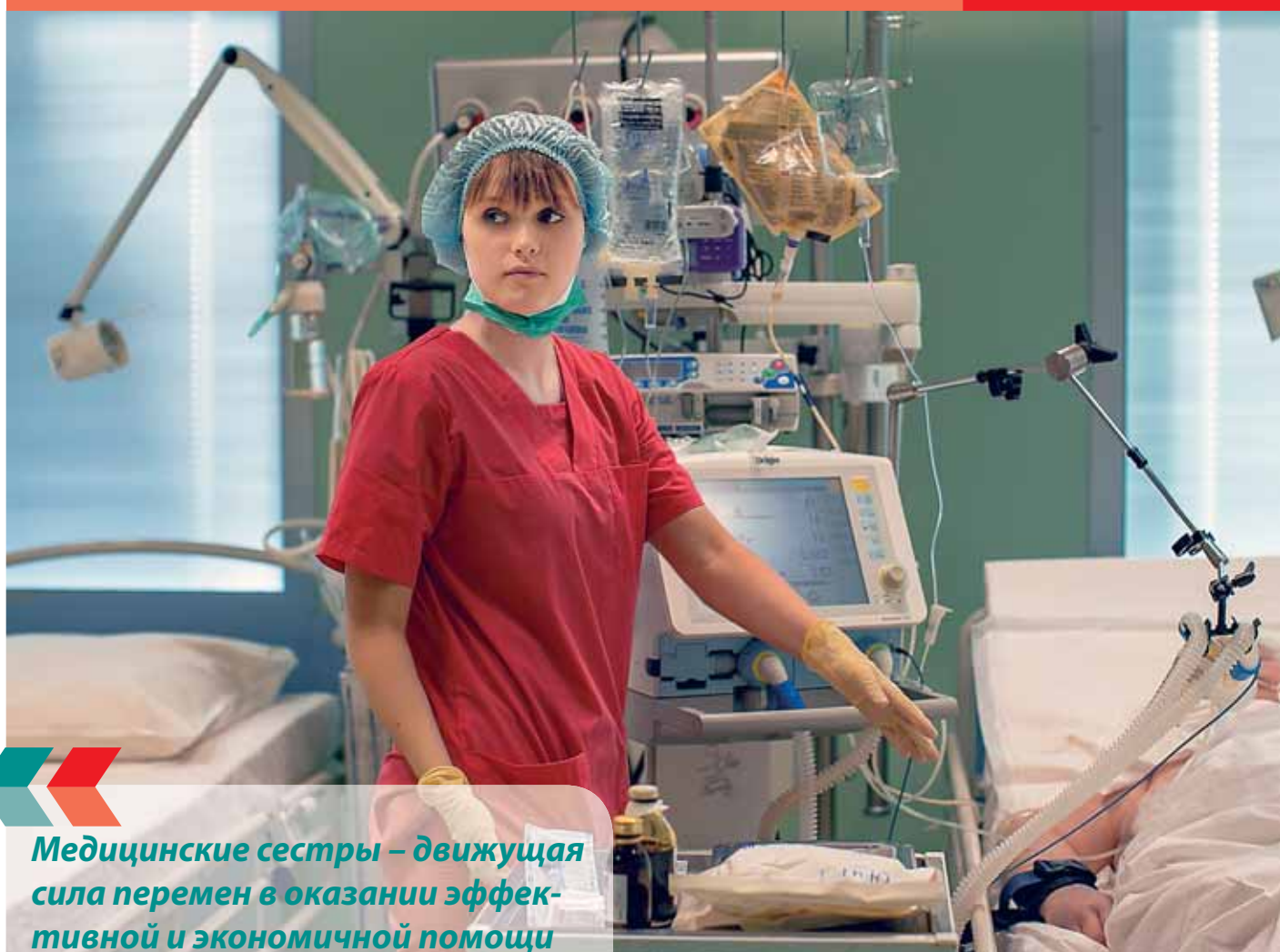


# ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 2/21 2015



**Медицинские сестры – движущая  
сила перемен в оказании эффек-  
тивной и экономичной помощи**



**стр. 4**

**Развитие фельдшерской  
службы в руках  
профессионалов**



**стр. 14**

**Поликлиника будущего:  
успехи развития первичного  
звена в Чувашской Республике**



**стр. 31**

**Новшества санитарного  
законодательства  
по эндоскопии**

# 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 цветное  
исполнение



## Универсальность

Открытая система  
Использование стандартного  
евро-флакона на 1000 мл.

## Безопасность

Запираемая на ключ  
антивандальная панель

**ГАРАНТИЯ ОТ ИЗГОТОВИТЕЛЯ 3 ГОДА!**



**■ Поверьте в свои силы, заручитесь поддержкой коллег, разработайте стратегию развития сестринской помощи в своем учреждении. Позитивные перемены с благодарностью встретят ваши пациенты, по достоинству оценят коллеги и руководители.**

Дорогие коллеги!

В круговороте повседневных дел так важно найти минутку, чтобы остановиться, посмотреть на свою работу со стороны, оценить успехи своих коллег в других учреждениях и регионах и, быть может, взять что-то себе на заметку. Нам посчастливилось жить в эпоху глобальных перемен, когда каждый может проявить инициативу и сделать свою профессиональную жизнь ярче и разнообразней, а помощь для пациентов – доступней и качественней. Именно для этого создан наш журнал, чтобы у вас всегда под рукой был живой пример позитивных практических и организационных преобразований в самых разных сферах сестринской практики.

Исключением не является и этот выпуск «Вестника». Будучи праздничным, посвященным Международному дню медицинской сестры, он включил материалы, как нельзя более соответствующие девизу этого года: «Медицинские сестры – движущая сила перемен по оказанию эффективной и экономичной медицинской помощи». Из статьи, посвященной нашему профессиональному празднику, вы узнаете о глобальных финансовых проблемах здравоохранения и значительных экономических преимуществах сестринской помощи, в то время как материалы авторов «Вестника» расскажут вам о том, какие замечательные перемены приносят российские специалисты в отечественное здравоохранение.

Так, самой высокой оценки заслуживают преобразования, направленные на совершенствование системы оказания первичной медико-санитарной помощи. Таким опытом на страницах нашего журнала делятся специалисты из Чувашской Республики, где медицинские сестры приняли участие в детальной проработке всех этапов реорганизации профилактической работы с населением.

Почерпнув новые знания и опыт в ходе зарубежной стажировки, развивают свою практику эндоскопические медсестры, готовят себя и своих коллег к вполне оправданному и вероятному будущему специальности, когда эндоскопическая медсестра будет теснее работать с пациентом, готовить его к предстоящим вмешательствам, а также ухаживать, инструктировать, обучать после него во время восстановительного периода.

К слаженной работе с использованием современных технологий стремятся фельдшеры, вовлеченные в деятельность общественных организаций и специализированных секций. Обмен опытом и обсуждение самых актуальных практических вопросов оказания экстренной помощи составили основное содержание состоявшейся в Иваново Всероссийской конференции. Специалисты искренне заинтересованы в поддержании высокого уровня профессионализма. Каждый день сталкиваясь с ситуациями экстремальными, требующими стремительных действий, молниеносных решений, они хотят быть на сто процентов готовыми спасти жизнь пациента. Лидеры специальности думают и о другом, но не менее важном – о ее сохранении и развитии, о решении насущных проблем.

Медицинские сестры ускоренными темпами осваивают научную работу, проводят исследования, выступают с докладами на научно-практических конференциях, с каждым разом приобретая все более заметную уверенность. И это вполне обоснованно. Ведь сестринские исследования напрямую связаны с повышением качества жизни пациентов, сокращением длительности заболеваний и тяжести нежелательных симптомов. Одной из актуальных проблем современного здравоохранения остаются пролежни. Действенное ее решение лежит в плоскости тщательного ухода и использования адекватных средств. С помощью научной методологии медицинские сестры подтверждают и результативность современных средств ухода, и

экономическую эффективность их применения.

При поддержке Ассоциации расширяют знания и опыт медицинские сестры онкологической службы, берут на вооружение и внедряют современные научно обоснованные вмешательства, чтобы облегчить жизнь пациентов, уберечь их от тяжелых последствий заболевания и химиотерапевтического лечения.

Один из таких методов, а именно медитацию, предлагаем рассмотреть и широкой аудитории читателей нашего журнала. На первый взгляд кажется спорным, что данный метод может использовать медицинская сестра. Как-то не укладывается он в привычные схемы сестринского ухода – введение лекарственных препаратов, перевязки, подготовку к оперативным вмешательствам, обучение пациента... Тем не менее оказание пациенту психологической поддержки – одна из ключевых задач медицинской сестры. Так может быть стоит расширить арсенал приемов этой поддержки? Тем более что наши американские коллеги, с успехом применяющие медитацию в работе с пациентами, делятся с нами не только самой методикой, но и солидной научной базой, подтверждающей ее эффективность. Стоит подчеркнуть и экономичность метода – никаких дорогостоящих медикаментов, оборудования, приспособлений, – только знания, навыки и мотивация медицинской сестры!

Искренне верим, что пример медицинских сестер, ставших героями наших публикаций, не оставит вас равнодушными. Поверьте в свои силы, заручитесь поддержкой коллег, разработайте стратегию развития сестринской помощи в своем учреждении! Ваши усилия не останутся незамеченными – их с благодарностью встретят пациенты, по достоинству оценят ваши коллеги и руководители.

В заключение позвольте от всего сердца поздравить вас с Международным днем медицинской сестры и акушерки, пожелать вам неугасающего интереса к профессии, здоровья, счастья, благополучия!





**На обложке:** Наталья Маханькова, призер фотоконкурса РАМС «Своей профессией горжусь», медицинская сестра отделения реанимации и анестезиологии Городской больницы №40, г. Санкт-Петербург

СОДЕРЖАНИЕ

|                                                                                                                                 |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| НОВОСТИ РЕГИОНОВ                                                                                                                |         |
| Каскадный принцип обучения медицинских сестер онкологической службы Вологодской области в действии                              | стр.3   |
| Фельдшер – движущая сила в оказании неотложной и экстренной помощи                                                              | стр. 4  |
| ГЕРОЯМ ПРОФЕССИИ – СЛАВА                                                                                                        |         |
| В памяти и в сердце – навсегда                                                                                                  | стр. 23 |
| МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО                                                                                                    |         |
| Перенимаем опыт – работа эндоскопических медицинских сестер за рубежом                                                          | стр. 18 |
| Международный день медицинской сестры 2015                                                                                      | стр. 20 |
| СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ                                                                                                        |         |
| Роль научно-исследовательской деятельности в развитии личности медицинской сестры                                               | стр. 7  |
| Изучение терапевтической и экономической эффективности препаратов нового поколения при уходе за пролежнями, трофическими язвами | стр. 27 |
| ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА                                                                                                                |         |
| Применение ларингеальной маски                                                                                                  | стр. 5  |
| Опыт проведения профилактики и диспансеризации в многопрофильной медицинской организации                                        | стр. 14 |
| В ожидании новых санитарных правил по эндоскопии: предстоящие проблемы и пути их преодоления                                    | стр. 31 |
| Осознанная медитация                                                                                                            | стр. 36 |
| ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА                                                                                                                |         |
| Как не лишиться работы во время декретного отпуска                                                                              | стр. 40 |

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 03.04.2015. Отпечатано в ООО «ИПК «Береста». 196084, Россия, Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28. Заказ № 1031. 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»
- ГОЛОЛОВОВА Л.Д.** – президент «Новосибирской профессиональной ассоциации специалистов сестринского дела»
- ДРУЖИНИНА Т.В.** – президент Кемеровской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация медицинских сестёр Кузбасса»
- ЗОРИНА Т.А.** – президент Омской региональной общественной организации «Омская профессиональная сестринская ассоциация»
- КОСАРЕВА Н.Н.** – президент Самарской региональной общественной организации медицинских сестёр
- ЛАПИК С.В.** – 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

# Каскадный принцип обучения медсестер онкологической службы Вологодской области в действии

■ Елена Хабарова

4 марта 2015 года в г. Вологде состоялся областной обучающий семинар для медицинских сестер онкологической службы. Организатором мероприятия выступила Вологодская региональная общественная организация «Ассоциация специалистов сестринского дела».

Напомним, данный семинар состоялся в рамках реализации международных проектов РАМС, Общества онкологических медсестер США и Вашингтонского университета. В соответствии с программой проекта с 27 по 31 октября 2014 года в Санкт-Петербурге состоялся пятидневный обучающий семинар для медицинских сестер онкологических служб, для участия в котором были приглашены двадцать четыре региональных отделения, в том числе и Вологодская ассоциация. Вологодскую область на нем представляла Майя Шипичева, старшая медицинская сестра Вологодской областной детской клинической больницы. Уникальность данного проекта заключается в каскадном принципе обучения, смысл которого заключается в словах: «Обучился сам – обучи других».

Следуя каскадному принципу обучения, Майя Шипичева провела аналогичные занятия, активно передавая приобретенные знания и умения своим коллегам из других лечебно-профилактических организаций области. В семинаре приняли участие 22 медицинские сестры, оказывающие помощь взрослым пациентам с онкологическими заболеваниями, из ЛПО г. Вологды, г. Череповца, восьми районных больниц, областной клинической больницы и областного онкодиспансера.

Основная задача семинара заключалась в укреплении знаний и навыков по снижению эмоционального дистресса пациентов и ухаживающими за ними близкими, повышению качества их жизни. Особое внимание уделено профилактике таких проблем пациен-

тов, как тошнота и рвота, усталость и нарушения сна, нейтропения.

Не секрет, что современные методы лечения онкологических заболеваний агрессивно воздействуют не только на раковые клетки, но и на весь организм в целом, вызывая побочные эффекты и осложнения. Поэтому именно на медицинских сестер, непосредственно контактирующих с пациентами и их родственниками, возлагается особая ответственность за состояние здоровья онкобольных в период лечения, в том



числе их эмоциональное состояние, а также за собственную безопасность как от случайного воздействия химиопрепаратов, так и эмоционального выгорания в условиях сильного эмоционального напряжения.

В ходе семинара состоялись занятия на темы: влияние стресса на пациента и его близких; обучение пациента и членов его семьи способам снижения негативного эмоционального воздействия; применение специальной терапии для снижения уровня стресса, повышения качества жизни и укрепления защитных сил. Отработка практических умений и навыков прошла в форме работы малыми группами, работы в парах, экспресс-опросов. Все участники семинара с большим интересом и энтузиазмом выполняли задания, примеряя себя в разных

ролях: пациента, его близкого родственника, медицинской сестры. В ходе семинара медицинские сестры успешно освоили такие практические методы снижения негативного воздействия стресса, как прогрессивная мышечная релаксация, управляемое воображение и осознанная медитация. Практическая ценность владения данными методами состоит еще и в том, что медицинская сестра может применять их как в уходе за пациентами, так и в работе над собой, они не требуют дополнительных финансовых затрат, могут применяться в течение рабочего дня в любое время.

Для успешной реализации каскадного принципа «Обучился сам – обучи других» все участники семинара получили комплект материалов, с помощью которых они проведут аналогичные занятия в своих лечебно-профилактических организациях, передадут полученные знания и умения своим коллегам и будут активно применять их в своей повседневной работе. Несомненно, что полученные новые знания и умения повысят эффективность сестринской помощи онкологическим больным.

По окончании семинара всем его участникам было предложено оценить работу организаторов и высказать свои предложения по организации работы Ассоциации. Оценки были поставлены следующие: семинар организован «отлично», «хорошо», «на высоком профессиональном уровне». Все пожелания сводились к тому, чтобы «почаще устраивать такие семинары с закреплением полученных знаний на практике».

Отметим, все участники семинара покинули уютный зал городской поликлиники № 1, где проходило мероприятие, воодушевленные и довольные. По выражению их лиц, по настроению было понятно, что они удовлетворены своей работой на семинаре и нет никаких сомнений в том, что каскадный принцип обучения продолжит свое действие в других ЛПО Вологодской области.

# Фельдшер – движущая сила в оказании неотложной и экстренной помощи



**Соловьев Н.Ф.,**

председатель секции «Лечебное дело»  
РАМС, главный фельдшер ОБУЗ  
«ИОСПК»



На страже нашего здоровья помимо врачей различных специализаций стоит команда специалистов-фельдшеров. Фельдшер – специалист со средним медицинским образованием, который имеет право самостоятельно проводить диагностику, осуществлять лечение, профилактику. В настоящий момент здравоохранению требуются высококвалифицированные специалисты, так как в практику внедряется современное диагностическое и лечебное оборудование, работа на котором требует больших знаний, умений и навыков. Все это приходит через процесс постоянного обучения, постоянного совершенствования в профессии. Именно от нашего профессионализма и добросовестности зависит эффективность оказания медицинской помощи. Качество зависит от современных методов диагностики и лечения. Чтобы свободно их

применять в критических ситуациях, фельдшеру необходимо постоянно учиться, обмениваться опытом, овладевать новыми методиками. Великолепную возможность для обмена опытом, обучения и обсуждения проблем предоставила специалистам прошедшая Всероссийская конференция «Фельдшер – движущая сила в оказании неотложной и экстренной помощи», которая прошла в г. Иваново в декабре минувшего года.

В работе конференции приняли участие 130 человек из 19 регионов Российской Федерации, а также представители медицинского сообщества Ивановской области. Конференция проходила под эгидой Ассоциации медицинских сестер России (РАМС). Организаторами конференции выступила Ассоциация медицинских сестер Ивановской области.

С приветственными словами к участникам конференции обратились депутат Ивановской областной Думы, главный врач ОБУЗ «Кардиологический диспансер» С.В. Романчук, президент Ассоциации медицинских сестер Ивановской области Т.В. Кудрина, председатель секции «Лечебное дело» РАМС Н.Ф. Соловьев, главный врач

станции скорой медицинской помощи г. Иваново А.А. Бабаев, председатель профсоюза медицинских работников Ивановской области Г.В. Вацуро.

Первый день конференции был отмечен обзорными докладами, участники рассмотрели вопросы обучения персонала, организации специализированных фельдшерских секций в рамках ассоциаций, психологические аспекты работы фельдшера. Большой интерес вызвали сообщения о своевременной и правильной диагностике острого коронарного синдрома, начале адекватной терапии уже на этапе доставки пациента в медицинское учреждение, об использовании современных телемедицинских технологий для ранней диагностики больных с ОКС, а также мастер-класс по дистанционной передаче ЭКГ.

Работа шла не только в зале, но и в фойе, и даже в кафе, во время перерыва. Везде, где встречались специалисты, немедленно вспыхивало живое, порой эмоциональное обсуждение. Ценность такого общения трудно переоценить. В ходе обсуждения фельдшеры обменивались мнениями, задавали вопросы, каждый максимально использовал данную возможность. В завершении первого дня состоялось заседание секции «Лечебное дело» РАМС, где обсуждались вопросы дальнейшей стратегии ее развития.

Особый интерес у участников вызвал второй день конференции. Он начался с мастер-класса в Центре меди-







цины катастроф Ивановской области под руководством директора центра С.В. Базанова. Участники конференции были разделены на три группы, где они в режиме диалога продолжили общение и попробовали в действии провести сердечно-легочную реанимацию на манекенах. Одна из групп

посетила ОБУЗ «Кардиологический диспансер», где ознакомилась с работой современного диагностического оборудования.

Не менее интересна была вторая половина дня, когда участники конференции имели возможность присутствовать на тренинге «Релаксация» и обсудить свои проблемы за круглым столом. В рамках круглого стола были подняты вопросы профессионального страхования фельдшеров, постдипломного образования, диспансеризации, аттестации специалистов, рекрутинга фельдшеров в члены общественного движения. К сожалению, не во всех ассоциациях пока сформированы специализированные фельдшерские секции, специалисты лишены общения и дополнительного источника информации, знаний и стимулов для непрерывного профессионального роста.

Специалисты высоко оценили возможность передать и приобрести практический опыт «из рук в руки» и договорились обязательно встретиться через год.

## ПРИМЕНЕНИЕ ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ МАСКИ



■ **Скалова Нина Григорьевна,**  
Главный фельдшер  
ОБУЗ «Станция скорой медицинской помощи»  
г. Иваново

Обеспечение адекватной проходимости дыхательных путей – несомненно, одна из ключевых проблем оказания экстренной помощи больным в критическом состоянии. В структуре классической «азбуки Сафара», являющейся общепринятым алгоритмом оказания реанимационной помощи, мероприятиям по обеспечению адекватной проходимости верхних дыхательных путей отводится первое место. Часть мероприятий, такие как «тройной прием Сафара», очистка полости рта, введение воздуховода, реализуема работником скорой медицинской помощи (СМП) любой квалификации и опыта. Интубация трахеи, являющаяся наиболее надежным методом обеспечения проходимости верхних дыхательных путей и защиты от аспирации рвотными массами, требует специальных навыков, подкрепленных практическим опытом, которым обладают не все сотрудники СМП. Этим обстоятельством объясняется целесообразность применения альтернативных воздуховодов, более простых по методике использования и освоению навыков. Одним из них является ларингеальная маска (ЛМ).



«Потеря проходимости дыхательных путей равноценна потере контроля над состоянием больного...» – это высказывание А. Брейна.

Исторически работа над созданием ЛМ началась в 1981 году в Лондоне доктором А. Брейном. Основой концепции создания ЛМ стало предположение, что самым оптимальным (физиологическим) решением обеспечения проходимости дыхательных путей (ПДП) будет прямое соединение «конец к концу» дыхательных путей и искусственного воздуховода. Наряду с этим нивелировались отрицательные стороны использования интубационной трубки и лицевой маски. Конструкции классической ЛМ совершенствовались с 1981 по 1988 годы на десятках пробных прототипов с проведением клинических испытаний на семи тысячах пациентов, что привело к созданию основы максимально безопасного функционирования ЛМ, расширило диапазон применения у различных групп пациентов и позволило минимизировать возможные осложнения. В 1985 году был создан силиконовый прототип ЛМ различных размеров для разных возрастных

групп пациентов. Промышленное производство началось в 1987 году в Великобритании, и первые образцы поступили в продажу в середине 1988 года. В настоящее время одноразовые ЛМ широко представлены на рынке России и доступны для приобретения.

На сегодняшний день в Российской Федерации согласно приказу Минздрава от 13 апреля 2011 года «Об утверждении Порядка анестезиологической помощи взрослому населению» ЛМ входит в основной стандарт оснащения бригад по анестезиологии и реаниматологии. Вопросы же подготовки специалистов, приобретения ЛМ являются прерогативой медицинской организации (МО).

ЛМ предельно проста в применении и при соблюдении ряда приемов позволяет избежать возможной регургитации, устройство выпускается в нескольких размерах (от 1 до 5), что позволяет подобрать размер, наиболее анатомически и физиологически подходящий конкретному пациенту. Положительно и то, что ЛМ защищает верхние дыхательные пути от затекания содержимого сверху. Это прежде всего относится к пациентам с травмами, особенно челюстнолицевыми, у которых риск аспирации крови выше, чем риск аспирации желудочного содержимого. ЛМ обеспечивает эффективную респираторную поддержку при проведении вентиляции во время реанимации. ЛМ может быть успешно установлена, когда доступ к пациенту затруднен, например в зажатых условиях, когда установка может быть выполнена из положения лицом к лицу пациента.

#### Неотложные состояния, при которых эффективно применение ЛМ:

1. Остановка сердца.
2. Передозировка наркотиков или лекарств.
3. Невозможность поддержания проходимости дыхательных путей, особенно в условиях потребности в постоянном контроле.
4. Аварийная вентиляция после неудачи интубации.
5. Травма, включая тяжелую челюстнолицевую.
6. Вдыхание дыма или токсичных газов.
7. Утопление.



ЛМ устанавливается в ротоглотку и проводится в нижнюю часть гортаноглотки до появления препятствия, которое чувствуется. Затем раздувается манжета, которая располагается в грушевидных ямках, при этом апертурная решетка дистального конца дыхательной трубки находится непосредственно над голосовой щелью, что обеспечивает аккуратную и безопасную проходимость дыхательных путей при невозможности попадания надгортанника в проем дыхательной трубки.

#### Преимущества использования ЛМ по сравнению с лицевой маской:

- лучшая проходимость дыхательных путей (ДП);
- на проходимость ДП не влияют анатомические факторы (т. е. отсутствие зубов, бородатость, восточный тип лица, анатомические особенности новорожденных) и повреждения лица;
- более высокая концентрация вдыхаемого кислорода;
- защита от аспирации крови из полостей рта и носа;



- не требуется движения шеи и головы при установке (важно для пациентов с травмой шейного отдела);
- освобождение одной руки оператора для других задач.

#### Преимущества использования ЛМ по сравнению с эндотрахеальной трубкой на ДГЭ:

- легче обучиться введению;
- более высокий уровень сохранения навыков;
- большая частота успеха установки с первой попытки;
- более короткое время до достижения оптимальной проходимости ДП;
- достаточное количество «холодных» тренажеров для получения опыта;
- отсутствие необходимости в ларингоскопии;
- отсутствие потребности в нейромышечной блокаде;
- снижен риск установки в пищевод или бронх;
- установка при меньшей нагрузке на шейный отдел позвоночника;
- меньшие травматизм и инвазивность по отношению к ДП;
- реже встречается ларингоспазм и бактериемия;
- снижение риска баротравмы легких.

#### Недостатки использования ЛМ по сравнению с ЭТТ на ДГЭ:

- ДП менее защищены – ЭТТ остается в этом золотым стандартом;
- Невозможно предотвратить обструкцию на уровне голосовой щели и ниже;
- пропускание газов и раздувание желудка встречаются более часто;
- фиксация требует больше надежности и места.

#### Противопоказания к применению ЛМ:

- высокий риск регургитации и аспирации (ожирение, беременность в последнем триместре);
- потребность в высоком давлении вентиляции (тяжелая астма, низкая податливость легких);
- после приема пищи (относительное противопоказание);
- обструкция дыхательных путей на уровне гортани или ниже (т. е. травмы надгортанника, ожоги ДП, инородные тела).



# Роль научно-исследовательской деятельности в развитии личности медицинской сестры



**Спивак И.М.,**  
старший научный сотрудник отдела  
Организации сестринского дела  
в педиатрии ФГБНУ «Научный центр  
здоровья детей»



**Бирюкова Е.Г.,**  
заведующая отделом Организации  
сестринского дела в педиатрии ФГБНУ  
«Научный центр здоровья детей»

В медицинских научных учреждениях исследовательской деятельностью традиционно занимаются врачи, научные сотрудники. Медицинские сестры в этом виде профессиональной деятельности, как правило, не участвуют. Проведенный в Научном центре здоровья детей опрос сестринского персонала показал, что только 2 % медицинских сестер, работающих в академическом научном учреждении, имеют научные публикации и участвуют в научных конференциях. Формально, научно-исследовательская деятельность не входит в должностные обязанности сестринского персонала. С другой стороны, как показал тот же опрос, основными мотивами работы медицинских сестер являются карьерный рост, возможность публикаций, участие в научной работе отделений и конференциях [3].



Рис. 1. Участники V Форума детских медицинских сестер России «Медицинские сестры и педиатрическая наука»

Не случайно в настоящее время общероссийские и региональные ассоциации медицинских сестер ставят перед собой задачи содействовать развитию медицинской науки и новых медицинских технологий, привлекать своих членов к научным исследованиям в области сестринского дела [9, 11, 14].

Все это позволяет рассматривать научно-исследовательскую деятельность медицинских сестер как основу развития личности специалиста и модернизации здравоохранения [2, 4, 5].

**Цель исследования:** определить влияние научно-исследовательской деятельности на развитие личности медицинской сестры.

Группу испытуемых составили медицинские сестры, которые участвовали в научной части V Форума детских медицинских сестер России «Медицинские сестры и педиатрическая наука» в рамках XVIII Конгресса педиатров (13–15 февраля 2015 года, г. Москва).

Всего – 48 чел., из них 9 чел. являются участниками Проекта развития сестринского звена в педиатрии, реализуемого ФГБНУ «Научный центр здоровья детей».

Медицинские сестры представляли различные регионы России – Архангельск, Екатеринбург, Казань, Краснодар, Красноярск, Москву, Омск, Санкт-Петербург, Читу, Якутск (рис. 1).

**Методы:** наблюдение, данные самоотчетов, анализ научных материалов Форума.

Наблюдение осуществлялось за вербальным и невербальным поведением медицинских сестер в ходе докладов на симпозиумах и постерной сессии.

Нами фиксировались признаки устной и письменной речи, *структура* и *стиль изложения*, которые отражают нормативную сторону и вербальную функцию научного стиля мышления, заключающуюся в «оформлении фактуального и теоретического знания в конкретно-историческом языке науки» [7:347].

Среди признаков невербального поведения мы выделили *громкость* и *темп* речи. Данные признаки отмечают многие авторы для характеристики ораторского искусства, особенностей личности и поведения ратора [1, 6, 12, 13].

Показатели громкости и темпа речи отмечались у медицинских сестер, которые участвуют в Проекте развития сестринского звена в педиатрии, на момент выступления на Форуме и сравнивались с аналогичными показателями годичной давности ( $n = 9$ ). Исходными характеристиками ораторского искусства остальных медицинских сестер, выступающих на Форуме, мы не располагали.

Предметом анализа являлись презентации докладов, постеры, устные выступления медицинских сестер.

**Результаты и их обсуждение.** Медицинские сестры представили на Форуме 20 устных и 16 постерных докладов, провели 2 мастер-класса, что со-

ставило соответственно 75, 100 и 48% всего времени, отведенного на каждую часть научной программы.

Содержательная часть указанных научных материалов включала обобщение профессионального опыта коллектива отделения (94% случаев) и анализ собственного профессионального опыта (6% случаев).

Структура 19% постерных докладов полностью соответствовала формальным требованиям оформления научных работ, т. е. содержала разделы: актуальность, цель/задачи, материалы и методы, результаты, выводы/заключение, список литературы. В 50% научных работ отсутствовал список литературы, в 38% – не было приведено описание материалов и методов, в 19% – не сформулированы цель и задачи.

Научный стиль изложения материалов исследования отмечался в 74 % докладов, вынесенных на постерную сессию (рис. 2).

Темповая характеристика речи всех (9 чел.) медицинских сестер, участниц Проекта, соответствовала среднему уровню темпа речи, достаточного для адекватного слухового восприятия информации слушателями. Год назад средний темп речи в ходе публичного выступления показывали 2 чел., у 7 чел. отмечался быстрый темп речи, который указы-

вал на неустойчивое психологическое состояние медицинских сестер (тревогу, неуверенность в себе) [1, 12].

Произвольная регуляция темпа речи зафиксирована у 1 чел.

Громкость речи у 7 медицинских сестер была на комфортном уровне слухового восприятия информации, что свидетельствует об адекватном уровне стеничности (активности), уверенности лекторов в себе [1, 11].

У 1 медицинской сестры речь характеризовалась, как «тихая», у 1-го – как «чрезмерно громкая».

Год назад адекватный уровень стеничности (активности) демонстрировала 1 медицинская сестра.

Произвольная регуляция громкости речи медицинскими сестрами отмечена не была.

Дополнительно к исследуемым характеристикам нами наблюдалось в ходе публичного выступления: исчезновение вегетативных реакций (покраснения кожи лица) – в 2 случаях и невротических проявлений (частого моргания глазами) – в 1 случае, которые демонстрировали медицинские сестры ранее. Данные факты указывают на контроль эмоционального состояния в ситуации публичного выступления и повышение стрессоустойчивости ораторов.

Наблюдение за старшими медицинскими сестрами, участниками Проекта развития сестринского звена в педиатрии от ФГБНУ НЦЗД (n = 7), показывает, что научное творчество актуализирует их потребность в передаче опыта коллегам и инициирует переход к осознанной педагогической деятельности (3 случая).

Статус старшей медицинской сестры предполагает владение педагогическими техниками и приемами, которые требуются ей, как руководителю, для выполнения своей экспертной и воспитательной функции в коллективе и часто неосознанны [10].

Подготовка методических материалов, проведение мастер-классов побуждает старших медицинских сестер к развитию своих педагогических умений и осознанной педагогической деятельности.

Полученные результаты дают основания для следующих выводов.

Результаты научно-исследовательской деятельности медицинских сестер составляют сегодня значительную часть научной программы Форума медицинских сестер.

Научно-исследовательская деятельность медицинских сестер связана с обобщением профессионального опыта коллектива отделения, в котором они работают.

Научно-исследовательская деятельность медицинских сестер способствует развитию научного стиля мышления, совершенствованию навыков публичного выступления и регуляции эмоций, повышению психической активности, уверенности в себе, снижению уровня тревожности, росту стрессоустойчивости.

Совершенствование научно-исследовательской деятельности медицинских сестер важно осуществлять в направлении нормативности оформления результатов научного творчества, роста произвольной регуляции невербального поведения.

Научное творчество актуализирует потребность медицинских сестер в передаче опыта и инициирует переход к осознанной педагогической деятельности.



Рис. 2. Доклад победителя постерной сессии Игнатова Дмитрия Андреевича на тему «Применение методики кинезиотейпинга в комплексной реабилитации детей раннего возраста, имеющих патологические установки в суставах» (ФГБУ «Научный центр здоровья детей», г. Москва)

## Заключение

Научно-исследовательская деятельность является видом профессиональной деятельности, в ходе которой происходит создание нового знания. Ее специфика состоит в том, что сам процесс научного творчества рефлексивен и индивидуален. С одной стороны, научно-исследовательская деятельность вносит творческую составляющую в повседневную деятельность, способствует творческой самореализации личности в соответствии с ее индивидуальными возможностями. С другой стороны, принятие и признание результатов научного творчества профессиональным сообществом требует от исследователя их нормативного оформления и вербализации [4, 8].

В этой связи научно-исследовательская деятельность начинается выступать как **метод обучения** научному стилю мышления [5] (рис. 3).

Научно-исследовательская деятельность медицинских сестер в настоящее время больше дополняет основной производственный процесс. Сестринский персонал принимает участие в конференциях, организации и проведении форумов медицинских сестер, что позволяет рассматривать научно-исследовательскую деятельность в этом контексте как метод развития познавательной активности и формирования творческого подхода к труду [4, 5].

Вместе с тем подчеркивается важность участия сестринского персонала в исследовательских программах своих медицинских учреждений и организации научно-исследовательской деятельности параллельно производственному процессу, когда эта деятельность будет являться методом сопоставления и проверки знаний медицинских сестер в практических делах [4, 5].

Все сказанное позволяет заключить, что «вхождение» медицинских сестер в научно-исследовательскую деятельность способствует пробуждению их творческой инициативы и активности, формирует внутренние мотивы саморазвития и самосовершенствования.



Рис. 3. Награждение победителей постерной сессии V Форума детских медицинских сестер России «Медицинские сестры и педиатрическая наука» в рамках XVIII Конгресса педиатров, 13–15 февраля 2015 года, г. Москва  
На фото: Баранов Александр Александрович – Председатель Исполкома Союза педиатров России (в центре), Бирюкова Елена Геннадьевна – зав. отделом Организация сестринского дела в педиатрии (слева), победители постерной сессии – Игнатов Дмитрий Андреевич, I место, г. Москва (справа), Лемехова Оксана Александровна, II место, г. Чита (вторая справа), Иванова Ольга Ивановна и Аршамян Лариса Семеновна, III место, г. Санкт-Петербург (третья и четвертая слева)

## ЛИТЕРАТУРА:

- Беляева В.В. Коммуникации и консультирование в практике медицинских сестер: Пособие для специалистов сестринского дела. М., 2014.
- Бирюкова Е.Г. Новый образовательный проект для медицинских сестер Российской Федерации / Бирюкова Е.Г., Спивак И.М. Обучение сестринского персонала здоровьесберегающему поведению: Сборник статей. – М.: LAP LAMBERT Academic Publishing, 2014. С. 12–19.
- Бирюкова Е.Г., Варфоломеева Е.Ю. Инновационные технологии подготовки сестринского персонала на примере дневного стационара клиники высоких технологий // Педиатрическая фармакология. 2012; 9 (4): 103–105.
- Биштова Э.А. Научно-исследовательская деятельность как фактор профессионального развития студента // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2008. № 49. С. 253–257.
- Биштова Э.А. Научно-исследовательская работа студентов как фактор развития творческих способностей будущих специалистов // Наука. Образование. Молодежь: Материалы II научной конференции молодых ученых АГУ (10–11 февраля 2005 года). Майкоп, 2005. С. 166–167.
- Ллойд-Хьюз С. Как стать блестящим оратором. Любая аудитория, любая ситуация. М., 2013.
- Микешина Л.А. Философия науки: Современная эпистемология. Научное знание в динамике культуры. Методология научного исследования: учеб. пособие. М., 2005.
- Митченков И.Г. и др. Эпистемология: основная проблематика и эволюция подходов в философии науки. Кемерово, 2007.
- Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестер России» [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://www.medsestre.ru/files/ustav\\_na.pdf](http://www.medsestre.ru/files/ustav_na.pdf). (Дата обращения: 25.02.2015).
- Практикум по психологии / Под ред. проф. Н.Д. Твороговой. М., 1997.
- Региональная общественная организация медицинских сестер Москвы [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://mosmedsestra.ru/index/0-2>. (Дата обращения: 25.02.2015).
- Савова М.Р. Совершенствование речевого мастерства преподавателя медицинского вуза (Мастерство публичного выступления) / Актуальные вопросы психологии: Компетентностный подход в преподавании психологии / Отв. ред. О.Е. Баксанский. М., 2014. С. 207–228.
- Спивак И.М., Бирюкова Е.Г. Повышение коммуникативной компетентности старших медицинских сестер как основа формирования здоровьесберегающей среды в педиатрическом стационаре // Педиатрическая фармакология. 2014. Т. 11. № 2. С. 98–101.
- Устав региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация специалистов с высшим сестринским, средним медицинским и фармацевтическим образованием Республики Башкортостан». [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://medsestrarb.ru/association/ustav.html>. (Дата обращения: 25.02.2015).



# МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА НОВОЙ ФОРМАЦИИ

■ **Осинская Е.В.,**

лаборант кафедры сестринского дела  
и социальной работы ГБОУ ВПО СЗГМУ  
им. И.И. Мечникова

Вся жизнь Галины Михайловны – это вклад в систему здравоохранения страны и, несомненно, ответ на вызовы времени: новые технологии не внедрить без нового уровня специалистов. А еще это революционный подход и подтверждение собственным примером, что всем привычная «сестричка» – теперь специалист новой формации, и только люди, далекие от медицины, по-прежнему могут считать, что работа медицинской сестры сводится к горчичникам и градусникам.

Как и многие в то время, Галя начала с тяжёлой санитарской работы. В больнице имени Ленина, где она трудилась на хирургическом отделении, очень глянулась сотрудникам отзывчивая и целеустремлённая девушка, которая быстро научилась медицинским манипуляциям. Она помогала в перевязочной и в процедурном кабинете. Её ждали по окончании училища с дипломом медицинской сестры. Но хирургической сестрой она так и не стала. После окончания медицинского училища пришла на работу в СПб ГУЗ «Психиатрическая больница № 3 им. Скворцова-Степанова». Требовательную и очень доброжелательную, всегда открытую для общения и передачи своего профессионального опыта медицинскую сестру невозможно было не заметить, и вскоре Галина Михайловна становится старшей медицинской сестрой одного из сложных отделений больницы. Решительность, инициативность всегда приводили к тому, что она с готовностью бралась за самую тяжёлую работу и решение наиболее острых проблем. В 1998 году открывается психосоматическое отделение



**Эта статья написана к юбилею нашей коллеги Галины Михайловны Подопригоры, президента Санкт-Петербургского регионального отделения Ассоциации медицинских сестер России, доцента кафедры сестринского дела и социальной работы Северо-Западного университета им. И.И. Мечникова, руководителя Гериатрического центра им. Марии Федоровны в Токсово.**

ние в СПб Городском гериатрическом центре, и сложная, но очень интересная работа увлекает Галину Михайловну. Нельзя не отметить высокие организаторские способности, креативность, постоянное стремление к профессиональному росту: Галина Михайловна – одна из первых выпускников факультета Высшего сестринского образования СПб академии им. Мечникова. Работая заместителем главного врача по сестринской работе ГГЦ, защищает кандидатскую диссертацию.

Во время работы в Городском гериатрическом центре ее наставником стала Элла Соломоновна Пушкина, главный гериатр Санкт-Петербурга. Союз доктора гериатра и медицинской сестры-управленца получился продуктивным и творческим. В Гериатрическом центре заработали новые, нужные пожилым людям направления. Доктор Пушкина считала обязательным постоянно совершенствовать работу сестринского корпуса, проводила семинары, клинические разборы. Для того чтобы сестры могли интегрироваться в профессиональное сообщество, считала необходимым создание общественной организации. Время для появления новой структуры медицинской направленности в Санкт-Петербурге было не из простых. С одной стороны, необходимость такого объединения была очевидна. С другой, сами сестры относились к такой идее с осторожностью. Приходилось очень много работать – объяснять, что организация – это возможность проявить себя. В 2005 году благодаря Галине Михайловне было зарегистрировано

Санкт-Петербургское региональное отделение «РАМС». С основания и до сегодняшнего времени Г.М. Подопригора является президентом данной организации. Сестринское дело торопилось в мир новых знаний, высоких технологий и новых форм сотрудничества. Сегодня идет постоянный обмен опытом среди медицинских сестер: конференции, семинары, мастер-классы. Все это работа, которую ассоциация непрерывно проводит уже в течение 10 лет. Сестры занимаются научными исследованиями, успешны в управленческих должностях здравоохранения, руководят социальными службами, гериатрическими учреждениями, разрабатывают и внедряют учебные программы. Ассоциация по праву может гордиться своим составом. Здесь есть и начинающие, и опытные наставники. А главное, все они динамичные люди, все в деле жизни стремятся к вершинам.

Отдельным направлением стала работа с теми, чья карьера только начинается. «Очень важно не растерять молодому человеку огня, амбиций, задора, а также милосердия, умения сострадать человеку, – считает Галина Михайловна Подопригора. – И тут мы единогласны с Ириной Владимировной Бубликовой, главным специалистом по сестринскому делу Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга: не бывает хорошей медсестры без способности понять чужую боль, без готовности помочь. Каждый год 12 мая в Международный день медицинской сестры вручаются награды лучшим, есть среди них и начинающие».



В 1999 году Э.С. Пушкова организует в МАПО кафедру сестринского дела и социальной работы, куда и приглашает ассистентом Галину Михайловну.

Все мы когда-то сидели за школьными партами, все храним благодарную память о тех, кто выводил нас в большую жизнь. В мире профессий специальность учителя занимает особое место. Это справедливо и общепризнано.

К педагогу, занимающемуся постдипломным образованием, в отличие от школьного наставника отношение особое, с него и спрос совсем другой. Его слушатели – люди взрослые, состоявшиеся, со своими целями, требованиями, устоявшейся системой ценностей, а порой и амбициями.

Медицинские сестры – контингент образованный и опытный, вопросы задают самые неожиданные и смелые, ответов пространных не приемлют. Профессия у них такая – все время на передовой. Поэтому мы на кафедре считаем: преподаватель должен иметь беспрекословный авторитет, знания, выходящие порой за границы своего предмета, солидную практику, не говоря уже о способности (и умении!) делиться профессиональными богат-

ствами с теми, кому они так необходимы, и мы гордимся тем, что у нас есть такой замечательный педагог, как Галина Михайловна.

Для такой работы как нельзя более требуется медицинская сестра, специалист с высшим медицинским образованием. Она практик, она управленец, масштабно мыслящий. «Я совершенно убеждена: сегодня подготовка таких медицинских сестер – это, по большому счету, надежный вклад во всю систему здравоохранения страны. И, несомненно, демонстрация того, что новые технологии внедрить без медсестер современного уровня невозможно! А учебный процесс – единственная система, позволяющая сестрам не отстать от прогресса, постоянно совершенствовать свое образование, приобретать актуальные для нашего времени знания и навыки», – рассказывает ныне уже доцент кафедры сестринского дела и социальной работы СЗ ГМУ им. И.И. Мечникова Галина Михайловна Подопригора.

«Сестры разные нужны, сестры разные важны...» Это устоявшееся кафедральное утверждение. Например, получившие высшее образование, как

правило, работают на административных и управленческих должностях. Они приходят к нам учиться на цикл «Управление сестринской деятельностью». Он вбирает в себя множество аспектов, освещает труд сестры-управленца с разных ракурсов: от вопросов административного права и психологии, медицинской этики, делопроизводства – кропотливой работы с бумагами, – до разрешения конфликтов в малых социальных группах. Тут и взаимодействие с подчиненными, и с кадрами других структур... Но наша задача не «утопить» слушателей в океане информации, а сделать так, чтобы, придя после обучения на рабочее место, медсестра могла пользоваться своими знаниями как инструментом. В названии кафедры, на которой Галина Михайловна трудится с момента ее основания, есть слова «социальная работа». Оригинальная система подготовки сестер, работающих в социальных службах, не могла не заинтересовать комитет по социальной политике Петербурга. К сотрудникам кафедры обратились с просьбой организовать курс обучения социальных работников первона-







чальным медицинским навыкам. Кафедра откликнулась на просьбу, подготовила и открыла ряд циклов. Они востребованы, собирают слушателей из разных городских структур.

Развивая медико-социальное направление, кафедра создала новый цикл «Паллиативная медицинская помощь». Такому городу, как Санкт-Петербург, где число людей пенсионного возраста значительно превышает численность работающего населения, подобная помощь крайне необходима. Прогнозы социологов констатируют – в ближайшие годы потребность в ней будет неуклонно возрастать. Кафедра в этом направлении предвосхитила общественные потребности.

Несомненно, Галина Михайловна – человек, сумевший увязать и использовать в своей работе весь накопленный опыт. В ее подходе к системе подготовки медицинских сестер и личный опыт, и достижения кафедры, и результаты западных стажировок. Ей свойственна внимательность к мелочам, наблюдательность, способность воспринимать другого. Это позволяет понять слушателя, помочь организовать сестринский процесс, выявить проблемы, решить их на семинарских занятиях. Успех учебного процесса во многом складыва-

ется из хорошо спланированного блока практики. У Галины Михайловны это системные занятия на базе Гериатрического центра имени Марии Федоровны в Токсово, где курсанты могут не только получить знания, но и ознакомиться с функционированием современного, комфортного и оснащенного гериатрического дома. Здесь воплотились замыслы, появившиеся еще в период работы в Городском гериатрическом центре. Для



Галины Михайловны это больше, чем место работы. Сегодня Гериатрический центр имени Марии Федоровны, дом сестринского ухода, по праву называют учреждением будущего. Все его функции четко выверены и потому безупречно исполняются. Как истинный руководитель, Подопригора следит за всем – и какова динамика здоровья пациентов, и что происходит на пищеблоке, и как работает садовник на территории.

Для того чтобы устроиться к ней на работу, мало иметь хорошую характеристику, необходимо быть готовым трудиться в команде и все время обучаться, а еще освоить навыки сестринского ухода «от Подопригоры». Галина

Михайловна в своей работе использует те знания, которые собирала по крупицам всю рабочую биографию, тут и творчески освоенный заграничный опыт, и сконцентрированный передовой российский, и собственные мощные креативные возможности.

Есть такое суждение: человек за свою жизнь должен родить ребенка, посадить дерево и построить дом. При этом имеется в виду дом для своей семьи, для себя.

Галина Михайловна – человек гармоничный во всем, успела много больше, чем перечислено в известной триаде! Судите сами. Детей вырастила, учеников выпустила, ассоциацию организовала, кандидатскую защитила, учебники написала, а сколько провела конференций и семинаров, открытых уроков... И дом она тоже построила! Светлый, уютный, комфортный. И что тут особого, скажете, разве мало у кого дома замечательные?! Есть, есть в доме Галины Михайловны безусловное, бесспорное, уникальное преимущество: он не для себя – для тех, кто более других нуждается в помощи. Можно сказать, что этот дом – памятник служения профессии.

Удивительно доброжелательный и чуткий человек, характерной чертой которого является личное обаяние, природная скромность, искренняя заинтересованность в успехе, Галина Михайловна заражает всех стремлением к добросовестному труду, передает своим многочисленным ученикам любовь и преданность к профессии.

От всей души поздравляем Галину Михайловну с юбилеем, желаем ей крепкого здоровья, благополучия, творческих успехов, силы духа на долгие годы!





# ОЧИСТКА ВОЗДУХА ОТ ТОКСИЧНЫХ ГАЗОВ



бактерицидная  
эффективность

**99,9%**

производительность

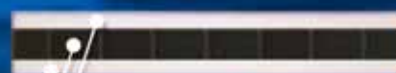
**100 м³/час**



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 ламп                                     |                         | 9000 часов                                                          |                   |
| Фиксация отработанного времени у/ф ламп                  |                         | Цифровой четырехзначный счетчик часов, обнуление при замене ламп    |                   |
| Световая сигнализация                                    |                         | Индивидуальная сигнализация выхода из строя у/ф ламп и вентиляторов |                   |
| Отражение ультрафиолетового излучения                    |                         | Алюминиевое напыление с коэффициентом отражения более 86%           |                   |
| Защита от ультрафиолетового излучения                    |                         | Экранная светонепроницаемая, 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](http://www.kront.com), [kront.rf](http://kront.rf)

# Опыт проведения профилактики и диспансеризации в многопрофильной медицинской организации



**Воропаева Л.А.,**

заведующая кафедрой управления и экономики здравоохранения медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»



**Старостина Т.В.,**

зам. главного врача по амбулаторно-поликлинической работе



**А.В. Аверин,**

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



ликлиники, женскую консультацию и четыре офиса врачей общей практики.

## Создание Центра здоровья: основные организационные вопросы

С декабря 2009 г. на базе поликлиники № 1 функционирует Центр здоровья, созданный в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». При его создании были успешно решены серьезные организационные вопросы.

Одним из первых организационных вопросов при его создании стало проектирование размещения кабинетов. В условиях поликлиники проведение осмотров и диагностических обследований должно осуществляться в одном месте. Для этих целей был выделен отдельный блок и перегруппированы кабинеты с приоритетом компактного размещения в рамках структуры Центра. В результате он был организован как единое структурное подразделение со службой диагностического обследования, забора крови и врачебного осмотра. Это позволило улучшить качество обслуживания пациентов и организовать единую поточную систему прохождения осмотров.

Второй вопрос касался формирования потока пациентов. Врачи-терапевты провели серьезную информационную работу по привлечению населения. Информацию о работе Центра разместили на сайте больницы и опубликовали в печатных изданиях. Кроме того, была организована выездная работа специалистов Центра. В результате открытие Центра вызвало значительный интерес у населения. В первое время основной поток составляли лица пожилого возраста. Это потребовало изменить работу по привлечению населения других возрастов и сделать акцент на информировании лиц молодого и среднего возраста. В ходе выездов специалистов Центра были проведены обследования с использованием газоанализатора, спирометра, кардиовизора, распространялись информационные листки по вопросам профилактики.

Третий вопрос, который необходимо было решить, – это взаимодействие Центра с врачами поликлиники по обеспечению преемственности в ведении обследованных и разработке совместных профилактических программ. Для решения этой задачи в структуре Центра сформировали ресурсный центр оздоровительных тех-

Городская клиническая больница № 1 г. Чебоксары (далее – ГKB № 1) – одна из крупнейших медицинских организаций Чувашии, которая динамично и успешно развивается и имеет два многопрофильных стационара, два акушерских стационара, три по-



нологий, в котором проходят занятия школ здоровья.<sup>1</sup>

Организация обслуживания населения в отделении медицинской профилактики

В структуре поликлиники № 1 функционирует отделение медицинской профилактики. По штатному расписанию в отделении шесть ставок сестринского персонала, включая ставку старшей медицинской сестры. Квалификационный состав сестринского персонала отделения представлен в табл. 1.

Таблица 1

Квалификационный состав сестринского персонала отделения медицинской профилактики

| Характеристика                                                                                                                                     | Общее количество |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------|
|                                                                                                                                                    | абс.             | %     |
| Специалисты со средним медицинским образованием                                                                                                    | 6                | 100   |
| В том числе специалисты с повышенным уровнем образования                                                                                           | 2                | 33,3  |
| Специалисты, имеющие сертификат                                                                                                                    | 6                | 100,0 |
| Сестринский персонал, прошедший обучение в 2014 г., в том числе:<br>– специализацию;<br>– усовершенствование;<br>– тематическое усовершенствование | 2                | 33,3  |
|                                                                                                                                                    | –                | –     |
|                                                                                                                                                    | 1                | 16,7  |
| Специалисты, имеющие квалификационные категории:                                                                                                   |                  |       |
|                                                                                                                                                    | 6                | 100,0 |
|                                                                                                                                                    | 4                | 66,6  |
|                                                                                                                                                    | 1                | 16,7  |
|                                                                                                                                                    | 1                | 16,7  |

Из табл. 1 видно, что 100,0% сестринского персонала отделения имеют сертификат специалиста и квалификационные категории. За 2014 г. две медицинские сестры отделения прошли обучение в Чебоксарском медицинском колледже, одна из них прошла тематическое усовершенствование по циклу «Профилактика инфек-

ционных заболеваний и формирования здорового образа жизни».

Заведующий отделением имеет высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело» и высшую квалификационную категорию по специальности «Управление сестринской деятельностью». Старшая медицинская сестра отделения имеет повышенный уровень подготовки по специальности «Организатор сестринского дела», высшую квалификационную категорию по специальности «Сестринское дело» и стаж работы в отрасли здравоохранения 35 лет. Таким образом, в отделении медицинской профилактики задействованы медицинские сестры с различным уровнем подготовки.

В структуре отделения функционирует кабинет диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, который работает с 8:00 до 20:00 в будни и с 8:00 до 14:00 в субботу. Здесь осуществляется первый этап диспансеризации. Он включает в себя анкетирование на выявление хронических неинфекционных заболеваний, антропометрию и измерение артериального давления.

С целью привлечения граждан врачи общей практики распространяют среди прикрепленного населения памятки с информацией о возрастных категориях, подлежащих осмотрам, и номерами телефонов кабинета диспансеризации. Информация о диспансеризации освещается в средствах массовой информации и публикуется в печатных изданиях.

Информация о диспансеризации также имеется на официальном сайте ГКБ № 1 (<http://www.gkb1.org>). В линейке новостей государственной телевизионной и радиовещательной компании «Чувашия» размещен видеорепортаж о диспансеризации в ГКБ № 1 (<http://chuvashia.rfn.ru/rnews.html?id=48155>).

Функциональные обязанности медицинской сестры кабинета диспансеризации и профилактических медицинских осмотров

Медицинская сестра:

- под руководством заведующего отделением координирует дея-

тельность медицинских работников в части выявления факторов риска здоровья населения, пропаганды медицинских и санитарно-гигиенических знаний, формирования здорового образа жизни;

- участвует в проведении первого этапа диспансеризации (скрининга) с целью выявления у граждан признаков хронического неинфекционного заболевания, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ, который включает в себя опрос (анкетирование), антропометрию, измерение артериального давления;
- оформляет под контролем заведующего отделением первичную медицинскую документацию для проведения диспансеризации (информированное согласие, талон амбулаторного пациента с временным приложением, маршрутную карту, анкету, карту учета диспансеризации и паспорт здоровья);
- систематически повышает свою квалификацию путем изучения соответствующей литературы, участвует в конференциях, семинарах, не реже одного раза в пять лет обучается на курсах повышения квалификации;
- объясняет пациентам способы и порядок подготовки к лабораторным, инструментальным исследованиям;
- участвует в проведении санитарно-просветительной работы среди населения;
- соблюдает «Этический кодекс медицинской сестры России» (РАМС).

С целью прохождения диспансеризации разработан и утвержден приказом главного врача ГКБ № 1 маршрут движения пациентов. Новшеством нового порядка диспансеризации является двухэтапный принцип ее прохождения. На первом этапе проводятся анкетирование, антропометрия и лабораторно-инструментальные исследования. Затем пациент направляется в диагностические и смотровые кабинеты.

Согласно маршруту прохождения диспансеризации кабинеты для прохо-

<sup>1</sup> Голенков А.В., Марков Д.С., Воропаева Л.А., Аверин А.В., Спиридонова Т.К. Организация центра здоровья на базе городской клинической больницы // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. – 2012. №11. С. 18–25.





ждения осмотров расположены на первых трех этажах поликлиники № 1.

На первом этаже расположены кабинеты процедурный и приема анализов.

В процедурном кабинете проводится забор крови для определения общего холестерина и глюкозы крови; клинический анализ крови; клинический анализ крови развернутый; анализ крови биохимический.

В кабинете приема анализов проводится их прием (общий анализ мочи; исследование кала на скрытую кровь (для граждан 45 лет и старше).

На втором этаже расположены кабинеты ЭКГ, флюорографии, маммографии, УЗИ и офтальмологический.

В кабинете ЭКГ проводится электрокардиография для всех граждан, проходящих диспансеризацию.

В кабинете флюорографии проводится флюорография легких.

В офтальмологическом кабинете проводится измерение внутриглазного давления (для граждан 39 лет и старше).

Кабинет маммографии предназначен для ее проведения (для женщин 39 лет и старше).

В кабинете УЗИ проводится исследование органов брюшной полости (для граждан в возрасте 39 лет и старше).

На третьем этаже расположен смотровой кабинет. В нем осуществляется осмотр акушерки и гинеколога с взятием мазка с шейки матки на цитологическое исследование.

В заключение первого этапа диспансеризации проводится прием участковыми врачами-терапевтами или врачами общей практики, включающий определение группы состояния здоровья, группы диспансерного

наблюдения (с учетом заключения врача-невролога), проведение краткого профилактического консультирования здоровых граждан и граждан с определившимся диагнозом, не требующих дополнительного обследования на втором этапе диспансеризации.<sup>2</sup>

Помимо кабинета диспансеризации и профилактических медицинских осмотров первый ее этап осуществляется в кабинетах врачей общей практики и поликлиники № 3 согласно разработанному и утвержденному маршруту.

В кабинетах офисов врачей общей практики и поликлиники № 3 проводится электрокардиография, осуществляется забор анализов и заполняется маршрутная карта. Затем пациент направляется в диагностические и смотровые кабинеты поликлиники № 1.

Пациенты, нуждающиеся в дообследовании, направляются на второй этап, который включает в себя дополнительные лабораторно-инструментальные исследования и консультации узких специалистов.

Все граждане по результатам диспансеризации разделяются на три большие группы: относительно здоровые (I группа состояния здоровья), лица с высоким и очень высоким суммарным риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (II группа) и больные (III группа). Граждане II группы подлежат наиболее активному профилактическому вмешательству в рамках диспансеризации (углубленное и групповое профилактическое консультирование).

2 Воропаева Л.А., Аверин А.В. Роль отделения медицинской профилактики в проведении диспансеризации // Главная медицинская сестра. 2013. № 8. С. 22–40.

## Статистика диспансеризации в ГКБ № 1

Прикрепленное население ГКБ № 1 составляет 91 924 чел. Количество граждан, подлежащих диспансеризации по плану в 2014 г., – 24 601 чел. Это составляет 26 % от прикрепленного населения. В ГКБ № 1 за 2014 г. прошли диспансеризацию 24 608 чел.

По результатам диспансеризации за 2014 г. установлено диспансерное наблюдение за 10 473 чел. (42,5 %), назначено лечение – 11 601 чел. (47,1 %).

Общее число работающих граждан, прошедших диспансеризацию за 2014 г. составляет 13 609 чел. (55,3 %), неработающих граждан – 9890 чел. (40,2 %), обучающихся в образовательных организациях по очной форме – 1109 чел. (4,5 %).

Факторы риска развития заболеваний, выявленные в процессе прохождения диспансеризации, представлены на рис. 1.

Как видно на рис. 1 на первом месте среди выявленных факторов риска – нерациональное питание (67,2 %), на втором – дислипидемия (39,1 %), на третьем – низкая физическая активность (28,7 %).

В процессе прохождения диспансеризации выявлено подозрений на наличие заболеваний у 4016 чел., что составляет 16,3 % обследованных. Структура выявленных подозрений на наличие заболеваний представлена на рис. 2.

Как видно на рис. 2, на первом месте среди выявленных подозрений на наличие заболеваний – болезни системы кровообращения (46,2 %), на втором – болезни мочеполовой системы (14,1 %), на третьем – болезни органов пищеварения (9,9 %).

В процессе прохождения диспансеризации выявлены заболевания у 3620



Рис. 1. Факторы риска развития заболеваний

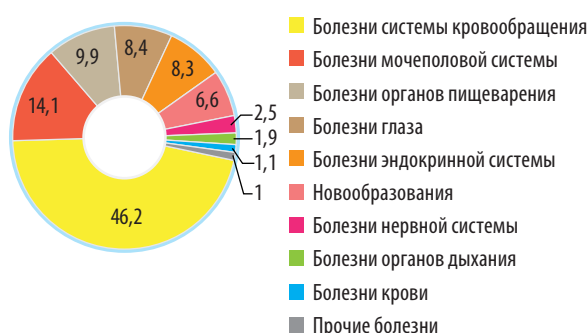


Рис. 2. Структура выявленных подозрений на наличие заболеваний

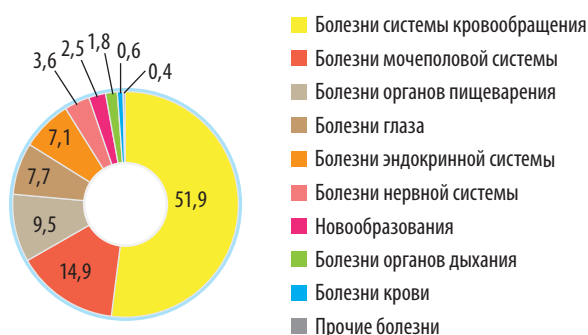


Рис. 3. Структура выявленных заболеваний

чел., что составляет 14,7% обследованных. Структура выявленных заболеваний представлена на рис. 3.

Как видно на рис. 3, на первом месте среди выявленных заболеваний – болезни системы кровообращения (51,9%), на втором – болезни мочеполовой системы (14,9%), на третьем – болезни органов пищеварения (9,5%).

### Организация работы школ для пациентов

Граждане, отнесенные к II и III группам, направляются в школы пациентов. В процессе обучения создается атмосфера коллектива, нивелируется чувство одиночества, улучшается эмоциональный контакт.

Работа в школах пациентов ведется в соответствии с приказом по ГКБ № 1, положением об их организации и разработанными учебно-тематическими планами. Программа обучения строится из цикла занятий продолжительностью до одного часа. Всего в цикле 2–4 занятия в зависимости от целевой группы.

Организованы школы для пациентов с артериальной гипертонией, хронической сердечной недостаточностью, сахарным диабетом, хронической обструктивной болезнью легких, преодоления табачной зависимости, здорового образа жизни, профилактики онкологических заболеваний, рационального питания и коррекции массы тела, профилактики инсульта.

За 2014 г. в рамках диспансеризации проведено групповое профилактическое консультирование – 5102 чел.

Занятия в школах проводят врачи Центра здоровья. Значительная часть работы возложена на сестринский персонал. Медицинские сестры обучают необходимым навыкам и умениям. Активно применяются метод наглядной пропаганды – это плакаты, рисунки, фотографии и видеофильмы.

Деятельность медицинских сестер школы заключается в следующем:

- пропаганда здорового образа жизни среди населения;
- оказание пациентам моральной поддержки в процессе обучения;
- контроль посещаемости занятий;
- подготовка наглядного материала в пределах своей компетенции.

Старшая медицинская сестра в работе школ выполняет функции:

- контроль за выполнением графика работы школ;
- контроль качества работы сестринского персонала;
- проведение систематической санпросветработы среди пациентов;
- подготовка отчета о численности обучающихся в отдел медицинской статистики;
- соблюдение подчиненными «Этического кодекса медицинской сестры» (РАМС).<sup>3</sup>

### Выводы

Организация автономной деятельности медицинских сестер амбулаторно-поликлинического профиля способствует повышению качества и доступности медицинской помощи населению, реализации делового и творческого потенциала сестринского персонала и росту значимости и престижности профессии.

Отделение медицинской профилактики и Центр здоровья явились ключевыми звеньями в организации и проведении диспансеризации. Это те структуры, которые на деле занимаются формированием здорового образа жизни у населения, взяв на себя решение важнейшей задачи профилактики заболеваний, коррекции факторов риска и сохранения физического потенциала граждан.

Организация отделений (кабинетов) медицинской профилактики и центров здоровья в регионах России дает возможность населению получить информацию о здоровом образе жизни и узнать о собственных факторах риска развития заболеваний.

Опыт проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров в ГКБ № 1, г. Чебоксары с полным основанием можно считать положительным.

3 Воропаева Л.А., Аверин А.В., Дубов В.В., Спиридонова Т.К. Опыт работы школ для пациентов в рамках диспансеризации населения // Главная медицинская сестра. 2013. № 10. С. 49–64.

# ПЕРЕНИМАЕМ ОПЫТ

## РАБОТА ЭНДСКОПИЧЕСКИХ МЕДСЕСТЕР ЗА РУБЕЖОМ



**Коровина Евгения,**  
старшая медсестра, Ярославская  
клиническая онкологическая  
больница, отделение оперативной  
и диагностической эндоскопии

Создание эндоскопической секции РАМС – большое достижение медицинских сестер эндоскопической службы. Членство в Европейской ассоциации эндоскопических медсестер (ESGENA) предоставило российским специалистам возможность познакомиться с работой европейских коллег.

Возможности нас окружают, надо только успеть их заметить, приложить силы и время, чтобы ими воспользоваться, не испугаться трудностей и проявить настойчивость. Все это потребовалось, когда я смогла более детально ознакомиться с содержанием веб-сайта Европейской ассоциации эндоскопических медсестер (ESGENA), где обнаружила информацию о проведении различных мероприятий и стажировок для сестер, о возможности подать заявку на финансирование такой стажировки на конкурсной основе. Уже на этапе подачи документов потребовалось знание английского, это неременное условие для прохождения стажировки.

После небольших волнений, связанных с подачей документов, пришел долгожданный ответ – мне повезло выиграть в конкурсе и исполнить мечту – пройти повышение квалификации на рабочем месте в Хорватии. Руководство Ярославской клинической онкологической больницы одо-

брило мое желание повышения профессионализма.

Стажировка проходила в течение двух недель в первой половине августа.

Руководителем и наставником курса стала Ядранка Брляк, старшая медицинская сестра отделения эндоскопии и гастроэнтерологии Центрального госпиталя города Загреб. Стажировка позволила получить ответы на самые актуальные вопросы – каков уровень образования и подготовки медицинских сестер в Хорватии, как осуществляется допуск к работе, каковы функции медсестры, как обстоят дела с правовыми и этическими требованиями к сестринской практике.

В ближайшее время в России будут внедрены профессиональные стандарты и опыт европейских коллег будет востребован в нашей работе.

Начнем с того, что медицинская сестра действует в тесном контакте с пациентом, именно она обеспечивает соблюдение правовых и этических норм, подробно объясняя пациенту цель каждой манипуляции, получая его согласие на предстоящие манипуляции и

исследования, фиксируя это в соответствующих документах.

Деятельность персонала основывается на Европейских стандартах оказания медицинской помощи и комплексного ухода за пациентами.

В ходе стажировки мы познакомимся с Европейскими стандартами дезинфекции и стерилизации эндоскопического оборудования и инструментария, а так же техникой безопасности на рабочем месте.

Ядранка Брляк объясняла роль медицинской сестры при проведении различного вида эндоскопических вмешательств, здесь также все подчинено стандартизации.

Медицинские сестры Хорватии работают в соответствии с утвержденными стандартами подготовки пациентов к различным видам диагностических и лечебных манипуляций в эндоскопии, используют в своей практике стандарты оказания экстренной помощи при возникновении неотложных состояний у пациентов до, во время и после проведения эндоскопических манипуляций.



Коллектив эндоскопического отделения центрального госпиталя г. Загреб





Каждая медсестра имеет свои функциональные обязанности, которые, кстати говоря, гораздо шире по сравнению с принятыми в России, ведет документацию по выполнению всех эндоскопических вмешательств.

В состав отделения эндоскопии и гастроэнтерологии входят палаты интенсивной терапии (2 палаты на 4 койки каждая), и медицинские сестры осуществляют наблюдение, выполнение врачебных назначений и уход за пациентами.

У медицинских сестер среднее медицинское образование (колледж), у старших и главных медицинских сестер обязательно имеется дополнительное образование по менеджменту. Медицинские сестры постоянно повышают свой профессиональный уровень – принимают участие в тренингах и конференциях. Каждая медсестра обязательно один раз в год сдает квалификационный экзамен.

Важным разделом работы медсестры является психологическая подготовка пациента к предстоящим исследованиям, организация наблюдения за пациентами во время седации и после нее. При записи на эндоскопиче-

ское исследование или операцию пациенту на руки выдаются подробные инструкции по подготовке к предстоящей манипуляции.

Всем пациентам, которым планируется седация, проводится постановка периферического катетера. Во время манипуляций ведется мониторинг состояния пациента, отслеживаются жизненно важные функции организма (пульс, АД, ЭКГ, оксигенация). Наблюдение проводится непосред-

ственно в кабинете или операционной и, если этого требует состояние пациента, после вмешательства его переводят в палату в этом же отделении, под наблюдением дежурного персонала. В обязательном порядке ведется лист наблюдения для всех пациентов, проходивших эндоскопические исследования или оперативные вмешательства под седацией.

Меры профилактики и индивидуальной защиты для персонала, так же методы создания безопасной среды для пациента – важная часть функций медсестры.

В состав стационарного подразделения эндоскопического отделения входят кабинеты для выполнения эндоскопических исследований и вмешательств, кабинет эндоскопической ультрасонографии, кабинет обработки эндоскопических аппаратов и инструментов, регистратура, а также две палаты интенсивной терапии на четыре койки каждая.

В штат отделения входит стационарная и поликлиническая служба. Общее количество сотрудников – 23 медицинских сестры, 7 врачей и 2 медрегистратора.

Старшая медсестра каждый месяц составляет график работы сотрудников отделения и распределяет кто из медсестер где будет работать в следующем месяце (стационар, поликлиника, палаты интенсивной терапии), также ежедневно старшая медсестра распределяет медсестер по рабочим кабинетам (гастроскопии, колоноскопии, эндосонографии, операционная). Строгой нагрузки нет. Коллектив очень дружный и все стараются друг другу помочь.

Стационарное подразделение предназначено для выполнения диагностических и лечебных эндоскопических манипуляций. В спектр манипуляций входят: эндоскопическая ультрасонография, видеокапсульная эндоскопия, энтероскопия, увеличительная эндоскопия, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.

В подразделении выполняются эндоскопическая резекция слизистой оболочки, диссекция в подслизистом слое, эндоскопическое стентирование, баллонная дилатация стриктур пищеварительного тракта и панкреатобилиарной системы, остановка кровотечений.

Поликлиническое подразделение состоит из 3 эндоскопических кабинетов, комнаты обработки эндоскопических аппаратов и инструментов, регистратуры.

График моей учебы был организован в соответствии с графиком работы отделения эндоскопии. Под руководством старшей медицинской сестры Ядранки Бряляк мне довелось принять участие в диагностических и лечебных эндоскопических процедурах в качестве наблюдателя. На второй неделе обучения у меня была возможность ассистировать при проведении диагностических и лечебных манипуляций, таких как EMR, RSP, ESD.

Итогом стажировки стало приобретение опыта работы в системе Европейских стандартов оказания медицинской помощи и комплексного ухода за пациентами. Хочется верить, что практика зарубежных и внутрироссийских стажировок будет постепенно развиваться в нашей стране и даст возможность повышения квалификации многим российским специалистам. Ведь в конечном итоге все это ведет к повышению качества сестринской помощи.



# МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕНЬ МЕДСЕСТРЫ-2015

«МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ – ДВИЖУЩАЯ СИЛА ПЕРЕМЕН ПО ОКАЗАНИЮ ЭФФЕКТИВНОЙ И ЭКОНОМИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

Затраты на здравоохранение растут во всем мире. Обусловлено это в значительной мере тяжелым и растущим бременем распространения хронических заболеваний, психических расстройств, постарением населения, возникновением инновационных дорогостоящих методов лечения, а также растущими ожиданиями населения. Финансовые затраты на здравоохранение становятся

серьезным бременем для систем здравоохранения и населения. Ежегодные затраты на здравоохранение во всем мире достигают порядка 5,3 триллионов долларов. При всем этом медицинской помощи не хватает, ожидания населения экономически благополучных стран часто не оправдываются, а население стран с неустойчивой экономикой страдает и от нехватки помощи, и от ее полного отсутствия. Проблема

приобретает все более острый характер, ведь медицинская помощь призвана обеспечить главное и самое ценное для каждого человека – жизнь и здоровье его и его близких. Поиск решений ведется самыми разными международными и национальными организациями, не могут стоять в стороне от этого вопроса и профессиональные сестринские ассоциации. Обращивая пристальное внимание на проблему эффективности здравоохранения и экономических проблем, стоящих на пути предоставления всем жителям планеты столь нужной помощи, Международным советом медсестер было принято решение о девизе этого года, был разработан соответствующий документ, отражающий самые разнообразные аспекты проблемы, дающий примеры успешного ее решения силами медицинских сестер.

## Источники напрасных расходов в здравоохранении

Финансовых средств здравоохранению не хватает, однако и имеющиеся ресурсы не всегда расходуются рационально. В документе МСМ отмечается, что во всем мире до 1,2 триллиона долларов, а эта сумма составляет половину всего бюджета здравоохранения США, тратится напрасно. К обоснованным затратам ведут различные причины, в США среди таких причин так называемая «оборонительная медицина» – врачи стараются назначить пациентам побольше медикаментов и процедур, без которых можно было бы обойтись, чтобы избежать судебных исков от пациентов. Другим фактором, увеличивающим затраты на лечение, является несоблюдение пациентами назначенного лечения.

Большое беспокойство вызывают и факты коррупции. По оценкам экспертов, до 6% глобального бюджета здравоохранения утрачивается в результате коррупции и ошибок.

Международный совет медсестер

## МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ – движущая сила перемен

ЭФФЕКТИВНАЯ ПОМОЩЬ

ЭКОНОМИЧНАЯ ПОМОЩЬ

Укрепление здоровья и благополучия

12 мая 2015  
Международный день  
медицинской сестры

АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS

## АКУШЕРКИ ЗА ЛУЧШЕЕ БУДУЩЕЕ



Лидеры Международной конфедерации акушеров (МКА) убеждены – в этом году международный день акушерки важнее, чем когда-либо ранее. В сентябре подходит к окончанию работа под эгидой определенных ранее Организацией Объединенных Наций целей развития тысячелетия, у специалистов появляется последний шанс ярко осветить практику акушеров, прежде чем мир войдет в новую эру.

МКА призывает акушеров и акушерские ассоциации всего мира подчеркнуть важность вовлечения акушеров в процессы развития в новой эре. «Акушерки за лучшее будущее» – этот девиз демонстрирует, что акушерки должны участвовать в дости-

жении новых целей человечества, которые были обозначены как цели устойчивого развития, для обеспечения лучшего будущего для матерей, новорожденных и семей.

неправильно, нарушают схемы лечения, что требует замены препаратов на более дорогостоящие, ведет к росту лекарственной устойчивости возбудителей болезней к лекарственным средствам.

Не стоит забывать и о проблеме медицинских ошибок. В США серьезные медикаментозные ошибки ежегодно достигают 3,8 миллиона случаев при стационарном лечении и 3,3 миллионов случаев – при амбулаторном, приводя к дополнительным затратам, достигающим 20,6 миллиардов долларов.

Внутрибольничные инфекции и пролежни – это еще две статьи дополнительных расходов, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи, приводящие и к необходимости использования медикаментов и расходных материалов, а также к удлинению сроков госпитализации.

## Роль медицинских сестер в достижении эффективной и экономической помощи

Всем известна истина – чем лечить заболевание, лучше предотвратить его возникновение. И здесь ключевая роль принадлежит именно медицинским сестрам. Профилактическая медицина лучше развита в тех странах, где отлажена работа первичного сектора здравоохранения. По имеющимся экспертным данным в таких странах здоровье населения крепче, хотя затраты на оказание медицинской помощи ниже.



Свой вклад в увеличение стоимости здравоохранения вносит неадекватное назначение препаратов, использование «брендовых» лекарств при наличии менее дорогих, но эффективных дженериков, сверхчастое назначение

антибиотиков и препаратов в инъекционной форме.

Проблему усугубляют не только действия медицинских работников, но и самих пациентов – до половины из них принимают прописанные препараты

Уважаемые коллеги!

Затраты на оказание медицинской помощи повсеместно растут, становясь тяжелым бременем для систем здравоохранения и жителей всего мира. При этом медицинские сестры, как представители самой многочисленной профессиональной группы в здравоохранении, способны стать движущей силой позитивных перемен – повышения ее эффективности и оптимизации экономических затрат, обеспечивая при этом высокое качество и достижение пациентами желаемых результатов лечения.

Те решения, которые каждая медицинская сестра ежедневно принимает, тесным образом связаны с результативностью и эффективностью всей системы здравоохранения. Медицинские сестры являются своего рода центром принятия взвешенных решений, определения баланса в триаде «качество–доступность–стоимость». Поэтому очень важно, чтобы политики и лидеры сестринского дела, а также все медицинские сестры сосредоточились на роли сестринского персонала в обеспечении эффективной и экономической медицинской помощи. Это, в свою очередь, является основой для достижения справедливого доступа к лечению, обеспечения всех нуждающихся медицинской помощью и улучшения состояния здоровья людей во всем мире.

Тема этого года «Медицинские сестры – движущая сила перемен по оказанию эффективной и экономической медицинской помощи» отражает приверженность Международного совета задаче укрепления систем здравоохранения во всем мире. Мы осознаем, что здоровье не может быть сохранено без участия медицинских сестер и без наших активных действий и работы на всех уровнях здравоохранения.

*Джудит Шамиан, президент МСМ  
Дэвид Бентон, исполнительный директор*



Одной из наиболее результативных стратегий в экономном использовании ресурсов здравоохранения является расширение ролей сестринского персонала. Все большее число стран внедряет роли самостоятельно практикующей медсестры / медсестры с широкими функциональными обязанностями. Обязательным условием для вступления в практику для таких специалистов становится наличие высшего образования уровнем не ниже магистратуры.

Исследованиями подтверждено, что благодаря внедрению этой роли повышается доступность здравоохранения и сокращаются очереди пациентов, ожидающих приема. Самостоятельно практикующие медсестры оказывают пациентам с неосложненными заболеваниями помощь на уровне врачебной, отлично они справляются и с рутинным ведением пациентов с хроническими заболеваниями. Более того, многочисленные исследования подтверждают высокую степень удовлетворенности пациентов такой расширенной сестринской помощью, поскольку медсестры склонны уделять пациенту больше времени, информировать и консультировать его.

Реализуя разнообразные проекты, медицинские сестры повышают эффективность медицинской помощи, параллельно снижая ее стоимость. Примеров тому множество. Так, в Великобритании за 2009–2010 гг. силами 453 медицинских сестер со специализацией в кардиологии было осмотрено 11 645 пациентов, выполнено 171 449 телефонных консультаций, проведено 9658 учебных занятий, благодаря чему количество госпитализаций, связанных с сердечными заболеваниями, снизилось на 8438 случаев. Меди-

Уважаемые коллеги!

Замечательных примеров сестринской практики, способствующей и скорейшему выздоровлению пациентов, и более эффективному их лечению, и доступности помощи достаточно уже и в России. Силами активных и целеустремленных лидеров сестринской профессии в разных уголках нашей страны внедряются в жизнь новые сестринские услуги, которые с благодарностью встречают пациенты. И, напротив, нехватка медицинских сестер и акушеров лишает медицинской помощи сразу значительные группы населения.

Опираясь на имеющиеся данные, на отличные показатели сестринской практики в России и за рубежом, мы должны с удвоенными силами и уверенностью отстаивать свои инициативы и предложения, защищать медицинских сестер и отстаивать их интересы на всех уровнях управления здравоохранением.

Будучи членами профессиональных ассоциаций, вы можете с опорой на взаимную поддержку достигать наилучших результатов в организации труда, в его безопасности, в его материальном обеспечении, в тех структурных преобразованиях, которые могут содействовать освобождению сестер от несвойственных их профессии обязанностей и увеличению времени на непосредственную заботу о пациентах и их близких.

Нам с вами, как никому другому, известно, что в самые тяжелые минуты болезни каждый пациент ждет помощи, чуткости и внимания именно от медицинской сестры. Давайте сделаем все возможное, чтобы эта помощь была своевременна, доступна и качественна для каждого, кто ее ждет!

**В.А. Саркисова,**  
президент ПАМС, председатель Европейского форума  
национальных сестринских и акушерских ассоциаций

цинские сестры посещают пациентов на дому, оценивают и корректируют прием медикаментов, обучают и поддерживают.

Медицинские сестры содействуют улучшению снабжения медицинских учреждений оборудованием и расходными материалами – разбираются в том, что эффективнее и дешевле, улучшают процессы коммуникации, противостоят ВБИ, ищут максимально результативные пути выхаживания пациентов, их реабилитации...

Документ Международного совета дает хорошую пищу для размышлений – в разных странах медицинские

сестры внедряют проекты совершенствования помощи и измеряют как достигнутые показатели здоровья, так и затраченные ресурсы. Такие исследования помогают медицинским сестрам отстаивать свою позицию в необходимости развития и поддержки сестринских служб и вносят огромный вклад в защиту здоровья населения. Задача профессиональных ассоциаций состоит в том, чтобы всецело поддерживать инициативы медицинских сестер, освещать их, делать доступными общественности, доказывать и убеждать руководителей всех рангов прислушиваться к голосу медицинских сестер!





# В памяти и в сердце – НАВСЕГДА

■ **Мухина Людмила Ивановна,**  
преподаватель, врач, заслуженный  
учитель РФ, Кировский медицинский  
колледж

*И жизнь твоя светла и высока,  
Звездой над всеми нами да светится.*

Они познакомились в 1951 году – жили в одном доме воинской части города Кирова, куда приехали с мужьями продолжать «служить» после многих городов Советского Союза. Обе фронтовички, одна медицинская сестра, другая –

фельдшер. Галина Васильевна Юрченко и моя мама, Ерок Валентина Васильевна, встретились в тихом провинциальном городе, который подарил им дружбу на всю дальнейшую жизнь. Вместе проводили праздники, участвовали в самодеятельности, гуляли по Заречному парку, ездили за грибами, растили детей, а потом и внуков, радовались жизни, поддерживали друг друга, когда «ушли» мужья. Вместе вспоминали свои военные годы, боевых друзей, тот радостный победный май 1945 года. Плакали, переживали, как будто всё это было вчера, и каждый год 9 Мая надевали свои боевые награды.

Две женщины – одна из маленького пограничного городка Львовской области, другая из старинного города на Волге Ярославля. Украинка и русская. Их молодость прошла под разрывы бомб, под аккомпанемент автоматных очередей и стоны раненых. Всю свою жизнь они были на «передовой», помогая больным и в мирное время.

В 2013-м не стало Галины Васильевны, тяжело больна моя мама, и я только молю Бога, чтоб дожила она до 70-летия Победы.

Сегодня мой рассказ о них, о подругах, «которые прожили, как люди и для людей».

## «ПОЗНАЛА Я, КАК ПАХНЕТ ПОРОХ...»



Галина Васильевна Юрченко (Заболотная), 1921 года рождения. Во время войны – медицинская сестра госпитального взвода медсанбата. В мирное время – медицин-

ская сестра поликлиники областной клинической больницы г. Кирова. С 1992 года – на пенсии.

Из воспоминаний Галины Васильевны:

*«Вечер 21 июня 1941 года был на редкость тихий, теплый. Возвращались с подружками с танцплощадки не спеша. Хотя было уже поздно, но знали – завтра воскресенье, можно поспать».*

*Вот уже второй год работаю медицинской сестрой в больнице пограничного городка Рава-Русская Львовской области. Городок совсем небольшой, население – местные жители, тысячи две, да семьи пограничников. Нас три подружки: я, Катя и Полинка – все закончили медицинский техникум, работаем вместе, живем вме-*

*сте, на танцы бегаем вместе, когда нет дежурств в больнице.*

*В ту роковую ночь как-то по-особенному пахли цветы. Городок утопал в цветах: пунцовые пионы, огненные настурции, багровые гвоздики. Их пряные запахи растекались по всем улочкам и переулкам».*

*Так все дышало тишиной,*

*Что вся земля еще спала, казалось.*

*Кто знал, что между миром и войной*

*Всего каких-то пять минут осталось.*

М. Луконин

*«...Спали тревожно, часто просыпались: то из-за сильного лая собак, то из-за топота сапог. Но молодость есть молодость, проснулись только в 6 утра, да и то, потому что хозяйка дома сильно стучала в дверь и все время кричала: “Война. Война!!!”»*

Тот июньский день круто изменил жизнь миллионов советских граждан, в том числе и ее – Заболотной Галины. Четыре года безжалостных боев, страданий, горя, слез; четыре года работы до изнеможения, кровь, раны, бинты...

Она прошла от Буга до Волги, от Бреста до Братиславы. *«Было окружение на Украине в составе 297-й стрел-*

*ковой дивизии, выходили группами, в основном по ночам. Кругом немецкая речь, лай овчарок. Очень боялись плена, но повезло, вышли...»* Было ранение в 1942 году вблизи Дона, лечилась в госпитале, и опять на фронт.

*«Война для меня – это, прежде всего, Сталинград»,* – вспоминает Галина Васильевна. В составе 124-й дивизии медицинская сестра госпитального взвода медсанбата – на окраинах города на Волге.

«Во время грандиозной битвы на Волге военные врачи, фельдшера, медицинские сестры и санитары проявили чудеса смелости, героизма, самоотверженности для спасения раненых бойцов и командиров. Многие медики пожертвовали жизнью, выполняя свой врачебный и воинский долг. Их подвиг никогда не изгладится из памяти участников Великой Отечественной войны».

Маршал Советского Союза

В.И. Чуйков

«Днем и ночью непрерывным потоком поступают раненые. Их выносят под сплошным обстрелом артиллерии. Весь медицинский персонал не знает отдыха, не имеет на него морального права. Спешим как можно быстрее и лучше оказать помощь. На нарах, носилках, на полу – всюду бойцы. Их головы, руки, ноги забинтованы. Через бинты просачивается горящей звездочкой кровь. Стоны, ругань, слезы, устремленные в пространство молчаливые глаза, полные скорби. Это пехотинцы, саперы, танкисты. И среди этого моря страданий – мы, медицинские сестры. Усталость валит с ног, но сердце полно сострадания и добра. Мы спешим помочь: где поправить повязку, где дать попить, где просто ласково сказать бойцу: “Потерпи, миленький”. А раненые поступают и поступают...»

2 февраля 2008 года Галина Васильевна побывала в Волгограде с кировской делегацией на праздновании 65-летия битвы на Волге. Поднялась на Мамаев курган. (Сделать это было нелегко, все-таки 84 ступеньки, а лет уже 87). Посмотрела на Дом Павлова, который видела в 1943 году, охваченный пламенем и в руинах. Встретилась с однополчанами.

Фронтовые друзья не напрасно считают себя побратимами – под огнем выковывались, кровью скреплялись душевные привязанности, пронесенные оставшимися в живых через годы и десятилетия.

«Многие приехали издалека, чтобы повидаться друг с другом, вспомнить тяжелые, полные лишений дни работы, когда по несколько суток приходилось не спать, бесменно дежурить, когда стерлись границы дней и ночей, когда жертвовали собой, чтобы спасти жизни раненым бойцам».

«Встреч с фронтовыми друзьями было немало за эти годы (Брест, Донецк, Киев, Калининград), вот только друзья уходят сейчас... быстро».

Кстати, Галина Васильевна в 1945 году вышла замуж за своего однополчанина Юрченко М.М. – фельдшера медсанбата, в дальнейшем подполковника медицинской службы.

«Самое запомнившееся событие в дни войны – это прием в члены коммунистической партии в 1942 году, – вспоминала Галина Васильевна. – Незабываемый, радостный день, который я пронесла через всю жизнь и считаю, что была достойной звания “коммунист”. А почему собственно была (улыбается) – есть! Я и сейчас верю в идеалы КПСС, ну, что делать: так воспитана, так жила, так воевала, что коммунисты – вперед!»

## «Я ПОМНЮ ВСЕ...»



Ерок (Лопатина) Валентина Васильевна, 1922 года рождения. Во время войны – старший лейтенант медицинской службы, фельдшер санитарной роты полка, старшая медсестра госпитального взвода медсанбата. В мирное время – фельдшер здравпункта завода «Маяк». С 1973 года на пенсии.



Из воспоминаний Галины Васильевны:

«9 мая 1945-го наш медсанбат недалеко от Берлина. Победа!

Не описать энтузиазма солдат. Не смолкает стрельба, стреляют из всех видов оружия. Палят в воздух, изливая свою радость.

Победа! Это величайшее счастье – сознание того, что ты помог своему народу победить врага, отстоять свободу Родины. Сознание того, что выполнил свой долг, долг тяжкий и прекрасный, выше которого нет ничего на земле!

А 10–11 мая мы снова принимаем раненых, плачем над каждым погибшим бойцом. Внутри волнение, которое ледяшками покалывает возле сердца – только бы не погибнуть, ведь Победа!»

Закончилась война для Галины Васильевны 12 мая 1945 года под Братиславой, а потом – Россия. Война закончилась, но прежней осталась профессия. Награды: ордена Красной Звезды, Отечественной войны II степени, медали «За боевые заслуги», «За взятие Кенигсберга», «За победу над Германией», медали, полученные в мирное время. Всё это она бережно хранила. С гордостью надевала их на праздники, на встречи с молодежью, в клуб ветеранов. А встреч было много. Галина Васильевна вела довольно активный для своего почтенного возраста образ жизни. Ее часто приглашали в школы, в Кировском медицинском колледже она побывала на 65-летие Победы. Вглядитесь в ее лицо. Оно удивительно прекрасно, озарено светом любви к людям. Только у людей с душой чистой и открытой может быть такое выражение лица – одновременно детское и мудрое, излучающее доброту и жизнелюбие.

«Молодежь! Я желаю вам любви: к Отчизне, к своей профессии, к Человеку! У вас вся жизнь впереди, так пусть она будет яркой, целеустремленной, правдивой. Всегда помните о мужестве своих дедов». Вот такое завещание оставила Галина Васильевна Юрченко молодежи медицинского колледжа.

Заявление в Сталинский райвоенкомат г. Ярославля.

«Дорогой товарищ!

Я обращаюсь к Вам с большой просьбой, которую надеюсь, Вы сможете выполнить.

Я очень прошу Вас взять меня в ряды действующей Красной Армии. Дайте мне любую работу, любое задание, я приложу все силы, чтобы оправдать доверие.

Мне 18 лет, я учусь в фельдшерско-акушерской школе, проходила практику в госпитале, неплохо стреляю.



Неужели я не смогу быть полезной на фронте? Хотя бы в полевом госпитале. Или дайте мне направление в партизанский отряд, куда угодно, только бы бить немцев».

Примерно такое заявление писала В. Лопатина в военкомат зимой 1941 года. И только в апреле 1942 года была мобилизована в действующую армию.

Из воспоминаний Валентины Васильевны:

*«1942 год, весна. Пришла повестка из военкомата – на фронт. Там, на войне, уже два брата, и от них нет ни весточки. Но диплом фельдшера на руках, а за плечами родная фельдшерская школа в самом центре старинного русского города Ярославля. Первое мое направление – Калининский фронт, 111 дивизия, 532 стрелковый полк, фельдшер санитарной роты полка. Эта самая передовая, где оказывается первая медицинская помощь раненым. Кровь, стоны, перевязки, шины и снова перевязки».*

*«Самое запомнившееся событие в Великой Отечественной войне – это работа, работа и работа. Несколько суток без сна и отдыха, под огнем противника, ночью при коптилках. Делали всякую работу порой и за врача, и за санитарку, главное, чтобы облегчить страдания раненым, сделать все возможное, чтобы они выжили».*

*Но юность, есть юность, и у нас она была распахнута жизни во всех проявлениях».*

*...Бои под Ржевом. Гимнастерки пропахли дымом и кровью, уже несколько ночей не спим, так много раненых. Усталость так велика, что едва держимся на ногах. И вот она – долгожданная передышка. Раненые не поступают, поспать бы. Но аккордеон в руках нашего доктора Веры, и пошли звучать песни... Часто мы их пели для раненых, да и для себя».*

Кстати, история с песнями имеет продолжение.

Это случилось лет 20 назад: в магазине, стоя у стола и укладывая продукты в сумку, Валентина Васильевна стала невольным свидетелем разговора двух пожилых мужчин. Они вспоминали дни войны, говорили о своих ранениях, и один из них сказал, что всю жизнь помнит двух молоденьких девушек, которые не отходили от него, тяжелораненого, всю ночь. Они перевязывали его, делали уколы, а еще они пели и как пели! До сих пор, а прошло больше 50 лет, он помнит их голоса.

И тут в разговор вступила Валентина Васильевна. Извинившись, она спросила, на каком фронте это было. «На Калининском, под Ржевом», – ответил мужчина. «Так это мы вам пели», – дрожащим голосом сказала она. И этот, убежденный сединой, немножко грузноватый и, прямо скажем, старый человек, в центре магазина встает на колени перед Валентиной Васильевой, целует ей руки и все время повторяет: «Ты же мне жизнь спасла, родная». Вот такая история.

Боевой орден Красной Звезды, медаль «За отвагу», «За Победу над Германией». И за каждой из этих наград – важный, забываемый этап фронтового пути Валентины Васильевны.

*«За что награды? (задумывается). За работу, наверное. С утра и до утра, без перерыва и отдыха, работали, перевязывали, накладывали жгуты и шины, переливали кровь, эвакуировали раненых. Нелегкое это дело – спасти жизнь раненым воинам».*



Тысячи бойцов и командиров прошли через ее нежные руки, а сколько остались живыми благодаря ей, фельдшеру санитарной роты.

Милосердие не знает страха. Нет, вряд ли это будет правдой. И страх она знала, и отчаяние, и смерти боялась, потому что очень хотела жить.

Вспоминает, улыбаясь: «Совсем рядом строчит пулемет, идет минометный обстрел. Страшно... При каждом взрыве втягиваю голову в плечи. «Бойтесь, девчонки? – это пришел главный врач полка капитан В. Полосин. – Да вы не бойтесь! Вы же знаете, что все – для фронта, все – для победы, поэтому палатки так сделаны, что снаряды от их поверхности как мячи отскакивают». И ведь поверили. Только большой обстрел, мы – в палатки и спокойно работаем. Месяца через четыре, увидев изрешеченную пулями и снарядами палатку, поняли, что капитан нас успокаивал. Но это было сделано вовремя, и мы ему благодарны».

*«Милая Валюша, однопольчанка, фронтовая подруга, коллега, прекрасная женщина!»*

*Сколько тысяч километров, сколько верст прошагали мы с тобой по фронтовым дорогам, спасая многие солдатские жизни в тяжелейших боевых условиях, днем и ночью, в жару и стужу под снарядный вой, где прошла наша молодость».*

*Огромного счастья тебе, здоровья и любви ближних».*

*Владимир Скорик. Апрель, 1998 г., Ессентуки.*

Это посвящение в книге стихов В. Скорика «Версты, версты военной поры». (В. Скорик – старший лейтенант медицинской службы, фельдшер санитарной роты, однопольчанин):

*Версты, версты военной поры:*

*Рубежи, блиндажи, переправы...*

*Скорь в усталых глазах медсестры,*

*Обелиск у притихшей дубравы.*

Фронтовая дружба – еще одна грань жизни военного поколения. На 50-летие Победы Валентина Васильевна отправила 50 открыток. Тогда их, однопольчан, было много и из разных уголков большой страны: Тбилиси и Ужгорода, Рязани и Таллина, Кирова и Сочи, Краснодарского края и Сибири. Они поддерживали друг друга, вспоминали лучшие годы жизни, никогда не делились на национальности, ездили



к друг другу в гости. Сейчас писем от однополчан нет. Да, уходит поколение...

Победа! Она была завоевана в жестокой кровопролитной битве, длившейся 1418 дней и ночей.

Из воспоминаний Валентины Васильевны.

*«Палили из всего, что могло стрелять: винтовок, пистолетов, автоматов, пулеметов и даже орудий и минометов.*

*Трассирующие снаряды и пули расцвели все голубое небо. Это было поистине величественное и красивое зрелище. И день был необычный, неизмеримо радостный, волнующий до слез. Мы в Чехословакии.*

*Победа! Вот он, наконец, наступил светлый день нашей Победы! Мы живы! Но поблескивает непрошенная влага в глазах суровых солдат, крупные слезинки медленно скатываются по щекам девочек: как горько, что нет рядом товарищей, которым не довелось дожить до этого мгновения. Как горько, что Победа – а продолжаем принимать раненых. Как обидно, несправедливо – победа и смерть, радость и слезы.*

*День Победы не забуду до конца своей жизни. Мне 92 года, а я все помню и поныне».*

*«Для меня война – это все, это моя жизнь. Я постоянно возвращаюсь к ней в своей памяти, мыслях, рассказах.*

*Война закалила характер, приучила идти к цели через все препятствия, не бояться никаких трудностей, никакой тяжелой работы. На фронте я встретила свою большую любовь, главного врача полка Ерок Ивана Парфентьевича. Прожила с ним счастливо 47 лет, а теперь, когда его не стало, живу с дочерью, тоже врачом. Кстати, у меня внучка и зять – врачи. Наша медицинская династия».*

Сейчас Валентине Васильевне 92 года. Она тяжело больна. А раньше часто рассказывала о войне, своих товарищах. Говорит она с душевным волнением, красочно, интересно. На этих рассказах выросли я и моя дочь, проявляет к ним большой интерес правнук. Задаёт много вопросов, уточняет, а потом долго перебирает в заветной шкатулке боевые награды своих прадедушки и прабабушки и очень гордится ими. В доме много военных фотографий, которые тщательно хранятся в альбомах, уже некоторые пожелтевшие, несколько обтрепанные, но такие дорогие.

*«Молодежь у нас замечательная. Да, другая, не такая, какими были мы, но замечательная: дерзкая, упорная, ум-*

*ная, не раз доказавшая в трудные минуты, что молодое поколение – достойные преемники своих дедов, – напутствует Валентина Васильевна. – Что пожелать вам, молодые? Живите в согласии со своей совестью, делайте добро, любите свою Отчизну и никогда не допускайте повторения страшной войны».*

«У войны не женское лицо» – мы часто повторяем эти слова. Действительно, у войны не должно быть женского лица. Впрочем, как не должно быть и самих войн. Однако у военной медицины Великой Отечественной войны лицо все-таки женское. Мужественные женщины, делавшие свою нелёгкую работу во имя спасения больных и раненых, прекрасны. Они выносили раненых из-под огня, перевязывали, проводили бессонные ночи у их постелей. О них хочется говорить стихами:

*Когда, упав на поле боя, –  
И не в стихах, а наяву, –  
Я вдруг увидел над собою  
Живого взгляда синеву,  
Когда склонилась надо мною  
Страдания моего сестра, –  
Боль сразу стала не такою:  
Не так сильна, не так остра.  
Меня как будто оросили  
Живой и мертвою водой,  
Как будто надо мной Россия  
Склонилась русой головой!*

И. Уткин

Сейчас, когда после окончания войны прошло уже 70 лет, когда фальсифицируется история войны, когда разжигается ненависть между братскими народами, так важны воспоминания фронтовиков. Да, нелёгко был их труд, тяжелы фронтовые дороги, но они знали, как нужны Родине, какая мощная, сплочённая, многонациональная семья встала плечом к плечу на защиту своего дома. Воспоминания фронтовиков! Какое в них богатство чувств и мыслей! Никогда эти воспоминания не утратят могучей силы воздействия. На редкость простые, они ярко раскрывают величие народа в Великой Отечественной войне.

Поколение фронтовиков – удивительное, бескорыстно преданное идеалам, стойкое, справедливое, уходящее...

*...Да что года мне!  
Юность, старость...  
Я счастлив, что живу, пою,  
Делю с Отчизной горе, радость,  
Своей ей сердце отдаю.*

В. Скорик

Бог дал два колена человеку, чтобы преклонить их перед учителем и врачом. Но перед этими дорогами женщинами – ветеранами войны, я хочу преклонить оба, низко склонить голову и опустить лицо в их ладони, чтобы закрыли они меня от бед и невзгод сегодняшней жизни, чтобы, прикоснувшись к ним, почувствовать себя защищённой, чтобы их тепло и жизненная сила исцелили мне душу.

Мы никогда не сможем в полной мере отблагодарить наших ветеранов за эту победу, потому что она бесценна – для каждого из нас и для целой страны. Спасибо! Спасибо вам за прошлое и настоящее!

# Изучение терапевтической и экономической эффективности препаратов нового поколения при уходе за пролежнями, трофическими язвами



■ **Подопригора Г.М.,**  
СЗ ГМУ им. И.И. Мечникова, доцент,  
канд. мед. наук, президент Санкт-Петербургского регионального отделения «Ассоциация медицинских сестер России»



■ **Цуцунава М.Р.,**  
BSC, MS, руководитель отдела  
дополнительных образовательных  
программ МК СПбГУ

## Введение

Достижения современной медицины во всех областях здравоохранения отразились на продолжительности жизни и существенно повысили шансы преодолеть заболевания и пережить травмы, которые еще не так давно считались несовместимыми с жизнью. Когда продолжительность жизни пожилого человека определялась появлением первого серьезного заболевания, проблем в области гериатрии не было. Однако эта тенденция обратилась вспять. Эти факторы привели к ряду серьезных проблем, одной из которых стали пролежни. Пролежни являются результатом ишемического поражения тканей в местах длительного давления, причем у лиц пожилого возраста их об-

разование происходит в течение нескольких дней. В данной патологии имеет место огромное количество факторов риска, основными из которых являются мальнутриция, длительная иммобилизация, неврологический дефицит, контрактуры, недержание мочи и кала, сахарный диабет, деменция, инфекционная патология, нарушения периферического кровообращения и применение медикаментов (цитостатики и пр.). По статистике 70 % всех случаев пролежней встречается в возрасте старше 70 лет [1].

Лучший способ лечения пролежней – это профилактика их образования. Успешное решение этой задачи помогло бы сэкономить и деньги, и время, а также избавить пациентов от страданий как физических, так и физиологических. Основная роль в профилактике и управлении патологическим процессом принадлежит медицинской сестре. С 2002 года действует Отраслевой стандарт ОСТ «Протокол ведения больных. Пролежни» (ОСТ 91500.11.0001-2002) (Приложение № 1 к Приказу № 123 от 17 апреля 2002 г.), ожидаемыми результатами которого были, в частности:

- повышение качества и снижение стоимости лечения пациентов в связи с внедрением ресурсосберегающих технологий;
- повышение качества жизни пациентов, имеющих риск развития пролежней;
- введение современных систем оценки риска развития пролежней, составление программы профилактики, снижение частоты развития пролежней и предупреждение инфекции пролежней;
- своевременное лечение пролежней в зависимости от их стадии.

Однако, как известно, все стандарты до 2013 года носили рекомендательный характер, поэтому сегодня можно только предположить, учитывая факты

о нерешенности проблемы, что положения упомянутого стандарта едва ли реализуются, и Учетная форма № 003-2/у «Карта сестринского наблюдения за больными с пролежнями» (Приложение № 2 к Приказу № 123 от 17 апреля 2002 г.) остается только на бумаге.

Пролежни остаются нерешенной проблемой здравоохранения, особенно у пожилых людей с физическими ограничениями или прикованных к постели. У многих пожилых пациентов пролежни 3-й и 4-й степени могут перейти в хроническую форму без видимых на то причин и оставаться таковыми достаточно долго, вплоть до конца жизни. Даже при условии применения правильного лечения более 70 % пролежней 2-й степени заживают в течение шести месяцев, и только 50 % пролежней 3-й степени и 30 % пролежней 4-й степени заживают в течение этого периода [1].

Как хирургическое, так и консервативное лечение пролежней существенно увеличивает затраты на лечение и общий уход. При этом хирургическое лечение требует длительной госпитализации и не во всех случаях позволяет добиться заживления пролежня [4]. Более того, при решении вопроса о хирургическом лечении пролежней следует учитывать терапевтические осложнения, которые определяют исходы плановой операции у лиц старших возрастных групп.

Высокий экономический ущерб (стоимость лечения пролежней, которая в США, например, достигает 40 тысяч долларов) едва ли передает страдания пациентов, что делает данную проблему и медицинской, и социальной, и экономической. Поверхность пролежней практически всегда инфицирована, что приводит иногда к развитию тяжелых системных осложнений, таких как бактериемия, септический тромбофлебит, глубокий некроз



тканей и фасций и остеомиелит. Общая частота летальных исходов у больных с инфицированными пролежнями достигает 55 %, показатель атрибутивной летальности – 25 %. Таким образом, пролежни следует рассматривать как потенциальный источник нозокомиальной бактериемии [1].

Лечению пролежней посвящено большое количество работ как отечественных, так и зарубежных авторов. Эффективность различных препаратов для обработки ран прицельно изучалась начиная с 70-х годов XX века. Для этой цели применяли широкий спектр антисептиков, пока не появились данные Rodeheaver G. (1989) о повреждающем действии на клеточные мембраны всех ионообменных препаратов (гексахлорофен, хлоргексидин, повидон-йод и др.). Эти препараты, нарушая проницаемость клеточных мембран, подавляют способность клеток противостоять инвазии бактерий; поэтому при наличии чистой пролежневой язвы или воспаленной поверхности кожи туалет рекомендуется производить физиологическим раствором или препаратами, не обладающими ионообменными свойствами.

В настоящее время лечение пролежней включает в себя адекватное обезболивание, оптимизацию питательного статуса, устранение давления, очищение раны и перевязки, инфекционный контроль и хирургическое вмешательство (по необходимости). При этом обработка раны должна основываться на ее характеристиках [3]. Основопологающим моментом заживления любой хронической раны является определенная степень влажности среды в ране (контроль экссудата). Избыток влаги приводит к мацерации прираневой зоны и увеличивает риск инфицирования, способствует увеличению размера раны и замедляет заживление. Избыточное отведение экссудата может способствовать высыханию раны, гибели эпителия и замедлению заживления, развитию некроза. Выбор материала должен обязательно учитывать степень экссудации раны и

при необходимости отводить излишки экссудата либо наоборот дополнительно гидрировать раневую поверхность.

Не сегодня на рынке появились новые высокотехнологические перевязочные материалы, применение которых способствует более эффективному лечению ран и, в частности, ускорению заживления хронических ран. Обязательным условием применения этих средств является предварительная обработка раны. Очень важным моментом остается не только выбор адекватного метода обработки, но и определение частоты обработки; известно, что частая обработка раны ускоряет эпителизацию.

Все эти данные должны быть отражены в современных учебных пособиях, по которым проводится обучение будущих медицинских сестер. Однако анализ учебных материалов для студентов-медиков, изучающих «Общий уход за пациентами с клинической практикой», а также для студентов-медицинских сестер, изучающих тему «Личная гигиена пациента», центральным вопросом которой являются пролежни, показал, что вопросы лечения пролежней ограничиваются рекомендациями для лечения пролежней 1-й и 2-й степени, при этом до сих пор можно встретить такие рекомендуемые средства, как раствор перманганата калия («... при появлении пролежней (покраснение кожи) 1–2 раза в сутки смазывать кожу 5–10 %-ным раствором калия перманганата» [12]); раствор камфоры и мазь Вишневского («При появлении локализованного участка покраснения кожи следует 2 раза в день протирать его 10 %-ным раствором камфоры, влажным полотенцем, облучать кварцевой лампой.

Если образовались пролежни, необходимо смазать их 5 %-ным раствором калия перманганата, наложить повязку с мазью Вишневского, линиментом синтомицина и др.» [13].

Более современные издания рекомендуют солкосерил (мазь) (при пролежнях 1-й степени, солкосерил-гель (при пролежнях 2-й степени) [14].

При этом ни в одном из источников не оговариваются такие существенные моменты, связанные с характеристиками рекомендуемых средств, незнание которых может вызвать противоположный эффект. (Как известно, спиртосодержащие средства, такие как лосьоны и камфорный спирт, можно использовать только у пациентов с жирной кожей. Кроме того, по мнению А.С. Залманова, камфора, обладающая мощным влиянием на периферическую систему кровообращения благодаря ее высокой капиллярно-активности, способствует выведению из организма шлаков (конечные продукты обмена или токсины, образующиеся в организме). Отсюда вопрос: можно ли применять камфору на инфицированную рану? Не рекомендуется также применять дубящие средства (раствор калия перманганата), так как они способствуют поражению сосочкового слоя кожи, развитию глубокого некроза и переходу к более тяжелым стадиям поражения.

Лечение трофических язв также остается одной из ключевых проблем современной хирургии, несмотря на многочисленные достижения медицины XXI века. Среди лиц старше 70 лет этой патологией страдают 5–7 %. По разным данным, около 60–70 % больных с трофическими язвами имеют в качестве этиологического фактора венозную недостаточность, 15 % заболевших страдают рецидивирующими и декомпенсированными формами с выраженными трофическими нарушениями кожи. По разным данным число больных с рецидивами язв после оперативного вмешательства составляет от 4,8 до 31,6 %, рецидивы после консервативной терапии возникают в 15–100 % [15]. Трофические язвы нижних конечностей значительно снижают качество жизни пациентов, зачастую приводя к стойкой инвалидизации больных.

Вопрос эффективности и безопасности рекомендуемых и применяемых средств для лечения пролежней остается открытым, и медицинские сестры должны принимать участие в апробации новых предлагаемых средств и рассматривать возможность включения препаратов нового поколения в стандарт лечения и ухода за пролежнями у пожилых людей. Именно такое

**Высокий экономический ущерб (стоимость лечения пролежней, которая в США, например, достигает 40 тысяч долларов) едва ли передает страдания пациентов, что делает данную проблему и медицинской, и социальной, и экономической.**

исследование было предпринято нами на базе Дома ухода за пожилыми людьми – ЧУ ГМСЦ им. Императрицы Марии Федоровны.

Целью исследования стало изучение сравнительной клинической эффективности препаратов нового поколения при консервативном лечении пролежней 2-й, 3-й и 4-й степеней у пожилых пациентов, прикованных к постели по медицинским показаниям.

### Методы исследования

Были сформированы две группы пациентов: контрольная (с применением традиционных перевязочных материалов) и экспериментальная (с применением препаратов нового поколения для ухода за пролежнями и трофическими язвами). В каждую группу вошли по 12 пациентов с пролежнями и по 3 – с трофическими язвами. Среди участников были мужчины и женщины в возрасте от 80 лет (средний возраст – 85 лет), с пролежнями 1–4-й степеней, с сопутствующей патологией (последствия инсультов, переломы шейки бедра, сахарный диабет, недержание мочи).

### Сбор данных

Оценка течения пролежневого процесса и глубины дефекта тканей проводилась на основе классификации, представленной в Отраслевом стандарте ОСТ 91500.11.0001-2002 «Система стандартизации в здравоохранении Российской Федерации Протокол ведения больных. Пролежни (L.89)».

Был применен визуальный контроль за течением раневого процесса, количеством и характером раневого отделяемого, кровоточивостью ран, сроками перехода в другую фазу раневого процесса, сроками наступления эпителизации.

Проводился учет количества перевязок в экспериментальной и контрольной группах, подсчет произведенных финансовых затрат, велось наблюдение за реакцией пациентов на перевязку.

### Характеристика перевязочных материалов

В контрольной группе использовался традиционный перевязочный материал – стерильные марлевые повязки,

хлоргексидин, перекись водорода, крем аргосульфат, мази левосин, метилурацил.

В экспериментальной группе применялась линейка современных средств ухода, включающая Hypergel, Mesorb, Melgisorb (мельгисорб), Mepilex Ag (мепилекс Аг), Cavilon.

С методикой применения традиционных перевязочных материалов все специалисты отлично знакомы, остановимся подробнее на технологии применения современных средств в зависимости от стадии пролежневого процесса.

#### Первая стадия

На данной стадии необходимо препятствовать контакту и трению кожи, поэтому целесообразно наложение повязки Mepore film – дышащей самоклеящейся пленочной повязки, которая защитит кожу в области поражения от дальнейшего трения.

В качестве первичного барьера против раздражения кожи физиологическими жидкостями и как защитный барьер от адгезивов, используемых при перевязке ран и хирургических пластырей, применяется Cavilon.

#### Вторая стадия

На втором этапе целесообразно использование абсорбирующих повязок с технологией Safetac – Mepilex, Mepilex Lite, Mepilex Border, Mepilex Border Sacrum. Благодаря щадящей фиксации данные повязки не травмируют уже измененную кожу вокруг повреждения, а также предохраняют ее поверхность от мацерации и проникновения инфекции. К раневой поверхности повязки не прилипают. На чистой ране данные повязки могут находиться несколько суток (в среднем, 3–4 дня).

#### Третья стадия

На третьем этапе происходит поражение вплоть до мышечных тканей, начинается обильное выделение экссудата. При экзогенных пролежнях чаще наблюдается образование сухого некроза, отторжение которого протекает с участием сапрофитной инфекции. В данной ситуации наиболее целесообразно назначение Hypergel – 20%-ного раствора натрия хлорида (NaCl) на ксантановой основе на область сухого некроза с целью его размягчения и очищения раны. В целях защиты прилежащих тканей необходимо

обработать их средством Cavilon. В качестве вторичной повязки рекомендовано наложение повязки Alldress. При эндогенных пролежнях обычно присоединяется воспалительный процесс, вызванный патогенной микрофлорой, развивается влажная гангрена с явлениями интенсивного нагноения. В данной ситуации рекомендовано использование повязки Mesalt – абсорбирующей нетканой повязки, содержащей кристаллы натрия хлорида (NaCl). Повязка помещается в область влажного некроза, окружающие ткани обрабатываются вазелином. По мере пропитывания повязки экссудатом происходит очищение раны. В качестве вторичной повязки рекомендуется использование повязки Mesorb – абсорбирующей повязки с непроницаемым для выделения барьером, зафиксированной Mefix – самоклеющимся материалом. По мере очищения раны и при преобладании жидкого экссудата показано использование высоко абсорбирующей альгинатной повязки Melgisorb, которая, впитывая экссудат, превращается в легко удаляемый гель. Повязка препятствует протеканию выделений за края раны, что уменьшает возможность их мацерации. В качестве вторичной повязки рекомендована повязка Alldress. Она способствует впитыванию содержимого раны, защищает рану от проникновения инфекции извне, предохраняет одежду и постельное белье от загрязнения.

#### Четвёртая стадия

На четвертом этапе происходит поражение глубоких слоев тканей, образуются раны, обнажающие кости и суставы. Выбор перевязочных средств на этой стадии зависит от локализации пролежня, характера и глубины повреждений. Основные подходы организации ухода остаются те же, что и для 3-й стадии.

### Результаты исследования

Период заживления при использовании современных перевязочных материалов составил для чистой раны – от двух недель до одного месяца, в зависимости от размера, состояния пациента (сопутствующих заболеваний). Рана с некрозом и гнойным отделяемым (больших размеров) – от месяца до двух месяцев.

При использовании традиционной перевязки период заживления был в среднем на два месяца дольше.

Использование традиционного перевязочного материала требовало ежедневной смены повязок, что являлось для пациентов дополнительным фактором стресса, болевых ощущений. При использовании современной линейки средств количество перевязок сократилось в среднем в 5 раз, в ряде случаев после начального периода лечения перевязки проводились всего раз в неделю, при этом не наблюдалось прилипания перевязочного материала к поверхности раны, пациенты не испытывали боли и страха при перевязке.

Нельзя не обратить внимания на экономические показатели.

При обработке пролежней второй степени (чистой раны, размер 5×8 см) традиционными перевязочными материалами стоимость одной перевязки оценивается в 364 рубля; стоимость перевязки за один месяц составила 10920 рублей. Учитывались перевязочные материалы, дезинфицирующие растворы, пластыри. Перевязки проводились ежедневно.

При обработке такого же пролежня перевязочными материалами нового поколения стоимость одной перевязки оценивается в 451,34 рубля; стоимость перевязки за один месяц – 2256,70 рублей. Перевязки проводились 1 раз в 4–5 дней, иногда реже. Экономия денежных средств составила 8663,30 рублей в расчете на одного пациента!

При обработке трофической язвы (чистая рана, размер 5×8 см) учитывались перевязочный материал, дезинфицирующие средства, пластыри.

При обработке раны традиционными перевязочными материалами стоимость одной перевязки составила 209,10 рубля. Стоимость перевязки за один месяц составила 6273 рубля. При обработке раны перевязочными материалами нового поколения стоимость одной перевязки составила 311,50 рубля; стоимость перевязки за

1 месяц – 1557,50 рублей. Экономия денежных средств 4715,5 рублей.

### Обсуждение результатов

В последние десятилетия произошел пересмотр многих устоявшихся в практической хирургии представлений о местном лечении хронической раны. Такие перемены явились следствием значительного прогресса в разработке перевязочных средств, учитывающих принцип лечения во влажной среде, научно разработанного еще в 60-х годах прошлого века. Ранее было показано, что moist wound healing (влажное заживление раны) дает хороший эффект очищения раны от де-

триты без повреждения клеток, ответственных за иммунный ответ, ускоряет образование сосудистой ткани, положительно влияет на рост и размножение клеток эпителия.

Проведенное исследование показало, что применение препаратов нового поколения Hypergel, Mesorb, Melgisorb (мельгисорб), Mepilex Ag, Cavilon наиболее эффективно при лечении пролежней 1–3 степени. Использование препаратов нового поколения позволяет уменьшить болевые ощущения при перевязке, сократить количество перевязок и сроки заживления ран. В ряде случаев для полного заживления ран было достаточно 1–2 смен повязок.

При лечении глубоких пролежней IV степени применение данной линейки не оказало заметного эффекта на срок ухода за ранами, однако перевязки были менее болезненными. Применение средств ухода хорошо переносилось больными, раздражающего действия и аллергических реакций отмечено не было. Была установлена экономическая эффективность применения данной линейки, определяющаяся сокращением числа перевязок и экономией перевязочных материалов, экономией времени медицинского персонала.

**Использование препаратов нового поколения позволяет уменьшить болевые ощущения при перевязке, сократить количество перевязок и сроки заживления ран.**

### ЛИТЕРАТУРА

1. Басков А.В. Хирургическое лечение пролежней у больных со спинномозговой травмой // Вопросы нейрохирургии, № 1. – 2000.
2. Добрушина О.В. Кардиальные осложнения после общехирургических операций у больных пожилого и старческого возраста / Автореферат дисс. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Москва. – 2012.
3. Жияев Е.В. Тактика терапевтической подготовки пожилого пациента к плановому хирургическому вмешательству // Медицинский вестник. Портал российского врача. Выпуск № 419, 31 октября 2007. Извлечено 23 апреля 2014.
4. Филатов Е.В. Лечение и профилактика пролежней.
5. Храмылин В.Н. Местное лечение ран: учебное пособие. Москва, 2012.
6. Bluestein, D., Javahery, A. Pressure Ulcers: Prevention, Evaluation, and Management // American Family Physician. 2008, Nov 15; 78(10):1186–1194. Извлечено 13 мая 2014 г.
7. Beth Smith, M.E. et al. Pressure Ulcer Treatment Strategies: A Systematic Comparative Effectiveness Review // Annals of Internal Medicine. 2 July 2013, Vol 159. No. 1.
8. Rodeheaver G. (1989). Controversies in Topical Wound Management // WOUNDS: A Compendium of Clinical Research and Practice. Volume 1, Number 1. Premier Issue. April 1989.
9. Study on the Safety and Efficacy of Nitric Oxide Gel in Subjects With Pressure Sore.
10. Каталог медицинской продукции. Москва, 2013.
11. Горелик С.Г. и соавт. Основные клинические синдромы в гериатрической практике // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. 2011. № 22-1. С. 100–104.
12. Мухина С.А., Тарновская И.И. Общий уход за больными: учебное пособие / «Медицина», Москва. – 1989. – С. 62.
13. Ослопов В.Н., Богоявленская О.В. Общий уход за больными в терапевтической клинике: учебное пособие для вузов / Издательский дом «ГЭОТАР-МЕД», 2004. – С. 81.
14. Мухина С.А., Тарновская И.И. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»: учебное пособие для медицинских училищ и колледжей. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа.
15. Туганбеков Т.У. и соавт. Применение клеточных технологий в лечении трофических язв // Клиническая медицина Казахстана. 2013. № 30. С. 14–20.





# В ОЖИДАНИИ НОВЫХ САНИТАРНЫХ ПРАВИЛ ПО ЭНДОСКОПИИ: ПРЕДСТОЯЩИЕ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ



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

*Времена меняются,  
и мы меняемся вместе с ними.*  
Лотарь I, король франков

*Перемен ожидая разительных,  
осознать стоит четко и ясно:  
жизнь почти что всегда удивительна,  
но достаточно редко – прекрасна.*  
Эдуард Александрович Севрус

Нам так хочется постоянства. От близких людей – любви и понимания. От погоды – чтобы тепло было всегда, но пускай иногда идет мелкий снежок и будет приятный морозец. Зарплата дол-

жна быть стабильной, люди – добры к нам и всепрощающи, как родители. Чтобы мама была здоровой и жила долго. Чтобы молодость не уходила, любимые вещи долго носились, а холодильник всегда был полон. И в то же время хорошо бы поменять телевизор, купить новые сапоги, машину «покруче». Так мы хотим перемен или нет? Иногда они приходят, не спрашивая нас, и мы вынуждены с ними мириться, подстраиваться и выплывать. Или отступать. Изменения в санитарном законодательстве как стихия – не успеешь подготовиться, накрывает неожиданно.

| !Проект «нового» СанПиНа<br>(находится на рассмотрении<br>в Министерстве юстиции РФ)                                                                                                                                                                          | «Старые» документы<br>(СП 3.1.1275-03 и СП 3.1.2659-10)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Что меняется и что с этим делать?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. Общие положения                                                                                                                                                                                                                                            | II. Общие положения                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Отличаются количеством информации по эпидемиологии                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 2.12. ...ДВУ эндоскопов осуществляется способом полного погружения в раствор стерилизующего средства или другим способом в моюще-дезинфицирующей машине (МДМ) с лабораторно подтвержденной эффективностью, соответствующей требованиям ГОСТ Р ИСО 15 883 (4). | 2.7. При проведении очистки, дезинфекции и стерилизации изделий медицинского назначения, в том числе эндоскопов и инструментов к ним, используемых в эндоскопических отделениях (кабинетах), допускается применение оборудования и материалов (установки, моечные машины, контейнеры для предстерилизационной очистки, химической дезинфекции и стерилизации, стерилизаторы, упаковочные материалы и др.), которые разрешены в установленном порядке к промышленному выпуску и применению (в случае импортных изделий – разрешенных к применению) в Российской Федерации. | Стало обязательным наличие у автоматической мойки результатов лабораторно подтвержденной эффективности, соответствующей требованиям ГОСТ Р ИСО 15 883 (4). Перед приобретением мойки уточнить наличие у производителя таких исследований и соответствия их требованиям ГОСТ Р ИСО 15 883 (4), если мойка уже имеется – запросить эти данные у поставщика. Примером автоматической мойки, соответствующей ГОСТ Р ИСО 15 883, является Репроцессор DSD-201. |

| !Проект «нового» СанПиНа<br>(находится на рассмотрении<br>в Министерстве юстиции РФ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | «Старые» документы<br>(СП 3.1.1275–03 и СП 3.1.2659–10)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Что меняется и что с этим делать?                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. Организация и контроль мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний, связанных с эндоскопическими манипуляциями                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | III. Требования к противоэпидемическим мероприятиям в отделениях (кабинетах) эндоскопии                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Кроме эпидемиологии внесена схема учета обработок эндоскопов. Обработка рук и поверхностей отражена в других главах (12 и 5 соответственно).                                                                                                                                                                         |
| 3.6. Обработку эндоскопического оборудования в медицинской организации осуществляют штатные медицинские работники, прошедшие соответствующее обучение в аккредитованной организации и имеющие удостоверение (сертификат) государственного образца.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2.8 ...Обработку эндоскопов проводит штатный, специально выделенный и обученный медицинский персонал.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Специально выделенный персонал (т. е. отдельного специалиста только для обработки эндоскопов) крайне необходим для стандартизации методов обработки и приведения их в соответствие с нормативами.                                                                                                                    |
| 3.7. Каждому эндоскопу, имеющемуся в эндоскопическом отделении (кабинете), присваивают идентификационный код (номер), включающий сведения о его виде и серийном номере.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Пункт отсутствует.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | У многих такая регистрация уже существует. При отсутствии – завести такой учет в виде журнала или документов другого вида.                                                                                                                                                                                           |
| 3.8. Каждый цикл обработки эндоскопа протоколируется в «Журнале контроля обработок эндоскопов».<br>3.8.1. В «Журнале контроля обработок эндоскопов, предназначенных для нестерильных манипуляций», указывают:<br>– дату обработки эндоскопа;<br>– идентификационный код (номер) эндоскопа;<br>– ФИ.О. пациента;<br>– время (начало и завершения обработки);<br>– способ обработки эндоскопа (ручной, механизированный). В графе «механизированный способ» указывают порядковый номер МДМ при наличии в отделении нескольких единиц техники по обработке,<br>– результаты контроля качества очистки (азопирамовой и фенолфталеиновой пробы);<br>– результаты тестирования средства для ДВУ тест-полосками (не реже одного раза в день);<br>– ФИ.О. и подпись медицинского работника, проводившего обработку...<br>3.9. Перемещение эндоскопов по коридорам между помещениями эндоскопического отделения и за пределы самого отделения или операционного блока осуществляют в жестких закрытых контейнерах или на лотках в упакованном виде... Контейнеры, лотки и тележки для транспортировки должны подвергаться отдельной процедуре обеззараживания. | Пункты отсутствуют.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Завести журнал и регулярно его заполнять.                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 3.10. Контейнеры/лотки для транспортировки эндоскопов должны иметь сигнальную цветовую маркировку: зеленую – для обработанных эндоскопов и красную – для использованных эндоскопов.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Пункт отсутствует. Имеются указания на проведение манипуляций в условиях, исключающих вторичную контаминацию, но без четких разъяснений. Имеется указание на емкости для перемещения эндоскопов за пределы отделения в МУ 3.5.1937-04 п. 6.12. «При необходимости проведения эндоскопической манипуляции за пределами эндоскопического отделения эндоскоп транспортируют в специальной закрытой емкости, защищая его от вторичной контаминации микроорганизмами». | Приобрести жесткие контейнеры с крышками, предварительно просчитав их количество в соответствии с количеством эндоскопов и кратность их применения и обработки. Обратите внимание на то, что лотки необходимы, в том числе для перемещения эндоскопов между помещениями отделения, а не только за пределы отделения. |
| 4. Этапы обработки эндоскопов и инструментов к ним.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | III. Требования к противоэпидемическим мероприятиям в отделениях (кабинетах) эндоскопии<br>IV. Требования к обработке эндоскопов и инструментов к ним.                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Продумать варианты маркировки: цветные пакеты, наклейки, маркеры (желательно смываемые и профессиональные) и т. д.                                                                                                                                                                                                   |
| 4.1. Эндоскопы для нестерильных эндоскопических манипуляций и принадлежности к ним (клапаны, заглушки, колпачки) непосредственно после использования подлежат последовательно: <i>(далее подробно перечислены этапы обработки)</i> . В других пунктах документа так же подробно перечислены этапы обработки эндоскопов и принадлежностей к ним для стерильных манипуляций.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Подробное описание этапов отсутствует в пока еще действующих СанПиНах, но имеется в главах 5, 6, 7 МУ 3.5.1937–04 в общей форме. В СанПиНах есть общие требования с указанием поправок для эндоскопов, стерилизуемых и подлежащих ДВУ.                                                                                                                                                                                                                            | Этапы обработки выделены в отдельные главы с четко обозначенными требованиями, не допускающими двойного толкования.                                                                                                                                                                                                  |
| 5. Требования к планировке, оборудованию и санитарному содержанию помещений эндоскопических отделений /кабинетов, проводящих нестерильные эндоскопические манипуляции.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | III. Требования к противоэпидемическим мероприятиям в отделениях (кабинетах) эндоскопии                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Четкие требования к организации обработки эндоскопов для стерильных и нестерильных манипуляций вынуждают пересмотреть перечень имеющихся помещений и, возможно, внести изменения, в т. ч. в планировку отделения (кабинета).                                                                                         |

| !Проект «нового» СанПиНа<br>(находится на рассмотрении<br>в Министерстве юстиции РФ)                                                                                                                                                                                                                                                    | «Старые» документы<br>(СП 3.1.1275–03 и СП 3.1.2659–10)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Что меняется и что с этим делать?                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.13. «Грязная зона» помещения для обработки эндоскопов должна быть оборудована:<br>– моечными ваннами емкостью не менее 10 литров, подключенными к канализации и водоснабжению...                                                                                                                                                      | 3.11. Помещение для обработки должно быть оснащено тремя отдельными мойками: одной (в «грязной зоне») – для мытья рук персонала; второй (в «грязной зоне») – для слива отработавших растворов и жидкостей и для ополаскивания эндоскопов и инструментов к ним после очистки; третьей (в «чистой зоне») – для ополаскивания изделий медицинского назначения после дезинфекции.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Объемы ванн необходимо откорректировать в соответствии с новыми требованиями.                                                                                                                                                                                                                                  |
| 5.8. Помещение для обработки эндоскопов должно быть оборудовано общеобменной приточно-вытяжной вентиляцией и местной вытяжной вентиляцией с удалением паров средств очистки и дезинфекции на уровне мощющих ванн.                                                                                                                       | Пункт отсутствует. Частично указания на кратность воздухообмена и его организацию в отделениях эндоскопии имеются в других документах санитарного законодательства (СанПиН 2.1.3.2630–10 и др.).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Обратить внимание на наличие вытяжки, в том числе на уровне ванн с дезинфектантами/стерилиантами. Этот пункт один из самых энергоемких и затратных, так как возможно предстоит объемная реконструкция помещений.                                                                                               |
| 5.9. При несоответствии качества водопроводной воды гигиеническим требованиям, а также при использовании МДМ, в инструкции по эксплуатации которых указаны требования к качеству подаваемой в машину воды, на входе в помещение для обработки эндоскопов устанавливают дополнительные средства очистки водопроводной воды.              | Пункт отсутствует.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Необходимо провести водоподготовку при наличии любой автоматической мойки.<br>Результаты исследования качества питьевой воды должны быть в отделении. Кратность исследования должна соответствовать требованиям плана производственного контроля.                                                              |
| 7. Средства и оборудование для очистки, дезинфекции и стерилизации эндоскопического оборудования                                                                                                                                                                                                                                        | III. Требования к противоэпидемическим мероприятиям в отделениях (кабинетах) эндоскопии<br>IV. Требования к обработке эндоскопов и инструментов к ним.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 7.5. Растворы средств для окончательной и предстерилизационной очистки эндоскопов на основе ферментов и/или поверхностно-активных веществ применяют однократно. Растворы дезинфицирующих средств, применяемые в режиме дезинфекции, совмещенной с окончательной/предстерилизационной очисткой, используют не более одной рабочей смены. | МУ 3.5.1937–04:<br>4.5. После дезинфекции эндоскопы и инструменты к ним подвергают окончательной/предстерилизационной очистке, а затем ДВУ/стерилизации.<br>Процесс дезинфекции эндоскопов и инструментов к ним может быть совмещен с процессом окончательной/предстерилизационной очистки.<br>4.8. В случае использования средств, для которых допускается многократное применение рабочего раствора, следует внимательно следить за его внешним видом. При первых признаках изменения внешнего вида (изменение цвета, помутнение и т. п.) раствор необходимо сразу же заменить, даже если не истек допустимый срок его годности;<br>5.5. Очистку ручным способом проводят... В случае использования средств, для которых допускается многократное применение рабочего раствора, следует внимательно следить за его внешним видом. При первых признаках изменения внешнего вида (изменение цвета, помутнение и т. п.) раствор необходимо сразу же заменить, даже если не истек допустимый срок его годности. Наиболее предпочтительным вариантом при осуществлении предстерилизационной/окончательной очистки является однократное применение растворов средств. | Кардинально измененные требования: средство для окончательной очистки/ПСО применяется однократно; при совмещении дезинфекции и предварительной очистки/ПСО – не более рабочей смены. Необходимо рассчитать расход средств в условиях применения новых санитарных правил и пересмотреть запасы и планы закупок. |
| 7.4. Не допускается применение для очистки (предварительной, окончательной или предстерилизационной) или очистки, совмещенной с дезинфекцией, дезинфицирующих средств, содержащих в своем составе спирты и альдегиды.                                                                                                                   | Пункт отсутствует.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Необходимо пересмотреть подход к применению ваших средств для дезинфекции с ПСО/очисткой и применять средства с составом, соответствующим требованиям.                                                                                                                                                         |
| 8.1.6. Промывные воды после этапов очистки и ополаскивания эндоскопов сливаются в централизованную канализацию без предварительного обеззараживания.                                                                                                                                                                                    | МУ 3.5.1937–04: 3.6. При проведении предварительной очистки... И использованные салфетки, отработавшие растворы средств, смывные воды, емкости для очистки дезинфицировать кипячением или одним из дезинфицирующих средств по режимам, рекомендованным при вирусных гепатитах (при туберкулезе – по режимам, рекомендованным при этой инфекции) согласно инструктивным и нормативно-методическим документам.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | В соответствии с этим пунктом количество дезинфицирующих средств и времени, потраченного на обеззараживание смывных вод, можно сэкономить.                                                                                                                                                                     |



| !Проект «нового» СанПиНа<br>(находится на рассмотрении<br>в Министерстве юстиции РФ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | «Старые» документы<br>(СП 3.1.1275–03 и СП 3.1.2659–10)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Что меняется и что с этим делать?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>8.1.10 ...Эндоскопы для гастроинтестинальных исследований ополаскивают питьевой водой, бронхоскопы – стерильной, кипяченой или очищенной на антибактериальных фильтрах (0,1–0,3 мк).</p> <p>8.1.17. Между рабочими сменами эндоскоп хранят упакованным в стерильный материал в шкафу для хранения эндоскопов или в неупакованном виде помещают в шкафы для сушки и хранения эндоскопов в асептических условиях. Перед использованием эндоскоп отключают от системы подачи бактериально очищенного воздуха, извлекают из шкафа, упаковывают в стерильный материал и на лотке транспортируют в процедурный кабинет. Срок хранения эндоскопов в шкафу для сушки и хранения в асептических условиях указывается в инструкции по эксплуатации шкафа.</p> | <p>4.4.9 ...бронхоскопы отмывают стерильной или прокипяченной водой.</p> <p>4.4.12. Протерилизованный или простерилизованный эндоскоп, простерилизованные инструменты хранят в условиях, исключающих вторичную контаминацию микроорганизмами, в специальном шкафу.<br/>МУ 3.5.1937-04:<br/>6.10. Протерилизованные и промытые эндоскопы выкладывают на стерильную простыню, салфетками удаляют остатки влаги с их поверхности, помещают в стерильный чехол и хранят в подвешенном состоянии в специальном шкафу эндоскопического кабинета, соблюдая асептические условия.<br/>7.6 ...Простерилизованные эндоскопы и инструменты к ним хранят с учетом рекомендаций производителей этих изделий (в части способа размещения), обеспечивая условия, исключающие вторичную контаминацию этих изделий микроорганизмами, в частности, в стерильных стерилизационных коробках, выложенных стерильной тканью, или в стерильных чехлах из ткани. Срок хранения изделий, простерилизованных раствором средства, не должен превышать 3 суток.</p> | <p>Появилась дополнительная возможность для отмывания бронхоскопов. Можно внести изменения в инструкцию по обработке.</p> <p>Эндоскоп как после ДВУ, так и после стерилизации растворами может храниться в шкафу более 3 суток – то время, которое указано в паспорте к шкафу. Соответственно имеет смысл приобретение качественных шкафов для хранения, которые будут продлевать срок хранения обработанных эндоскопов до 2 недель и возможно дольше. Таким образом можно сэкономить материальные и временные затраты.</p> |
| <p>8.2.3. При стерилизации ручным способом... Дополнительная сушка каналов спиртом не проводится. Используют эндоскоп сразу после стерилизации. Допускается хранение эндоскопа в стерильной упаковке не более 72 часов.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>МУ 3.5.1937-04:<br/>7.6 ...Для более полного удаления остатков влаги из каналов эндоскопов может использоваться 70 %-ный этиловый спирт путем пропускания 50 мл его через каналы с помощью шприца. Примечание. Спирт этиловый, используемый для сушки эндоскопов, должен быть стерильным в соответствии с требованиями категории 1 табл. 1 раздела 1 «Рекомендации к установлению норм микробиологической чистоты лекарственных препаратов, субстанций и вспомогательных веществ для введения в нормативные документы» (Изменение № 3 к статье «Методы микробиологического контроля лекарственных средств», ГФ XI, вып. 2, 187 с.).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>Расход спирта стерилизацией оправдать нельзя. Спирт из отделений, в которых проводится стерилизация гибких эндоскопов химическим способом, необходимо будет изъять, если только он не будет необходим для других манипуляций.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p>8.3.9. Предстерилизационную очистку и дезинфекцию набора силиконовых трубок, аспирационной банки, которые являются принадлежностями к отсасывающему/промывающему насосу (помпе) после каждой эндоскопической операции, проводят ручным или механизированным (в МДМ) способами, стерилизацию – паровым методом по режиму, рекомендованному производителем. Помпу после отключения от сети протирают салфеткой, смоченной в растворе дезинфицирующего средства, не содержащем спирты. Спирты не совместимы с материалами изделия.</p>                                                                                                                                                                                                                 | <p>Пункт отсутствует.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>Организовать обработку всего перечисленного в соответствии с требованиями санитарных норм и правил.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p>10.6. Смывы для проведения планового и внепланового бактериологического контроля эффективности ДВУ осуществляют...</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>Поверхностно изложены в главе V. «Организация контроля за гигиеническими и противоэпидемическими мероприятиями в отделениях (кабинетах) эндоскопии и качеством обработки эндоскопов».</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>Подробное описание бактериологического контроля необходимо применить на практике и регулярно регистрировать результаты.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p>10.8. Плановому (не реже 2 раза в год) микробиологическому контролю подлежит качество самодезинфекции МДМ. Смывы с различных участков машины отбирают непосредственно после завершения цикла самодезинфекции. Критерий эффективности – отсутствие роста микроорганизмов в исследуемых образцах смывов.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>Пункт отсутствует</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>При наличии автоматических моек установить в соответствии с паспортом порядок проведения самодезинфекции и включить в план производственного контроля с обязательной фиксацией проведения самодезинфекции и результатов бактериологического контроля. Предпочтительна мойка с проведением самодезинфекции в короткое время без исключения машины из производственного процесса.</p>                                                                                                                                      |

| !Проект «нового» СанПиНа<br>(находится на рассмотрении<br>в Министерстве юстиции РФ)                                                                                                                                                                                           | «Старые» документы<br>(СП 3.1.1275–03 и СП 3.1.2659–10)                                                        | Что меняется и что с этим делать?                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11. Эпидемиологическое расследование случаев инфекционных заболеваний, предположительно связанных с эндоскопическими манипуляциями.                                                                                                                                            | Глава отсутствует.                                                                                             | Принять к сведению. Указать в должностных обязанностях ответственного за санитарно-эпидемиологический режим в отделении ответственность за выполнение требований данной главы. |
| 12. Требования к охране здоровья медицинского персонала эндоскопических отделений (кабинетов).                                                                                                                                                                                 | Пункт отсутствует, некоторые сведения изложены в разных главах других документов санитарного законодательства. |                                                                                                                                                                                |
| 12.10. Для снижения риска инфицирования персонала и обеспечения надежности обработки эндоскопов применяют механизированный способ с использованием МДМ.                                                                                                                        | Пункт отсутствует.                                                                                             | Носит рекомендательный характер. Может служить руководством к действию при убеждении администрации в необходимости приобретения автоматической мойки.                          |
| 12.13. Медицинский персонал при наличии ран на руках, экссудативных поражений кожи или мокнущего дерматита, других диагностированных заболеваний на время заболевания должен быть отстранен от выполнения эндоскопических манипуляций, обработки эндоскопов и контакта с ними. | Пункт отсутствует.                                                                                             | Кто и как будет определять наличие заболевания и отстранять персонал, не указано.                                                                                              |



Но стоит вспомнить о принципе «предупрежден – значит вооружен».

Наша цель – рассмотреть те новшества в организации санитарно-эпидемиологического режима в отделениях и кабинетах эндоскопии, которые могут повлечь за собой кардинальные изменения, новые расходы и штрафы за нарушение санитарного законодательства.

Объект нашего исследования СанПиН 3.1-14 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических манипуляциях» и сравнение его с текущими санитарными правилами (СП 3.1.1275-03 и СП 3.1.2659-10). Имеются еще методические указания, МУ 3.5.1937-04 «Очистка, дезинфекция и стерилизация эндоскопов и инструментов к ним»), но после регистрации нового СанПиНа будут также выпущены новые методические рекомендации, разъясняющие и уточняющие методику реализации нового СанПиНа. Тем не менее в них мы тоже заглянем.

Прежде всего, необходимо заметить, что «новые» санитарные нормы и правила отличаются от «старых» санитарных правил объемом: 12 глав и 5 глав соответственно. Практически это почти новый документ.

Отдельными главами выделены требования к планировке, оборудованию и к помещениям для проведения обработки эндоскопов для стерильных и нестерильных манипуляций.

В отдельной главе информация об обработке инструментов к эндоскопам.

Осталось неизменным главное – необходимость обработки и этапы обработки.

Документ усилен подробной информацией о роли эндоскопов и инструментов к ним в инфицировании пациентов и персонала. Эпидемиологические аспекты указывают персоналу на причины грамотной организации санэпидрежима и стимулируют к выполнению требований санитарного законодательства.

Мы рассмотрели лишь выдержки из документов, обратив внимание только на кардинальные изменения требований и на нововведения.

Дополнительные и более подробные знания вы сможете получить на курсах повышения квалификации в учебных учреждениях вашего региона, а также обратившись с вопросами в Ассоциацию медицинских сестер России по адресу: [ma@medsestre.ru](mailto:ma@medsestre.ru) или написав письмо автору данной статьи Ирине Вячеславовне Рудейко по адресу: [irina.rudeyko@bk.ru](mailto:irina.rudeyko@bk.ru).

# ОСОЗНАННАЯ МЕДИТАЦИЯ



**Арлин Д. Хаулдин,**  
доктор философии, зарегистрированная  
медсестра, США

## Актуальность и значимость методов психологической терапии

О высокой роли разума в лечении заболеваний известно уже более 2 тысяч лет, об этом писали еще древние целители, практиковавшие традиционную китайскую медицину и аюрведическую терапию. Гиппократ также отмечал значимость моральных и душевных аспектов исцеления и верил, что лечение возможно только с учетом отношения, влияния окружающей среды и природных средств (NIH, NCCAM, 2011).

За несколько последних десятилетий появились научные данные, которые подтверждают, что психологические факторы, характеризующие эмоциональное состояние, такие как депрессия и тревожность, поведенческие особенности, такие как враждебность и психологический стресс, могут оказать влияние и на физиологическое состояние человека, и на результаты лечения (e.g., Baum & Posluzny, 1999; Salovey et al., 2000).

Сегодня имеются достаточные научные основания для использования психофизических методов для снижения тревожности в качестве эффективного дополнения традиционному медицинскому лечению различных заболеваний, включая рак. В частности, ряд систематических обзоров и мета-анализов содержат данные в пользу эффективности отдельных психофизических методов в лечении ишемической болезни сердца, головной боли, бессонницы, хронической боли в спине, рака и симптомов, вызванных его лечением (Astin et al., 2003; Manzoni et al., 2008).

Относительно онкологических заболеваний многочисленные исследова-

ния с привлечением гетерогенных групп пациентов свидетельствуют о том, что психофизические методы могут помочь улучшить настроение, качество жизни и укрепить навыки преодоления (e.g., Classen et al., 2001), облегчить симптомы (Fellowes et al., 2004) и снизить физическую боль (Syrjala et al., 1995). В систематическом обзоре (Pan et al., 2003) проведена оценка эффективности психофизических вмешательств в управлении болью, одышкой, тошнотой и рвотой у больных на терминальной стадии заболевания. Научные данные подтверждают пользу отдельных психофизических методов для таких пациентов.

Более того, некоторые ранние исследования говорят о том, что психофизические методы способны изменить отдельные параметры иммунной системы онкобольных (Fawzy et al., 1999; Walker et al., 1997), но остается неясным, каков потенциал этих иммунных изменений в плане прогрессирования болезни (Astin et al., 2003). Последовавшие за этим контролируемые рандомизированные исследования не смогли установить связь между изменениями в иммунной системе и прогрессирова-

В конце октября 2014 г. РАМС в сотрудничестве с Вашингтонским университетом при поддержке Благотворительного фонда Бристоль-Майерс Сквибб провела очередной семинар для медицинских сестер онкологической службы. Основное содержание семинара составили научно обоснованные методы поддержки онкобольных, способные справиться с разнообразными последствиями заболевания и его лечения. Одним из таких методов стала осознанная медитация. Сегодня этим методом, пришедшим из психологии, с успехом пользуются в своей практике медицинские сестры. Научиться медитации не сложно, равно как и организовать аналогичное обучение для пациентов. Многим этот метод может помочь справиться с тяжелым стрессовым состоянием, связанным с болезнью, и вместо того, чтобы тратить силы организма на преодоление стресса, направить их всецело на выздоровление.





нием заболевания и выживаемостью больных (e.g., Walker et al., 1999).

Вопрос о том, способны ли психофизические методы повлиять на выживаемость пациента, остается открытым (Astin et al., 2003). Ранние рандомизированные исследования демонстрировали значимый результат повышения выживаемости больных (Spiegel et al., 1989; Richardson et al., 1990). Но несмотря на эти обнадеживающие результаты, более поздние РКИ (e.g., Goodwin et al., 2001) не смогли установить такого эффекта у методов психофизической терапии.

Что касается эффективности различных психофизических методов терапии, то в рамках 10-летнего метааналитического обзора (Manzoni et al., 2008) была проведена оценка релаксации в снижении тревожности. Результаты подтвердили эффективность метода в снижении тревожности и соответствовали ранее полученным данным. Результативными были все методики релаксации, но максимальный эффект был достигнут за счет применения прикладной релаксации, прогрессивной релаксации и медитации. При этом потенциал релаксации был тем выше, чем чаще она практиковалась. Таким образом, наилучшие результаты достигались при продолжении применения релаксации пациентами на дому. Кроме того, было установлено, что при применении релаксации как в группах, так и индивидуально ее эффективность в снижении тревожности остается одинаково высокой.

Несмотря на убедительные научные доказательства и, казалось бы, широкое признание важности биопсихосоциальной модели, психосоциальные факторы во многих клинических случаях недооцениваются. Существует необходимость проведения дополнительных исследований для выяснения эффективности различных методик, понимания особенностей пациента, которые могут привести к успешным результатам, изучения механизмов действия методов. Исследования нужны и для оценки экономической эффективности методов (Astin et al., 2003).

Осознанную медитацию можно определить как состояние абсолютно-го осознания происходящего в текущий момент времени без попыток вынесения суждения (Stahl & Goldstein, 2011). Осознанность заключается в культивировании понимания состояния разума и тела, жизни здесь и сейчас. И хотя исторически осознанность как психопрактика уходит корнями в буддийские медитативные практики, сегодня ее рассматривают как полезную и универсально применимую. Более того, концепции присутствия и осознания важны для многих духовных традиций, включая буддизм, христианство, индуизм, ислам, иудаизм и даосизм (Stahl & Goldstein, 2011).

Осознанная медитация основывается на пребывании в состоянии осознания. Иными словами, это означает повышенное понимание и принятие происходящего с человеком в данный момент времени. Применение этого метода расширяет сознание.

Внимание фокусируется на происходящем в момент медитации, а именно на дыхании. Мысли сменяют друг друга, но не анализируются, остаются без эмоциональной реакции (Mayo Clinic, 2012). Осознанность предполагает проживание каждого жизненного момента таким, каков он есть, без суждения о нем, без стремления к чему-либо, культивирование свободного принятия любых жизненных событий. Это состояние расслабленного восприятия как внутренних мыслей, чувств и переживаний, так и внешних меняющихся событий без попытки их контролировать (Mindful Living programs, 2012).

Осознанная медитация лежит в основе различных программ снижения стресса, например, Программы осознанного снижения стресса, разработанной д-ром Джоном Кабат-Зинном, и Программы осознанной когнитивной терапии, направленной на лечение депрессии с применением когнитивных методик, связывающих мысли и вызываемые ими чувства (Mindful living programs, 2012).

Программа базируется на научно обоснованном методе систематиче-

ского повышения уровня осознания текущих мыслительных процессов человека. Здесь предполагается, что чем более высокое достигается осознание в текущий момент времени, тем более четким и аккуратным становится восприятие человека, снижается негативный эффект событий и явлений, повышаются энергия и силы преодоления (Grossman et al., 2004; Kerr et al., 2011). Имеются научные данные, свидетельствующие о том, что систематические занятия осознанной медитацией оказывают влияние на те области мозга, которые отвечают за внимание, осознание и эмоции (Greeson, 2008). Данные программы оказались успешными в улучшении настроения и показателей сердечной деятельности (Zeidan et al., 2010), в управлении диабетом (Whitebird et al., 2009), хроническими заболеваниями (Merkes, 2010) и хронической болью (Morone et al., 2008). В исследованиях применительно к онкобольным, данные программы оказались результативными в улучшении психологической адаптации пациентов к своему заболеванию (Ledesma & Kumano, 2009), улучшении психологического и физического состояния больных (Birnie et al., 2010) и повышении активности клеток-киллеров (Kvillemo & Bränström, 2011). И, наконец, имеются данные о том, что данные программы помогают справляться с головной болью (Fang et al., 2010) и эффективны в лечении тревожности и депрессии (Evans, 2010; Hoffmann et al., 2010).

## Механизм действия

В то время как физиологические и биохимические изменения, возникающие в организме человека во время острого стресса, изучены уже достаточно хорошо, изменения, являющиеся результатом релаксации после применения различных психофизических методов, пока остаются мало исследованными (Dusek & Benson, 2009).

Одна из первых попыток понять взаимосвязь между разумом и телом была предпринята столетие тому назад, когда Кэннон описал реакцию «бороться или бежать», обнаружив ряд последовательных физиологических изменений у животных и у людей, подверженных стрессу (Cannon, 1914). Спустя 40 лет Ганс Селье продолжил раз-

**Занятия осознанной медитацией улучшают настроение и показатели сердечной деятельности, благоприятно воздействуют на психологическое и физическое состояние больных.**

## ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ МЕДИТАЦИИ

### Подготовка пространства для успешного проведения осознанной медитации

- Найдите тихое и укромное место, где вас не побеспокоят.
- Снимите тесную и обтягивающую одежду, вы должны быть одеты максимально удобно.
- Начните занятия медитацией с 10 минут, но в дальнейшем увеличьте время занятий как минимум до 20 минут.
- Установите будильник или звонок на мобильном телефоне на 10-минутной отметке для первого занятия и прибавляйте по минуте на последующих занятиях, пока не достигните 20 минут.

### Последовательность действий

- Сядьте на удобный стул/кресло, с хорошей поддержкой поясницы.
- Положите руки на колени... пусть они расслабятся и отдыхают... или положите руки на подлокотники стула/кресла.
- Закройте глаза.
- Сделайте 3–4 очищающих вдоха.
- Сосредоточьтесь взгляд перед собой или закройте глаза. Важно, чтобы вы смогли сосредоточиться и не отвлекались ни на что окружающее вас, или происходящее в комнате, или доносящийся извне шум.
- Начните с медленного дыхания... Обратите внимание на свое дыхание. Обратите внимание на то, как вы ощущаете дыхание... Сосредоточьтесь на изменении ощущений, возникающих во время дыхания на кончиках ноздрей.
- Медленно вдыхайте и медленно выдыхайте.
- Медленно вдыхайте, <...> обратите внимание то, как вы ощущаете дыхание... Ощутите, свое дыхание и то, как оно на вас влияет.

*Рекомендации:  
проведите  
обучение пациента  
Медитации до того, как  
начнется курс химиотерапии  
или другого вида лечения.  
Не ждите и не затягивайте  
время для обучения,  
проведите обучение  
до процедуры.*

- Продолжайте медленно вдыхать и медленно выдыхать.
- Если вы начали думать о чем-то другом, кроме дыхания, обратите внимание на то, что ваше сознание блуждает.
- Будьте благосклонны к себе... блуждание сознания является нормой... Не судите себя строго. Для нашего сознания совершенно естественным является такое блуждание <...> просто очень аккуратно верните себя обратно к мыслям о своем дыхании.
- Продолжайте медленно вдыхать и медленно выдыхать... обратите внимание на ощущение дыхания.
- Если вдруг вас отвлечет какой-то звук, например звук автомобиля или закрывающейся двери, обратите внимание на него...
- Вернитесь к ощущениям своего дыхания, не осуждая посторонние звуки. Не судите их, просто отметьте для себя «а, это же звук автомобиля... Я слышу звук автомобиля...», не осуждайте этот звук.
- Верните себя к своему дыханию...

медленно вдыхайте... и медленно выдыхайте... Прочувствуйте свои ощущения на вдохе... прочувствуйте свои ощущения на выдохе.

- Продолжайте выполнение этого упражнения 10 минут, увеличивая продолжительность до 20 минут, отведя на увеличение продолжительности от 4 и более дней.

### Завершение медитации

- Чтобы завершить медитацию, используйте очень мягкий звонок.
- Медленно, очень медленно откройте глаза. Не вставайте, пока просто откройте глаза. Затем полностью осознав, где вы находитесь, выведите себя из состояния медитации, сделав 3–4 очищающих вдоха.
- Теперь медитация закончена.

работки Кэннона и описал Общий адаптационный синдром, 3-ступенчатую модель реакции организма на стресс (Seyle, 1946). Реакция на стресс состоит из ряда произвольных физиологических изменений, включающих увеличение частоты пульса, артериального давления, частоты дыхания и метаболических сдвигов, которые высвобождают энергию (Dusek & Benson, 2009). Более 30 лет назад Бенсон описал другое физиологическое состояние, являющееся реакцией на релаксацию (Wallace et al., 1971). Эта реакция, которую можно вызвать преднамеренно, приводит к сокращению потребности в кислороде, снижению ча-

стоты дыхания и давления, а также к повышению чувства благополучия (Wallace et al., 1971).

Первоначальные исследования рассматривали в основном физиологические изменения, характерные для реакции на стресс и реакции на релаксацию. Когда доступными стали новые технологии, в частности метод биохимического анализа, ученые смогли проанализировать механистические изменения, возникающие в результате этих двух реакций. Первоначально были изучены гормональные изменения, а впоследствии и сигнальные молекулы, такие как оксид азота, который отвечает за физиологические и биохимические изменения в организме человека во время стресса или расслабления, а также взаимосвязь этих реакций (Dusek & Benson, 2009).

Реакция на стресс запускает каскад физиологических изменений. К ним относятся увеличение объема потребляемого кислорода и дыхания, увеличение дыхательной мускулатуры и дыхательных путей, повышение давления в результате увеличения сердечного выброса и повышения общего периферического сопротивления. Кроме того, происходит прилив крови к коже, брюшной полости, мышцам и сердцу. Взятые вместе, эти физиологические реакции приводят к серии взаимосвязанных изменений в организме человека во время стресса или расслабления, а также взаимосвязь этих реакций (Dusek & Benson, 2009).

Реакция на стресс запускает каскад физиологических изменений. К ним относятся увеличение объема потребляемого кислорода и дыхания, увеличение дыхательной мускулатуры и дыхательных путей, повышение давления в результате увеличения сердечного выброса и повышения общего периферического сопротивления. Кроме того, происходит прилив крови к коже, брюшной полости, мышцам и сердцу. Взятые вместе, эти физиологические реакции приводят к серии взаимосвязанных изменений в организме человека во время стресса или расслабления, а также взаимосвязь этих реакций (Dusek & Benson, 2009).

занных изменений, позволяющих организму отреагировать на стрессовый стимул посредством обеспечения энергией тех частей тела, которые в ней более всего нуждаются. Аналогичным образом серия взаимосвязанных воспроизводимых физиологических изменений наблюдается во время реакции на релаксацию. К их числу относится снижение объема потребляемого кислорода, элиминация углекислого газа, замедление сердечной деятельности и частоты дыхания, снижение систолического и диастолического артериального давления, а также увеличение вариабельности сердечного ритма (Dusek & Benson, 2009; Wallace et al., 1971; Peng, et al., 2004).

Исследования реакции на стресс показали, что многие из физиологических изменений, связанных с ней, запускаются контролируемыми биохимическими изменениями. Во время стрессовых ситуаций активируются два основных эндокринных пути, а именно: симпатико-адрено-медуллярная (САМ) и гипоталамо-гипофизарно-адренокортикальная (ГГА) оси. Они обе активируются за счет выработки гипоталамусом кортикотропного гормона (АКТГ). В наиболее быстро действующей оси САМ гормон АКТГ активирует мозговое вещество надпочечников для высвобождения катехоламинов адреналина и норадреналина (Chrousos & Gold, 1992; Dusek & Benson, 2009). Эти индуцированные стрессом изменения напрямую связаны с физиологическими изменениями в организме – повышением давления, сердечного ритма, частоты дыхания и потребления кислорода (Chrousos & Gold, 1992; Dusek & Benson, 2009).

В функционирующей медленнее оси ГГА АКТГ оказывает влияние на кору надпочечников для высвобождения кортизола. Попав в кровоток, кортизол вызывает метаболические изменения в печени, приводящие к повышению концентрации глюкозы в крови и тканях. Глюкоза, в свою очередь, продуцирует выработку аденозина трифосфата (АТФ), восстанавливающего поврежденные клетки и позволяющего метаболически активным клеткам по всему организму ответить на стресс (Chrousos & Gold, 1992; Dusek & Benson, 2009).

Исследователи, изучающие потенциальную взаимосвязь между реакцией на релаксацию и ГГА изменения, фокусиро-

вали внимание на выработке кортизола (Dusek & Benson, 2009). Например, Судсуанг и коллеги обнаружили у буддийских монахов значительно сниженный уровень кортизола в сыворотке крови после медитации по сравнению с участниками исследования из контрольной группы, которые не применяли медитацию (Sudsuang et al., 1992).

Новые технические возможности, имеющиеся сегодня, позволяют изучать различные биохимические соединения, включая оксид азота (Dusek & Benson, 2009). Оксид азота – это недолговечный азотистый свободный радикал, который, как было доказано, опосредует различные физиологические процессы, включая функционирование сердечно-сосудистой, иммунной и нервной системы (Bredt & Snyder, 1994). Касательно иммунной системы оксид азота обладает способностью оказывать влияние на фенотип воспалительных клеток и, таким образом, влиять на характер иммунного ответа организма (Dusek & Benson, 2009; Freeman et al., 1995).

К числу часто наблюдаемых результатов реакции на релаксацию относится снижение давления. Исследователи Душек и Бенсон предположили, что изменения уровня оксида азота могут привести к снижению давления, наблюдаемого при реакции на релаксацию. В ходе контролируемого рандомизированного исследования эти ученые выявили, что за 8 недель регулярных занятий по релаксации лицам с артериальной гипертензией удалось значительно снизить давление. Через 8 и более недель занятий 32 % участников смогли отказаться от одного и более препаратов, принимаемых ранее для снижения давления (Dusek et al., 2008).

Взятые вместе, недавние исследования реакции на стресс и реакции на релаксацию углубляют наше понимание взаимосвязи между состоянием стресса/релаксации, с одной стороны, и биохимическими/физиологическими изменениями в организме человека, с другой стороны. В ходе будущих исследований будет важно установить взаимосвязь между другими биохимическими веществами, выделяющимися при релаксации, и уточнить, каким образом Реакция на релаксацию влияет на состояние здоровья человека в долгосрочной перспективе (Dusek & Benson, 2009).

## Трудности во внедрении нового сестринского вмешательства

Исследования показывают, что у некоторых лиц в результате применения релаксационных методик возрастает уровень тревожности (Astin et al., 2003). В нескольких исследованиях, проведенных по этому вопросу, была установлена частота возникновения тревожности, при этом данные варьировались от 17 % (Braith et al., 1988) до 31 % (Heide & Borkovec, 1983) в результате релаксационных упражнений и до 53,8 % в результате медитации. Среди причин этого явления страх потери контроля, общее беспокойство, страх бездействия и опасение пустить все на самотек (Lazarus & Mayne, 1990). К другим неприятным моментам относятся необычность ощущений, навязчивые мысли, головокружение, плавающее сознание, чувство уязвимости, ощущение тяжести, судорожные сокращения мышц (Lazarus & Mayne, 1990). В исследовании, где были задействованы 116 психологов, применяющих релаксационные методики в своей работе, среди наиболее часто встречающихся проблем пациентов были упомянуты навязчивые мысли (15 %), страх потери контроля (9 %), тревожные ощущения (4 %) и мышечные судороги и спазмы (4 %). Респонденты сообщили, что они были вынуждены прекратить релаксационные занятия для 3,8 % пациентов, так как побочные эффекты серьезно затрудняли лечение (Astin et al., 2003; Edinger & Jacobsen, 1982).

С учетом указанных данных следует помнить, что хотя и редко, но релаксационные методики могут вести к нежелательным последствиям. Тем не менее о серьезных и тяжелых последствиях речь не идет. Исходя из этого стоит помнить, что перед применением тех или иных релаксационных методик необходимо оценить состояние пациента, его желание попробовать этот вид лечения и предупредить, что в случае возникновения неприятных ощущений занятие нужно сразу же прекратить.

Полная версия статьи опубликована на сайте РАМС <http://www.medsestre.ru/publ/info/154>.



# КАК НЕ ЛИШИТЬСЯ РАБОТЫ ВО ВРЕМЯ ДЕКРЕТНОГО ОТПУСКА

**ВОПРОС:** Здравствуйте, прошу проконсультировать меня по сложившейся ситуации. Я состою в региональной ассоциации медицинских работников с 2004 года. Работала в онкологическом диспансере тоже с 2004 года, два раза увольнялась и работала в другой профильной клинике по настоящее время до выхода в декрет. В диспансере я также продолжаю работать медсестрой-анестезистом, являюсь совместителем и тоже нахожусь в декретном отпуске.

С 1 февраля я должна уйти в отпуск по уходу за ребенком, но на прошлой неделе мне позвонили из отдела кадров диспансера и сообщили, что действие моего сертификата по анестезиологии заканчивается, поэтому, так как я его не могу сейчас продлить, я должна написать заявление по собственному желанию. По словам работника отдела кадров, я теперь не соответствую занимаемой должности, тем более что я совместитель.

Я не хочу увольняться, после отпуска по уходу за ребенком планирую перевестись на постоянное место работы в диспансер, потому что у меня двое детей, мне ближе до работы и там выше зарплата, а у нас в семье сложное материальное положение (ипотека). Как мне поступить? Есть ли законное основание, чтобы меня уволили, или это незаконно, потому что малышу только исполнилось 2,5 месяца?

В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации в сфере здравоохранения, до 1 января 2016 года медицинские работники имеют право на осуществление медицинской деятельности только при наличии сертификата специалиста.

Таким образом, сертификат специалиста является обязательным документом, удостоверяющим право медицинского работника на занятие медицинской деятельностью, а истечение срока действия сертификата означает истечение срока действия специального права на допуск к медицинской деятельности.

Прекращение трудового договора в случае истечения у медицинского ра-

ботника срока действия сертификата специалиста должно осуществляться не по собственному желанию, а по п. 9 ч. 1 ст. 83 Трудового кодекса РФ (далее – ТК РФ) в связи с истечением срока действия специального права (лицензии, права на управление транспортным средством, права на ношение оружия, другого специального права). При увольнении работодателя обязан предложить работнику другую вакантную должность или работу (как соответствующую его квалификации, так и нижестоящую или нижеоплачиваемую должность), которую работник может выполнять с учетом состояния его здоровья.

Учитывая, что в данном случае увольнение работника происходит в соответ-

ствии со ст. 83 ТК РФ – по обстоятельствам, не зависящим от воли сторон, а не по инициативе администрации, гарантии, установленные ст. 261 ТК РФ для женщин, имеющих детей в возрасте до 3 лет, к рассматриваемым правоотношениям неприменимы.

Также обращаю внимание, что требование администрации об увольнении по собственному желанию рассматривается как понуждение к увольнению и является нарушением трудового законодательства.

Для продолжения трудовой деятельности в должности медицинского работника Вам необходимо получить сертификат специалиста.

*Юрисконсульт РАМС*



**ВСЕРОССИЙСКИЙ  
КОНГРЕСС  
МЕДИЦИНСКИХ  
СЕСТЕР**

**11–13 октября 2015  
Санкт-Петербург**

Уважаемые коллеги,

Ассоциация медицинских сестер России приглашает вас принять участие во Всероссийском конгрессе **«Медицинские сестры – движущая сила перемен по оказанию эффективной и экономичной медицинской помощи»**, который состоится 11–13 октября 2015 года в Санкт-Петербурге.

Основные направления конгресса:

- «Эффективное использование сестринских кадров».
- «Доказательная сестринская практика».
- «Пациенториентированная модель ухода в обеспечении качества медицинской помощи».

Содержание Конгресса составят многочисленные круглые столы и симпозиумы по вопросам организации и управления, образования, накопительной системы повышения квалификации, по отдельным актуальным проблемам практики. Будут организованы и секционные заседания по различным сестринским специальностям.

Для членов Ассоциации предусмотрена льготная регистрация. Дополнительная информация доступна на веб-сайте РАМС: [www.medsestre.ru](http://www.medsestre.ru).

**БУДУЩЕЕ ПРОФЕССИИ СОЗДАДИМ ВМЕСТЕ**

# Дезактив-Гель

## АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО

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

### ОПИСАНИЕ

Готовый к применению гель в виде прозрачной вязкой жидкости.

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

### СОСТАВ

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

### НАЗНАЧЕНИЕ

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

Срок годности средства—3 года.



### МИКРОБИОЛОГИЯ

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

### ПРИМЕНЕНИЕ

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

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

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

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



ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕЕ СРЕДСТВО

# “МЕДИЛИС® - ЗДВ ДЕЗ”

МОЩНЫЙ ПРЕПАРАТ - КОМБИНАЦИЯ ТРЕХ ДЕЙСТВУЮЩИХ ВЕЩЕСТВ  
ПРОТЕСТИРОВАН НА MICOBACTERIUM TERRAE

Объекты обеззараживания при туберкулёзе:

- ✓ Посуда чистая
- ✓ Посуда с остатками пищи
- ✓ Посуда лабораторная
- ✓ Белье незагрязненное
- ✓ Белье, загрязненное выделениями
- ✓ Кровь (без сгустков), находящаяся в емкостях
- ✓ Моча
- ✓ Мокрота
- ✓ Смывные воды, жидкость после ополаскивания зева
- ✓ Емкости из-под выделений:
- ✓ Изделия из резин, стекла, пластмасс, металлов (в том числе однократного применения), комплектующие детали наркозно-дыхательной аппаратуры, анестезиологического оборудования
- ✓ Изделия из металлов
- ✓ Жесткие и гибкие эндоскопы, инструменты к ним
- ✓ Гибкие эндоскопы
- ✓ Стоматологические оттиски, зубопротезные заготовки из керамики, металлов, пластмасс



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

MEDILIS.RU