встречающихся у пациентов пожилого и старческого возраста. Правильная организация и внедрение рекомендаций по обеспечению и поддержанию периферического венозного доступа у пожилых людей позволила повысить профессионализм медицинских сестер, улучшить качество оказываемой медицинской помощи данной группе пациентов.

Роль сестринского персонала в повышении эффективности работы справочно-консультативного отделения городской клинической больницы

■ **Л.А. Воропаева,**

д-р мед. наук, главный врач

■ **Т.В. Старостина,**

зам. главного врача по амбулаторно-поликлинической работе

■ **А.В. Аверин,**

зав. отделением медицинской профилактики, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Минздравсоцразвития Чувашии

■ **Т.Е. Багаутдинова,**

старшая медицинская сестра поликлиники № 1

■ **Н.Н. Антонова,**

старшая медицинская сестра справочно-консультативного отделения, Городская клиническая больница № 1, г. Чебоксары



Справочно-консультативное отделение (СКО) БУ «Городская клиническая больница № 1» г. Чебоксары (далее – ГКБ № 1) функционирует с декабря 2009 года. Отделение состоит из трех подразделений – электронной регистратуры, колл-центра и центра госпитализации.

В СКО работают опытные специалисты, чей стаж работы в системе здравоохранения в среднем составляет 9 лет. Старшая медицинская сестра СКО имеет повышенный уровень образования по специальности «Организатор сестринского дела», прошла повышение квалификации по циклу «Информационные технологии в медицине», а также обучение в тренинговой компании «Центр компетенций» по программам «Ресепшн класса люкс» и «Профессиональные стандарты сервиса».

По штатному расписанию в СКО 5,5 ставки медицинских сестер, физических лиц – 5 (процент укомплектованности – 88,9%); 17 ставок медицинских регистраторов и 2 ставки младшего медицинского персонала, которые укомплектованы на 100%.

В отделении ежедневно работают 4 медицинские сестры (из них 1 старшая медицинская сестра), 8 медицинских регистраторов и 2 младшие медицинские сестры. Между электронной регистратурой, колл-центром и центром госпитализации старшей медицинской сестрой СКО еженедельно осуществляется горизонтальная ротация кадров с целью инициации новых идей, разнообразия функционала и профилактики эмоционального выгорания.¹

Основные функции СКО

- предоставление информации населению о времени приема врачей всех специальностей во все дни недели с указанием часов приема, номеров кабинетов;
- информирование населения о правилах вызова врача на дом; порядке предварительной записи на прием к врачам; времени и месте приема населения главным врачом и его заместителями; о по-

рядке прикрепления на медицинское обслуживание;

- предоставление информации о порядке работы поликлиники, правилах подготовки к исследованиям;
- осуществление записи на прием к врачам поликлиники и регистрации вызовов врачей на дом;
- направление в установленном порядке пациентов, обратившихся в поликлинику, на обследование и лечение;
- осуществление подбора амбулаторных карт пациентов, записавшихся на прием и их доставка в кабинет врача.

Функции и возможности электронной регистратуры

Возможности электронной регистратуры обеспечивают следующие преимущества в работе поликлиники:

- создание «сетки» расписания работы врачей МО;
- автоматическое создание графика приема всех специалистов МО;

¹ Воропаева Л.А., Аверин А.В., Багаутдинова Т.Е., Антонова Н.Н. Организация работы справочно-консультативного отделения городской клинической больницы // Главная медицинская сестра. 2013. №6. С. 15–28.



- информационная поддержка нескольких МО и подразделений внутри одной МО;
- просмотр свободных часов приема на любую дату и к любому специалисту и выбор для записи наиболее удобного времени;
- поиск врача по фамилии, имени, отчеству и по специальности;
- поиск участкового врача по указанному адресу;
- регистрация и авторизованный доступ пациентов на сайте «Электронной регистратуры» с созданием личного кабинета, что дает возможность просмотреть свои записи на прием;
- расширенная поддержка идентификации пациента (по Ф.И.О., полису обязательного медицинского страхования);
- расширенная возможность указания персональных данных пациента (адрес, номер телефона, e-mail);
- распечатка талона на прием к врачу;
- самостоятельная отмена пациентом записи на прием;
- оповещение пациента о необходимости явки на прием к врачу (по электронной почте, путем отправки SMS или звонка оператора колл-центра);
- интеграция с госпитальной информационной системой больницы.

Записаться на прием к врачу в ГКБ № 1 возможно несколькими способами:

- через электронную регистратуру на медицинском портале «Здоровая Чувашия»;

- через федеральный портал государственных услуг;
- через телефон поликлиники и путем личного обращения в регистратуру поликлиники;
- воспользовавшись услугами колл-центра «Здоровье» (тел. (8352) 26-03-03).

Запись на прием как к участковым врачам или врачам общей практики, так и к врачам «узких» специальностей (эндокринолог, невролог, хирург, офтальмолог, уролог, нефролог и др.) производится на ближайшие 14 дней с момента обращения согласно действующему в поликлинике расписанию. Запись на повторный прием осуществляется в системе «Электронная регистратура» участковым врачом или врачом общей (семейной) практики, другими специалистами амбулаторно-поликлинических подразделений после завершения первичного приема.

Вход в программу защищен паролем, поэтому все сведения о пациентах в базе данных электронной регистратуры для внешних пользователей недоступны, информацию получает только медицинский работник. Запись ведется через интервалы в 10–15 мин в течение рабочего времени. Каждые полчаса имеется «время резерва» для пациентов, нуждающихся в срочной консультации специалистов, пациентов с листком нетрудоспособности и не записанных на прием через электронную регистратуру. Это время для внешних пользователей обозначено окном «занято».

Ответственными специалистами ежедневно проводится актуализация расписания работы врачей в соответствующих разделах электронной регистратуры и на сайте МО.

Введение «Электронной регистратуры» существенно уменьшило число пациентов, недовольных работой поликлиники. При этом сокращается время ожидания очереди на прием к врачу, создаются предпосылки для выделения времени на осмотр и обследование сложных в диагностиче-

ском плане пациентов, уменьшается число лишних обращений в амбулаторную лечебную сеть.

Организация работы колл-центра

Колл-центр – специализированная организация или выделенное подразделение в организации, занимающиеся обработкой обращений и информированием по голосовым каналам связи в интересах организации-заказчика или головной организации.

Все структурные подразделения поликлиники ГКБ № 1 объединены в единую локальную сеть. Информация о порядке записи к врачам через электронную регистратуру и колл-центр размещена в фойе поликлиники и на сайте МО. Колл-центр является координатором передачи всех данных.

Функциональные обязанности оператора колл-центра

- информирование пациента о времени приема врачей всех специальностей, об объеме и видах оказываемой медицинской помощи, о порядке прикрепления на медицинское обслуживание, о правилах подготовки к исследованиям;
- осуществление регистрации вызова на дом;
- запись на прием к врачам через электронную регистратуру;
- взаимодействие с Городским перинатальным центром и женской консультацией: получение сведений о беременных с прикрепленного участка, стоящих на учете в женской консультации, о родильницах для своевременной передачи информации участковым терапевтам, врачам общей практики для проведения активного патронажа на дому данной категории лиц.

Организация работы центра госпитализации

Центр госпитализации находится в онлайн-связи с приемно-диагностическим отделением. Пациенты, направленные врачом общей практики или участковым терапевтом на плановую госпитализацию, обращаются в данный центр для оформления первичной ме-

дицинской документации и получают памятку с указанием даты и времени госпитализации. Непосредственно в день госпитализации пациент обращается в кабинет плановой госпитализации приемно-диагностического отделения и получает историю болезни с оформленным титульным листом. При этом сокращается как время оформления первичной медицинской документации, так и время пребывания пациента в приемно-диагностическом отделении.

Функциональные обязанности администратора

В целях упорядочения потоков пациентов в фойе поликлиники работает администратор. Функционал администратора заключается в упорядочивании потоков пациентов в фойе поликлиники; информировании пациентов о времени приема врачей всех специальностей, видах оказываемой медицинской помощи, порядке прикрепления на медицинское обслуживание; сопровождении в кабинет пациентов с экстренными показаниями и пациентов по платным услугам; помощи пациентам в записи на прием к врачу через электронную регистратуру. Записаться через электронную регистратуру можно в фойе поликлиники, где установлены два терминала-инфомата.

Функциональные обязанности медицинского регистратора

Войдя в обычную поликлинику и увидев медицинский персонал в белых халатах, у многих посетителей возникает чувство страха и настороженность в общении. Как утверждают психологи, красный цвет символизирует лидерство, белый – чистоту и доверие. Для того чтобы пациенту было легче довериться медицинскому работнику, была разработана форменная одежда медицинского регистратора. Униформа представляет собой деловой костюм в виде красного пиджака, белой блузы и черной юбки. Обязательным атрибутом униформы является наличие бейджа с логотипом больницы.

При приеме на работу медицинские регистраторы проходят отбор. С кандидатами проводят работу психологи отдела по работе с персоналом – те-

стируют и организуют тренинги по программам «Этапы работы с пациентом лично», «Работа с пациентом по телефону», «Работа с жалобами пациентов», «Сервисные технологии. Клиентоориентированность», «Адаптация молодого специалиста».

В обязанности медицинского регистратора СКО входит:

- информирование пациента о времени приема врачей всех специальностей, об объеме и видах оказываемой медицинской помощи, о порядке прикрепления на медицинское обслуживание;
- запись на прием к врачам через электронную регистратуру;
- четкое регулирование интенсивности потока пациентов для равномерной нагрузки врачей и распределение его по видам оказываемой медицинской помощи;
- печать талона амбулаторного пациента;
- подбор амбулаторных карт пациентов, записавшихся на прием, которые доставляются курьерами в кабинет врача;
- правильное ведение и хранение картотеки медицинских карт амбулаторных пациентов;
- обеспечение соблюдения конфиденциальности и безопасности персональных данных пациентов в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- ведение учетно-отчетной документации.

Изучение удовлетворенности пациентов качеством амбулаторно-поликлинической помощи

Амбулаторно-поликлинические учреждения являются ведущим звеном оказания населению первичной медико-санитарной помощи, поэтому важно изучение удовлетворенности пациентов качеством амбулаторно-поликлинической помощи.

По оригинальной анкете опрошено 400 пациентов² (193 мужчины и

207 женщин) амбулаторно-поликлинического профиля в возрасте от 18 до 79 лет (средний возраст – $34,8 \pm 15,0$ года). Из них 51,0% с высшим образованием, 34,2% – средним специальным, 14,0% – средним, 0,7% – начальным.

Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики (расчет среднего значения – M , стандартного отклонения – SD) и χ^2 -распределения.

Респонденты пользовались услугами поликлиники от 0,1 до 40 лет (в среднем – $10,6 \pm 9,9$ года); 5 раз и более в год посещали поликлинику 19,2% опрошенных, 3–4–25%, 1–2–55,7%. 64,0% опрошенных обратились в поликлинику с целью получения медицинской помощи по заболеванию, 24,7% – профилактического медицинского осмотра (диспансеризации), 11,3% – диагностического исследования (в 2005 году были получены схожие результаты: 65,5, 24,3 и 10,2% соответственно; $p > 0,05$).

Удовлетворены качеством обслуживания поликлиники 72,2%, удовлетворены частично – 22,2%, не удовлетворены – 5,2% респондентов. При этом удовлетворены качеством работы врачей-специалистов и участковых врачей 73,7%, удовлетворены частично – 21,7%, не удовлетворены – 4,5% респондентов; медицинских сестер – соответственно – 88,0, 10,7 и 1,2% опрошенных пациентов.

Таблица

Время, потраченное больными в поликлинике, %

Время	Данные опроса 2005 г. ¹	Данные опроса 2011 г.	χ^2 ; df = 2	P
Время ожидания больного в очереди				
До 15 мин	25,6	43,8	55,62	0,001
До 30 мин	60,7	50,5		
Около 1 часа	13,7	5,7		
Время нахождения больного у врача				
До 15 мин	77,9	71,00	8,36	0,015
До 30 мин	21,9	28,25		
Более 30 мин	0,2	0,75		

Благодаря введению в практику электронной регистратуры в 1,7 раза увеличилось число пациентов, ожидающих приема врача менее 15 минут, и в 2,4 раза уменьшилось таковых, проводящих

² Для простой случайной выборки размером 400 единиц максимальная статистическая ошибка (с 95% доверительной вероятностью) составляет 5%. Цит. по: <http://www.fdfgroup.ru/?id=189>.

в очереди около 1 часа (среднее время ожидания в очереди к врачу составило $22,5 \pm 11,8$ минут). Параллельно увеличилось время, затраченное врачом на осмотр, обследование и беседу с больным. Уменьшилось в 2,78 раза число пациентов, обращающих в поликлинику 5 раз и в 2,58 раза, обращающихся 1–2 раза в год ($p < 0,001$). Полученные данные не зависели от пола, возраста и уровня образования пациентов³.

С марта 2011 года с целью улучшения организации медицинского обслуживания пациентов проводится мониторинг очередей, выявляются «проблемные места». С персоналом поликлиники регулярно проводятся тренинги по соблюдению этических норм. Сотрудники отдела по контролю качества регулярно проводят анализ на наличие очереди при приеме специалистами. При выявлении очереди выя-

няется причина ее возникновения и принимаются меры к ее устранению.

Выводы

Изучение мнения населения об удовлетворенности качеством работы амбулаторно-поликлинической службы дает возможность определить приоритетные направления по улучшению работы сестринского персонала и оперативно принимать меры по устранению недостатков. Результаты проведенного исследования подтверждают, что для улучшения качества сестринской помощи необходима четкая организация рабочих мест и рациональное использование рабочего времени, непрерывное повышение квалификации и совершенствование профессионального мастерства, создание оптимальных условий труда медицинских сестер с использованием компьютерных технологий.

В России в течение длительного времени деятельность сестринского персонала рассматривалась в качестве второстепенной, не имеющей самосто-

ятельного значения. Основным критерием её оценки являлось правильное выполнение манипуляций, врачебных назначений. На сегодняшний день признается тот существенный вклад, который вносит данная профессиональная группа в реализацию мероприятий, направленных на охрану здоровья населения, и более полно осознается необходимость совершенствования сестринского дела. От работы сестринского персонала в немалой степени зависит результат деятельности всей системы здравоохранения, качество и количество предоставляемых медицинских услуг, объемы финансовых и материально-технических источников.

Организация самостоятельной деятельности сестринского персонала на уровне оказания первичной медико-санитарной помощи способствует повышению доступности и качества медицинской помощи населению, реализации творческого потенциала медицинской сестры и росту значимости специалистов со средним медицинским образованием в системе здравоохранения.

³ Голенков А.В., Воропаева Л.А., Аверин А.В., Малькова Т.Ю., Львова М.Г. Повышение удовлетворенности пациентов медицинской помощью как результат внедрения электронной регистратуры // Заместитель главного врача. – 2012. № 2. С. 54–59.

Сегодня почти вся планета отмечает 8 Марта как день поклонения настоящей женщине, ее красоте, мудрости и женственности, которые спасают мир.

Из истории праздника

Этот всеми любимый праздник 8 марта восходит к традициям Древнего Рима I века до нашей эры. Считалось, что богиня Юнона, супруга великого Юпитера, была наделена большой властью и обладала огромными возможностями. У нее было много имен: Юнона-Календария, Юнона-Монета. Она дарила людям хорошую погоду, урожай, удачи в делах и открывала каждый месяц года. Но более всего римлянки преклонялись перед Юноной-Луцией («светлой»), покровительствующей женщинам вообще, а при родах в особенности. Она была почитаема в каждом доме, ей приносили дары при вступлении в брак и при рождении ребенка.

Самым радостным для женской половины Рима был праздник 1 Марта, посвященный этой богине и называвшийся Матронами. Тогда весь город преображался. Празднично одетые женщины шли с венками цветов в руках к храму Юноны-Луции. Они молились, приносили в дар цветы и просили

у своей покровительницы счастья в семье. Это был праздник не только почтенных римлянок, но и рабынь, работу которых в этот день выполняли мужчины-рабы. Мужчины 1 Марта дарили женам, родственницам и подругам щедрые подарки, не обходили вниманием служанок и рабынь...

8 марта

ОЧИСТКА ВОЗДУХА ОТ ТОКСИЧНЫХ ГАЗОВ

ДЕЗАР
УФ-РЕЦИРКУЛЯТОРЫ ВОЗДУХА

КРОНТ
Инженерные технологии в России и за рубежом



бактерицидная
эффективность

99,9%

производительность

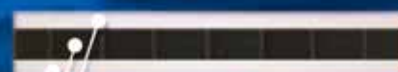
100 м³/час



**Фильтровальный блок
со сменным комбинированным
сорбционным угольным фильтром**



Решетка-фильтродержатель
Комбинированный сорбционный
угольный фильтр ФУС-"КРОНТ"
Защитная решетка рециркулятора



Армирующее и защитное
от осыпания полотно
Активированное
угленаполненное волокно
Армирующее полотно -
пылевой предфильтр (10 мк)

**Новое технологическое решение в УФ-рециркуляторах «ДЕЗАР» –
очистка воздуха от токсичных примесей химической природы при помощи фильтровального блока
со сменным комбинированным сорбционным угольным фильтром**

- Очистка воздуха от анестезирующих газов, антибиотиков, аэрозолей, паров кислот, моющих, дезинфицирующих и стерилизующих средств, аммиака, гормональных средств, формальдегидов, фенолов, оксидов углерода (CO), азота (NO) и др.
- Инструкция по применению, утверждена Приказом Росздравнадзора 16.02.2009 г. № 1124 ПР/09, Сертификат соответствия, Регистрационное удостоверение.

Модель	НАСТЕННАЯ (ПЕРЕДВИЖНАЯ)	ДЕЗАР-3 (ДЕЗАР-4)	ДЕЗАР-5 (ДЕЗАР-7)
Категория помещений		II - V	I - V
Эффективность бактерицидная, %		99,0	99,9
Источник излучения (бактерицидная безозоновая у/ф лампа)		15 Вт - 3 шт.	15 Вт - 5 шт.
Срок службы у/ф лампы		9000 часов	
Фиксация отработанного времени у/ф лампы		Цифровой четырехзначный счетчик часов, обнуление при замене лампы	
Световая сигнализация		Индивидуальная сигнализация выхода из строя у/ф лампы и вентиляторов	
Отражение ультрафиолетового излучения		Алюминиевое напыление с коэффициентом отражения более 86%	
Защита от ультрафиолетового излучения		Экранная светоизоляция, исключающая выход наружу у/ф излучения	
Звуковая мощность (уровень шума)		до 40 дБ	
Габаритные размеры		890 x 370 x 140 мм (1200 x 370 x 580 мм)	

Адрес: Российская Федерация, 141401, Московская область, город Химки, ул. Спартаковская, дом 9, пом. 1

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

Интернет: www.kront.com, kront.ru

Внутрикостный доступ: историческая справка и современное решение проблемы сосудистого доступа в критических ситуациях

■ **Е.Л. Долбнева,**
старший научный сотрудник, канд. мед. наук, анестезиолог-реаниматолог высшей категории. ФГБНУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН, Москва

Многие клинические ситуации догоспитального этапа, включая, в первую очередь, неотложные критические состояния (в том числе шок или комы различной этиологии, остановка сердца, передозировка препаратов, дегидратация и др.) требуют обязательного обеспечения сосудистого доступа, поскольку от его наличия напрямую зависит конечный результат качества оказания медицинской помощи. Обеспечение сосудистой «линии жизни» позволяет эффективно контролировать состояние пациентов, где ключевыми факторами являются скорость установки и адекватность функционирования (мл/мин). У 5–10% взрослого контингента пациентов (у детей в 25%) догоспитального этапа на установку внутривенного доступа уходит более 10 мин. В 6% случаев обеспечение сосудистого доступа является критической проблемой, поскольку обеспечить его не удастся (что усугубляется сложностями доступа к пациенту, движением машины СМП и др.). Поэтому жизнеобеспечивающей альтернативой при этом является внутрикостный доступ (ВКД), поскольку это эффективная, надежная и сравнительно простая техника получения быстрого сосудистого доступа для введения жидкостей и медикаментов, известная уже более 80 лет. Как правило, ВКД используют, когда отсутствует возможность быстрого получения периферического и центрального внутривенного доступа.

Алгоритмы и протоколы экстренной медицинской помощи во многих странах мира (США и Европы) предусматривают установку ВКД как второго способа выбора сосудистого доступа у пациентов в том случае, если установить

внутривенный доступ с третьей или четвертой попытки или более 90 с не удалось. ВКД также является стандартом при оказании экстренной помощи пациентам с остановкой сердца.

Исторический очерк

В 1922 году С Drinker, врач из Гарвардского университета, исследовал циркуляцию крови в грудной клетке и обнаружил, что раствор, введенный в костный мозг, быстро всасывается в центральное сосудистое русло. Это наблюдение легло в основу метода интрастернальной инъекции, который широко использован американскими военными во Второй мировой войне. В то время было задокументировано более чем 4000 случаев внутрикостной инфузии, которая стала частью стандартной практики лечения тяжело раненых солдат. Однако, в послевоенные годы внутрикостные инфузии были забыты.

Второе открытие ВКД произошло в 1984 году, американским педиатром James Orłowski во время эпидемии холеры в Индии в конце 1980-х гг.

В 2004 году корпорацией Vidacare было запатентовано устройство EZ-IO – единственное в мире электрическое устройство для ВКД. В 2007 году Национальной экспертной комиссией по оборудованию (NEET, US) оно было признано самым безопасным, эффективным по сравнению с ручными устройствами.

Анатомия и физиология внутрикостного пространства

Внутрикостное пространство (ВКП) часто называют «неспадающейся веной». При шоке и травме может возникнуть коллапс периферических вен, в то время как ВКП, окруженное костью, остается действующей частью центрального кровообращения. При шоке

кровоток ВКП является относительно постоянным.

ВКП содержит тысячи не спадающих кровеносных сосудов и действует как губка, немедленно поглощая любую введенную жидкость; что позволяет быстро впитывать введенные растворы и лекарственные средства и транспортировать их в центральный кровоток.

Термин ВКП относится к мельчайшим кровеносным сосудам, пронизывающим губчатое вещество эпифиза и медуллярной полости диафиза. Сосуды ВКП связаны с центральным кровотоком продольными Гаверсовыми каналами, каждый из которых содержит крошечные артерии и вены. Гаверсовы каналы связаны между собой каналами Фолькмана, которые собственно и подключают ВКП к центральному кровотоку. Поэтому жидкости и препараты, введенные в костный мозг, быстро достигают центрального кровообращения.

Особенности инфузии

При использовании мешка под давлением или насоса для инфузии скорость инфузии такая же, как при в/в инфузии. Большеберцовый доступ – аналогично катетеру 20 G, Плечевой доступ – аналогично катетеру 16 G (P.S. Катетер для внутривенной инфузии:



20 G – скорость инфузии 64 мл/мин, 18 G – 105 мл/мин, 16 G – 208 мл/мин).

Скорость инфузии через ВКД катетер с использованием давления 300 мм:

- 5–50 мл/мин (в среднем, 25 мл/мин);
- 300–3000 мл/час (в среднем, 600 мл/час);
- 1 единица крови примерно за 15–30 минут.

Болюсное введение через шприц может быть выполнено за несколько секунд (в среднем, 10 мл/3 с). Начальный болюс через шприц в объеме 10 мл значительно увеличивает скорость последующей инфузии через ВКД.

Спектр фармпрепаратов соответствует препаратам, предназначенным для введения в периферическую вену. С осторожностью следует вводить цитотоксические препараты и гипертонические растворы. Дозировки при внутрикостной и внутривенной инфузии идентичны. Также возможен забор крови для проведения лабораторных исследований.

Сравнительный анализ устройств ВКД, одобренных FDA

FAST1 – первое автоматическое одноразовое устройство для ВКД у взрослых пациентов в США, предназначенное для использования на груди. Устройство состоит из 10-игольчатой основы, которая обеспечивает точное положение устройства, предотвращающее сквозное проникновение и повреждение за груди́нного пространства. При давлении на устройство центральная игла под усилием пружины попадает в мозговое пространство грудины. Дизайн иглы предотвращает случайное проникновение через грудь. После использования игла извлекается из грудины специальным устройством. FAST1 широко применяется у военного и гражданского населения.

B.I.G. (Bone Injection Gun) – легкое, автономное автоматизированное устройство доктора Marc Waisman. Применяется израильскими военными более десяти лет. После нажатия на спусковой крючок пружина выстреливает иглу в медуллярное пространство кости. В США BIG одобрен для использования на голени, в Израиле он при-

Сравнительная характеристика устройств для ВКД инфузии B.I.G. (производство Израиль) и Vidacare (производство США)

Характеристики	B.I.G.	Vidacare
Принцип действия	Выстреливает иглу за счет пружинного механизма, одноразовое устройство	Используется электрическая дрель для атравматичного проведения иглы, дрель имеет литиевый необслуживаемый аккумулятор, который рассчитан на 1000 манипуляций или 10 лет будет находиться в заряженном состоянии. Игла одноразовая находится в стерильном контейнере
Глубина установки	Сила выстрела иглы регулируется на самом устройстве по ограничению хода пружины	Определяется самим специалистом по ощущению провала в костномозговой канал кости, что является более безопасным
Критерии выбора иглы	По возрасту пациента: детская игла от 0 до 12 лет; взрослая – старше 12 лет	По весу пациента: детская игла 3–39 кг; взрослая > 40 кг
Фиксация	Требует очень тщательной фиксации иглы, часто смещается или выскакивает во время транспортировки пациента и теряет свою функциональность	Дополнительной фиксации у взрослых пациентов во время транспортировки не требуется, для детей есть специальный фиксатор, который надежно защищает иглу от смещения
Присоединение к системе для инфузии	Игла имеет стандартный порт Луер, во время транспортировки возможно отсоединение системы и попадание во внутрикостное пространство воздуха. Необходим очень тщательный контроль за в/к доступом в течение всего времени транспортировки пациента	Игла имеет накручивающийся порт, в наборе с иглой идет специальный переходник для подсоединения в/к иглы и в/в системы с предохранительным клапаном от засасывания воздуха, что обеспечивает надежное соединение и безопасную инфузию растворов
Удаление иглы	Необходимо использовать дополнительный инструмент (зажим)	Удаляется с помощью накручивающегося шприца, который идет в комплекте с каждой иглой
При неудачной установке	Необходимо брать новое устройство	Можно использовать ту же иглу на другой конечности.
Осложнения установки	Пробивание кости насквозь (особенно у маленьких детей), вколоченные переломы, паутиннообразное повреждение надкостницы (дополнительные ворота для инфекции). Возможно повреждение руки специалиста, который обеспечивает ВКД	Запатентованная заточка иглы позволяет не повреждать надкостницу, остается маленькое отверстие, которое после удаления иглы закрывается окружающими тканями (ворот для инфекции нет)
Боль при установке	Зачастую более 5 Б по ВАШ	2–4 Б по ВАШ

Таблица 2

Показания и противопоказания использования ВКД

Показания	Противопоказания
1. Сердечно-легочная реанимация	Переломы
2. Нарушенный уровень сознания	Избыточный подкожно-жировой слой и/или отсутствие явных анатомических ориентиров
3. Дыхательная недостаточность	Инфекция в месте установки
4. Гемодинамическая нестабильность	Значительные ортопедические процедуры в месте установки в анамнезе (установка ВКД в предыдущие 24 часа, искусственная конечность или сустав)
5. Трудность при постановке внутривенного катетера	
Предупреждения и предостережения: 1. Соблюдайте технику асептики 2. Перед установкой проверяйте толщину кожи (см. рис. 1). 3. Не оставляйте иглу на более чем 72 часа. 4. Не стерилизуйте и не используйте повторно иглы или отдельные компоненты. 5. Утилизируйте в биологические отходы, соблюдайте осторожность с острыми поверхностями.	

меняется на медиальной части дистального эпифиза большеберцовой кости, дистальном отделе лучевой кости и головке плечевой кости.

EZ-IO. Первое устройство для ВКД на литиевой батарее. EZ-IO использует специальную иглу с буровым наконечником. Особенность данного устройства в том, что диаметр отверстия в кости точно соответствует диаметру иглы, что предотвращает экстраваза-

цию. EZ-IO позволяет точно установить иглу на любую необходимую глубину. FDA (Food and Drug Administration) управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США одобрило применение EZ-IO на проксимальном эпифизе большеберцовой кости и на головке плечевой кости. Педиатрическая версия EZ-IO – EZ-IO PD применяется для детей весом до 39 кг.

Pointer JE, Vultaggio D, провели исследование по сравнению FAST1 и EZ-IO в успешности достижения ВКД с первой попытки. Они выявили, что процент успешного попадания FAST1 составил 84%, в то время как с EZ-IO он достиг 97%. Другой сравнительный анализ FAST1 и EZ-IO был проведен Frascione RJ, Jensen JP с процентным соотношением успешных применений 72% и 87% соответственно.

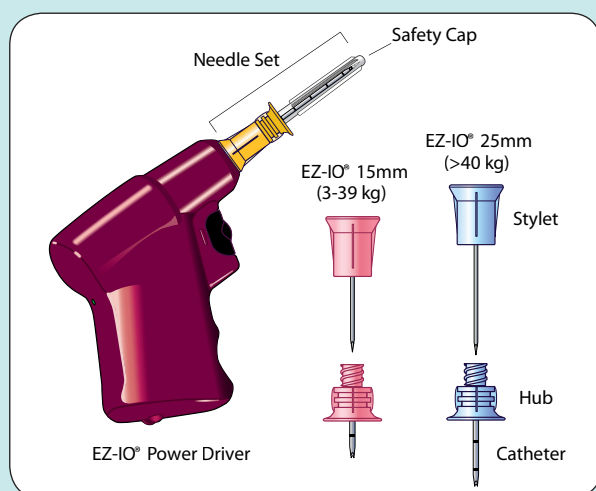


Рис 1. Определение толщины кожи и подкожно-жировой клетчатки и выбор иглы.

Система EZ-IO состоит из небольшой дрели на литиевых батарейках, рассчитанной на 10 лет работы, и скошенных полых игл-наконечников трех размеров – одного педиатрического и двух размеров для взрослых пациентов с накручивающимся съемным портом. Специальная заточка иглы позволяет не повреждать надкостницу (нет входных ворот для инфекции), после удаления иглы остается маленькое отверстие, которое закрывается окружающими тканями. (В эксперименте можно сделать 221 отверстие в сыром курином яйце не разрушив скорлупу.)

В наборе с иглой имеется специальный переходник для присоединения иглы и инфузионной системы с предохранительным клапаном от попадания воздуха. В результате создается надежное соединение, позволяющее получить безопасный и быстрый доступ к внутрикостному (большая берцовая или плечевая кость) пространству. Любые жидкости, кровь и препараты с помощью системы EZ-IO попадают в центральный кровоток в течение нескольких секунд. Игла удаляется с помо-

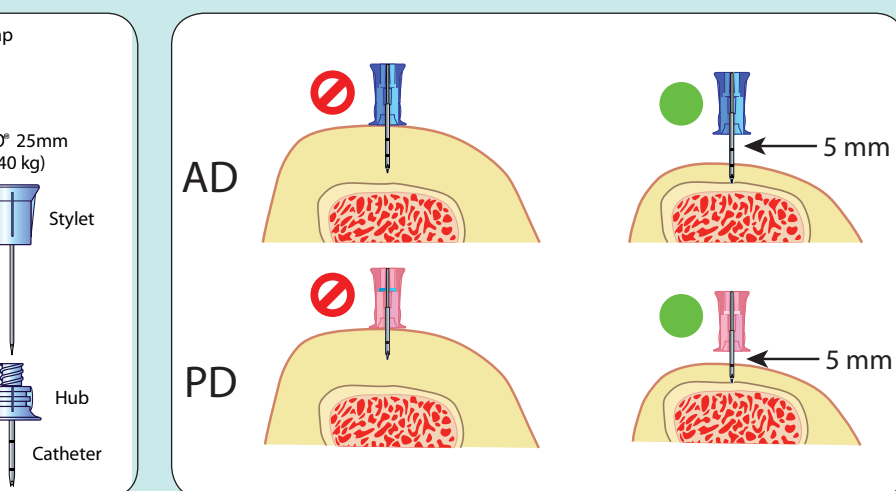


Рис 2

щью накручивающегося шприца, находящегося в комплекте.

- Последовательность установки:
1. Рассчитайте индекс массы тела.
 2. Соблюдайте технику асептики.
 3. Определите место установки (см. рис. 2).
 4. Подготовьте место установки (см. рис. 3 – показано место установки в большеберцовую кость).
 5. Подготовьте инфузионную систему.
 6. Убедитесь, что драйвер и игла надежно соединены (см. рис. 4).
 7. Снимите предохраняющий колпачок с иглы, установленной на драйвере (см. рис. 5).
 8. Установите иглу в кость.



Рис 3

NB! Не прикасайтесь к игле руками или пальцами. Перед и во время установки контролируйте движения пациентов.

Алгоритм применения ВКД

В соответствии с рекомендациями АНА (American Heart Association), ERC (European Resuscitation Council) и ILCor (International Liaison Committee on Resuscitation) ВКД является второй линией выбора у взрослых – после двух неудачных попыток катетеризации периферических вен в течение 60 с, и первой линией выбора у педиатриче-

ских пациентов. В соответствии с вышеуказанными руководствами и в свете новейших исследований, доказывающих отсроченную эффективность и пониженную управляемость фармакологическим эффектом по сравнению с ВКД, эндотрахеальное введение препаратов из рекомендаций исключено.

У взрослых пациентов (40 кг и больше) одобрено 3 доступа ВКД: дис-

тальный и проксимальный эпифизы большеберцовой кости и головка плечевой кости. У детей (от 39 кг и меньше) – проксимальный и дистальный эпифизы большеберцовой кости, дистальный эпифиз бедренной кости.

Осложнения

1. Экстравазация жидкости – при неправильной постановке иглы.

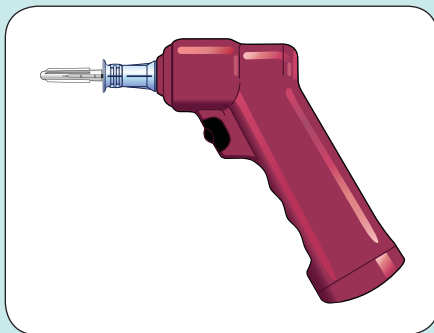


Рис. 4

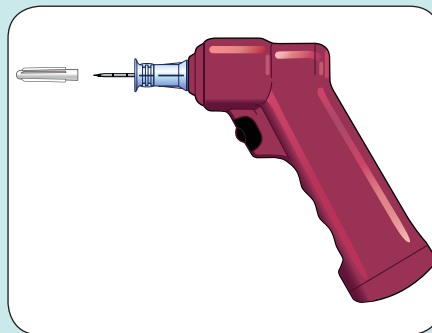


Рис. 5

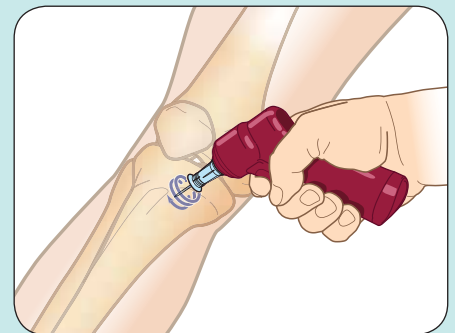


Рис. 6

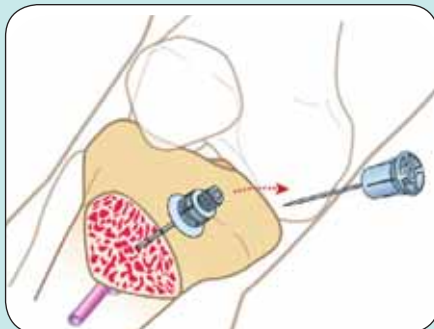


Рис. 7

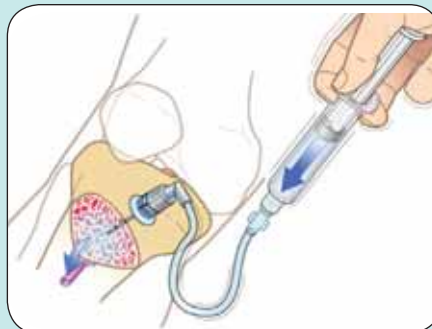


Рис. 8

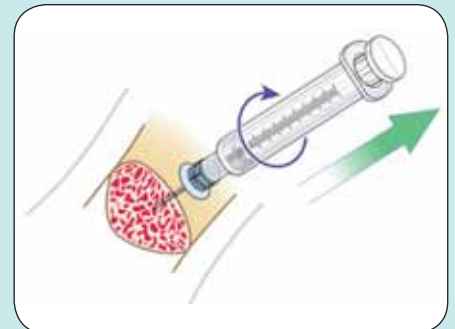


Рис. 9

Техника установки иглы:

А. Установите драйвер к месту установки под углом 90° по отношению к кости (см. рис. 6). Аккуратно надавите на драйвер и иглу до тех пор, пока игла не соприкоснется с костью.

Б. Убедитесь, что видны как минимум 5 мм длины катетера (см. рис. 1).

В. Перфорируйте верхний слой кости, нажимая на кнопку «пуск» и оказывая мягкое стабильное давление вниз (см. рис. 6).

Г. Отпустите кнопку «пуск» и закончите процедуру установки, ЕСЛИ:

1. Ощущается внезапное «сопротивление» или «потеря сопротивления» до входа в костномозговое пространство.

2. Достигнута необходимая глубина.

Примечание. Оказывайте мягкое и постоянное давление.

Не применяйте чрезмерные усилия.

При вращении кончика катетера оказывайте аккуратное давление вниз и произведите пенетрацию.

NB! Если драйвер остановился и не проникает в кость, возможно, Вы применили чрезмерное давление вниз. ТОГДА:

Отсоедините драйвер и удалите стилет (см. рис. 7).

Д. Убедитесь в стабильности катетера.

Е. Присоедините набор EZ-коннект к замку Луера (см. рис. 8).

NB! Не присоединяйте шприц напрямую к замку Луера!

Ж. Введите 10 мл болюс физиологического раствора при использовании взрослого набора. При использовании детского набора введите болюс 5 мл.

3. После введения болюса во внутрикостный катетер вводите жидкость и препараты по показаниям.

И. Наложите фиксирующую повязку.

Предупреждения и предостережения:

1. Перед введением болюса проведите аспирацию и убедитесь в поступлении небольшого количества крови.

2. У беспокойных пациентов перед введением болюса возможно применение лидокаина 2–4 мл 2%-ного внутрикостно (без консервантов).

3. Неудачное введение болюса может привести к отсутствию или ограничению потока. НЕТ БОЛЮСА – НЕТ ИНФУЗИИ.

4. Часто проверяйте место установки для предотвращения экстравазации.

Удаление катетера. Аккуратно вращайте по часовой стрелке, одновременно подтягивая на себя. НЕ РАСКАЧИВАЙТЕ КАТЕТЕР ВО ВРЕМЯ ПРОЦЕДУРЫ (см. рис. 9).

После удаления немедленно поместите катетер в соответствующий контейнер.

2. Синдром сдавления – при стремительной инфузии, без предварительного промывания катетера физиологическим раствором.

3. Смещение – при плохой фиксации внутрикостного катетера и чрезмерной подвижности пациента.

4. Перелом – обычно у детей, при приложении чрезмерной силы.

5. Боль – 1–2 балла по 10-балльной шкале.

6. Инфекция.

Кроме того, осложнения ВКД в виде инфильтрации и компартмент-синдрома легко диагностируются и крайне редки, инфекционные осложнения по Brickman KR et al, 1988 г., составляют 0,6%: (4270 случаев применения ВКД – 27 случаев остеомиелита) при условии функционирования устройства более 24 часов.

Заключение

На данный момент существует более 450 научных статей и более 160 000 случаев в обзорных журналах и множество исследований, подтверждающих быстроту, эффективность и безопасность внутрикостного доступа (www.reanmed.ru). Проведено более двадцати фармакокинетических исследований на животных, доказывающих аналогичность внутрикостной и внутривенной инфузии. Также есть данные многих мультицентровых, проспективных исследований, проведенных в более чем 16 службах экстренной помощи. <http://www.vidacare.com/EZ-IO/Index.aspx>

На сегодняшний день EZ-IO успешно применяется во многих странах, включая РФ, на до- и госпитальных этапах, в педиатрии, анестезиологии и реани-

мации, что обеспечивает существенную альтернативу традиционному внутрисосудистому доступу, который часто является затруднительным у пациентов, у которых в результате травмы или обезвоживания венозный доступ отсутствует.

После проведения сравнительных медицинских и экономических исследований, эксперты МЗ РФ сделали заключение, что устройство EZ-IO более удобно в работе, значительно менее травматично для пациентов и экономично в использовании, чем другие устройства. Следствием этого на сегодняшний день стало оснащение EZ-IO 342 реанимобилями, поставляемых в 2008 и 2009 гг. в рамках федеральной программы по снижению смертности при ДТП. (Согласно приложению 16 к приказу Минздравсоцразвития РФ № 752 от 01.12.2005 г., введено приказом Минздравсоцразвития РФ от 31.03.08 № 154).

Несмотря на то, что метод в РФ является относительно новым, успешность применения ВКД подтверждена сотрудниками (врачами линейных бригад и анестезиологами-реаниматологами) соответствующих подразделений СМП: Санкт-Петербурга (более 100 применений) и области (Тосно), Московской обл.: г. Клин, Ступино, Фрязино, Мытищи и др., а также в регионах: г. Новороссийск, Оренбург, Калининград, Ростов (Аксай), Н. Новгород, Ярославль и др.

Жизненная необходимость использования ВКД признана специалистами полевого многопрофильного аэромобильного госпиталя ВЦМК «Защита» и ФГУ «Государственного центрального аэромобильного спасательного отряда» МЧС России. На сегодняшний день они являются лидерами применения ВКД в РФ. В своей работе они применяют ВКД не только как способ быстрого восполнения ОЦК, но и эффективный способ лечения открытых инфицированных переломов конечностей при техногенных катастрофах при большом количестве пораженных (например: пожар в Перми в ночном клубе «Хромая лошадь» 2009 г., землетрясение на о. Суматра 2009 г., землетрясение на о. Гаити 2010 г., в Чили 2010 г. и др.). <http://www.centrospas.ru/> Каких-либо осложнений специалистами вышеуказанных организаций зафиксировано не было.



Набор для канюлизации губчатых костей входит в оснащение а/м СМП классов «В» и «С» по приказу МЗ РФ от 20 июня 2013 г. № 388н



Преимущества EZ-IO

- Легко использовать у детей и взрослых
- Установка сосудистого доступа у любого пациента занимает не более 10 сек.
- Стабильность и безопасность
- Скорость инфузии препаратов эквивалентна скорости при центральном венозном доступе, даже у пациентов при СЛР
- Относительно безболезненная установка, эквивалентная установке периферического внутривенного доступа без местной анестезии
- Низкая статистика осложнений
- Через внутрикостный катетер возможна инфузия любых препаратов, жидкостей или компонентов крови
- Цена, время установки и дискомфорт пациента при использовании EZ-IO меньше, чем при установке центрального катетера



РЕАН

www.reanmed.ru

(495) 510-15-58



Дезактив-Универсал



СОСТАВ

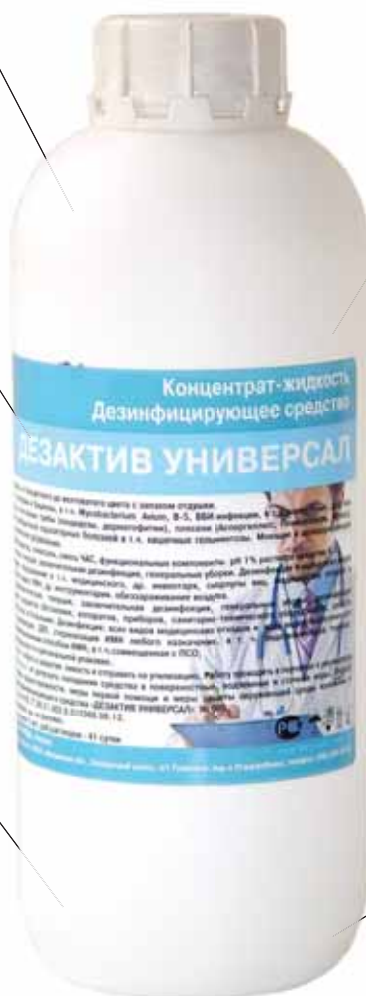
глutarовый альдегид – 1,0%,
глиоксаль – 7,0%, смесь ЧАСов
суммарно – 25,5%, вспомогательные
компоненты, pH 1% раствора – 4,5.

НАЗНАЧЕНИЕ

Дезинфекция поверхностей в
помещениях, предметов ухода за
больными, уборочного инвентаря,
дезинфекция медицинских отходов
(класса А,Б,В); всех видов
биологического материала.
Дезинфекция совмещенная с ПСО
ИМН в т.ч. эндоскопического
оборудования ручным и
механизированным способами, ДВУ
и стерилизация.

ФАСОВКА

флаконы по 1 л.,
канистры по 5 л.



ОПИСАНИЕ

Прозрачная жидкость от бесцветной до
желтоватого цвета с запахом отдушки.
Дезактив-Универсал отличается
высокой антимикробной активностью
в отношении грамположительных
и грамотрицательных микроорганизмов
в т.ч. микобактерии туберкулеза,
возбудителей ВБИ и аэробных
инфекций; всех известных патогенных
вирусов (ВИЧ-инфекция, гепатиты,
в т.ч. гепатит В, «птичий грипп H5N1,
H5N2, H7N3, H9N2», «атипичная
пневмония» (SARS), др. вирусы; грибов
рода Кандида и Трихофитон, плесневых
грибов. Обладает овоцидными
свойствами в отношении возбудителей
паразитарных болезней (цист и ооцист
простейших, яиц и личинок гельминтов,
остриц), моющим и дезодорирующим
эффектом.

ПРОИЗВОДИТЕЛЬ

ООО «Дезснаб-Трейд», Россия.

Дезактив-Универсал

- Режимы дезинфекции при инфекциях:
вирусной – 0,1-0,8%, туберкулезной – 0,15-0,85%.
- Дезинфекция Высокого Уровня – 3% - 5мин., стерилизация – 5% - 15мин.
- Срок годности рабочих растворов 41 сутки.



УНИВЕРСАЛЬНЫЙ КОЖНЫЙ АНТИСЕПТИК «МЕДИЛИС®-АСЕПТ»

Средство предназначено для :

I применения в качестве кожного антисептика:

- ✓ гигиеническая обработка рук
- ✓ обработка рук хирургов и других лиц, участвующих в проведении операций, приеме родов и пр.
- ✓ обработка кожи операционного поля, в т.ч. перед введением катетеров и пункцией суставов
- ✓ обработка инъекционного поля, в т.ч. в месте прививки
- ✓ обработка локтевых сгибов доноров
- ✓ профилактическая обработка ступней ног
- ✓ частичная санитарная обработка кожных покровов и т.д.

II дезинфекции поверхностей и объектов:

- ✓ поверхности и объекты, не загрязненные биологическими выделениями
- ✓ поверхности, загрязненные биологическими выделениями
- ✓ датчики диагностического оборудования («узи и т.п.)
- ✓ стетоскопы, фонендоскопы и стетофонендоскопы,
- ✓ дезинфекция стоматологических наконечников.
- ✓ дезинфекция обуви, резиновых, пластиковых и полипропиленовых ковриков и т.д.

НОВИНКА 2015



**УЗНАТЬ О НОВИНКАХ, КТО ЯВЛЯЕТСЯ РЕГИОНАЛЬНЫМ ДИЛЕРОМ
ИЛИ ЗАКАЗАТЬ ПРОДУКЦИЮ НАПРЯМУЮ У ПРОИЗВОДИТЕЛЯ
МОЖНО НА САЙТЕ**

MEDILIS.RU