

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 1/25 2016



**Призвания другого нет...
20-летие деятельности отметили
в Вологодской региональной
ассоциации**



стр. 24

**Победить побочные эффекты
противотуберкулезной те-
рапии: актуальная задача ТБ
службы**



стр. 12

**Владимир – Блумингтон-Нор-
мал: опыт трансконтинентско-
го обмена студентов медицин-
ского колледжа**



стр. 20

**Борьба с раком:
от знаний – к действию.
Итоги Всероссийской акции
РАМС**



ЛИЗОФОРМ

С 1900 года на мировом рынке дезинфекции и гигиены

РОССИЙСКИЙ



ПРОИЗВОДИТЕЛЬ



ПОЛНЫЙ СПЕКТР СРЕДСТВ ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ И ГИГИЕНЫ

Группа компаний «Лизоформ»

195220, Санкт-Петербург, пр. Непокоренных, дом 16, корп. 1, лит. Б
тел.: (812) 347-71-15, (812) 545-19-12, e-mail: sales@lysoform.ru

Филиал в Москве: ООО «КлинДез»

тел.: + 7 (495) 741-54-42, 771-25-64, e-mail: klindez@lysoform.ru
www.lysoform.ru



■ Специализированные секции станут локомотивом внедрения аккредитации и будут активно задействованы в подготовке всевозможных образовательных мероприятий РАМС и региональных организаций по всей стране.

Дорогие коллеги и читатели «Вестника»!

Мы искренне рады приветствовать вас в первом в этом году выпуске журнала, поделиться самыми последними новостями и планами.

Как вы знаете, в рамках отчетно-выборной конференции было сформировано новое Правление Ассоциации. Команда молодых и инициативных лидеров уже успела провести свое первое заседание, определить сферы ответственности и поставить новые амбициозные задачи. С началом года стартовала и их активная реализация. В первую очередь, изменения коснулись работы специализированных секций в составе РАМС. Правлением было принято решение сузить круг членов секций до 5–6 человек, в зависимости от направления работы, определить для участия в секциях наиболее активных, мотивированных и имеющих время для общественной работы специалистов.

Чтобы работа секций шла более плодотворно, большинство из них встретятся лично в ходе расширенного заседания Координационного совета РАМС. Затем общение будет проходить он-лайн, ведь современные средства связи стирают границы между регионами и часовыми поясами, а также помогают экономить средства Ассоциации. Но для того, чтобы работа началась, специалистам желательно знать друг друга лично.

А работа секциям предстоит серьезная. Именно они станут локомотивом внедрения аккредитации и будут активно задействованы в подготовке всевозможных образовательных мероприятий РАМС и региональных организаций по всей стране. Кроме того, секции станут отвечать за проведение профильных акций; так, уже в начале этого года секцией «Сестринское дело в онкологии» уже была успешно реали-

зована акция, приуроченная ко всемирному дню борьбы с раком. Отчеты об этой акции продолжают стекаться в офис РАМС, но уже понятно, что она подтолкнула сотни специалистов к тому, чтобы объединить свои знания с возможностями общественных организаций и рассказать в этот день жителям городов, посетителям медицинских организаций о рисках онкологических заболеваний, принципах профилактики и раннего выявления, предоставить контактные данные тех центров, где пациенты получают профессиональную помощь и консультацию. Такие акции исключительно важны. И для населения, и для самих медицинских сестер. Именно в такие даты, направляя свои усилия на работу с пациентами, можно еще раз убедительно продемонстрировать роль нашей профессии.

К очередным всероссийским акциям уже готовятся другие специализированные секции. Так, секцией операционных сестер уже проведен европейский день операционной медицинской сестры; секция медицинских сестер фтизиатрической службы будет активно задействована во Всемирный день борьбы с ТБ.

Большие планы и у ряда комитетов в составе РАМС. Так, информационно-аналитический комитет открыл 2016 год созданием страницы Ассоциации в социальных сетях. Проанализировав работу Форума РАМС на сайте, члены комитета пришли к выводу, что сегодня, при всем многообразии виртуальных способов обмена информацией, необходимы более доступные каналы взаимодействия. Нельзя не признать, что в социальных сетях люди сегодня проводят времени порой больше, чем в семье. Поэтому Комитетом было предложено приблизить работу РАМС к членам организации. Всего за пару недель количество участников группы выросло многократно,

медицинские сестры начали активно задавать вопросы и получать прямые ответы. Можно сказать, что была установлена «горячая линия» по взаимодействию членов Ассоциации непосредственно с руководством и самыми опытными лидерами. Для всех желающих вступить в общение сообщаем, что ссылка на нашу группу «ВКонтакте» размещена на сайте РАМС, приходите, будем рады знакомству!

Комитет по связям с общественностью будет развивать и далее представлять и отстаивать позицию РАМС по наиболее острым вопросам практики и образования на различных общественно-политических площадках, взаимодействовать с Общероссийским народным фронтом, Пироговским движением врачей, Национальной ассоциацией фтизиатров, другими неправительственными организациями.

Этический комитет будет содействовать работе соответствующих структур на региональном уровне, вести мониторинг профессиональной деятельности специалистов на предмет соответствия этическим нормам, рассматривать и анализировать ситуации, где такие нормы нарушены.

Профессиональный комитет продолжит курировать вопрос об утверждении и внедрении профессиональных стандартов, вплотную займется вопросами, связанными с введением аккредитации. Кроме того, вполне возможно, в структуре РАМС появится и новый орган – Комитет по образованию. Как показывает жизнь, нам необходима экспертная поддержка и в этом вопросе.

Уверена, что впереди нас ждет интересный и насыщенный мероприятиями год. Искренне благодарю вас за поддержку и желаю интересного прочтения и внедрения положительных примеров инновационной сестринской практики!



На обложке: Члены Оргкомитета Юбилейной конференции Волгодской региональной общественной организации «Ассоциация специалистов сестринского дела»

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ	
15-летний юбилей Омской профессиональной ассоциации	стр. 9
Практические вопросы инфекционной безопасности при туберкулезе	стр. 37
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ	
Медицинские сестры – движущая сила перемен по оказанию эффективной и экономичной медицинской помощи	стр. 4
НКО – полноценные партнеры государства	стр. 10
МЕДИЦИНСКИМ СЕСТРАМ ПОСВЯЩАЕТСЯ...	
Призвание (часть 2)	стр. 30
ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА	
В атмосфере волшебства: особенности работы ассистента стоматолога	стр. 12
Оценка взаимодействия службы крови с медицинскими организациями Республики Марий Эл	стр. 15
Система оказания специализированной медицинской помощи в травмоцентрах второго уровня	стр. 19
Обучение пациента: новый взгляд на важную роль медицинской сестры	
Высокие технологии: роль медицинской сестры при выполнении роботизированной операции	стр. 20
СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	
Анестезиология и реаниматология. Особенности сестринского ухода за больными детьми после кардиохирургических вмешательств	стр. 33
СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	
К вопросу об аттестации. Нюансы присвоения квалификационных категорий при смене должностей и специальностей	стр. 40

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 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 – Елена Савинцева
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

ПРИЗВАНИЯ ДРУГОГО НЕТ...

К 20-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ ВОЛОГОДСКОЙ РЕГИОНАЛЬНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
«АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА»

Говорят, под Новый год все мечты сбываются...
Мечту от реальности иногда отделяет всего один шаг... Одно важное решение... Вот мы и
решили – создать Ассоциацию...
(...из разговора в кулуарах праздника)

Скрипки, покорившись стремительным смычкам, перешли с трехтактного вальса на искрометный чардаш, а многочисленные гости все прибывали и прибывали... Сотни людей – медсестер, фельдшеров, акушерок – собрались в одном из лучших концертных залов Вологды, чтобы отметить 20-летие своей профессиональной общественной организации.

Сегодня «Ассоциация специалистов сестринского дела» на Вологодчине объединяет более тысячи четырехсот членов, и сложно даже представить, что два десятилетия назад у ее истоков стояла небольшая группа энтузиастов – всего 23 человека. К 29 декабря 1995 года – дате проведения Учредительного собрания – сторонников будущей Ассоциации заметно прибавилось: за создание региональной общественной организации медицинских сестер проголосовало 83 человека. Конечно, кто-то скажет, что инициатива шла из Северной столицы (Российская ассоциация медицинских сестер в ту пору была уже достаточно солидной и уважаемой организацией), но в эпоху перестройки никакие директивы центра без поддержки на местах не имели реальной силы. Да и директив-то на самом деле не было! Мысль о создании региональной Ассоциации медицинских сестер проросла как зерно из земли после эмоциональных рассказов вологжанки Натальи Андреевны Рябинченко, которая в 90-х активно работала в Ассоциации медицинских сестер России и даже была избрана ее вице-президентом. Именно кандидатуру Натальи Рябинченко поддерживали коллеги, когда встал вопрос о выборах президента региональной Ассоциации.



На своем общественном посту Наталья Андреевна проработала 15 лет. Пик массового вступления в организацию новых членов пришелся на начало 2000-х. На изломе тысячелетий фельдшера, акушерки, медсестры почувствовали реальную силу Ассоциации. И не только в тех «профсоюзных» случаях, когда речь шла о защите прав медицинских работников, но и в непростых вопросах снижения и дефицита кадров, повышения квалификации, обучения и переподготовки специалистов сестринского дела. Оказывается, если взяться сообща, даже самые сложные проблемы поддаются решению. Как говорится, было бы желание...

А желание было!

– Во-первых, было огромное желание решить кадровую проблему, – рассказывает первый президент Ассоциации Наталья Рябинченко. – Медсестер не хватало и не хватает во всем мире, а что уж говорить о России эпохи перестройки! Многие тогда кинулись за большими деньгами, и тяжелая работа медсестры и акушерки за крохотную зарплату мало кого устраивала! Вот мы и поставили цель – поднять престиж профессии! Причем не с помощью громких политических заявлений (это

дело профсоюзов!), а посредством усовершенствования системы подготовки кадров, проведения конкурсов профессионального мастерства, зарубежных стажировок, семинаров и мастер-классов по обмену профессиональным опытом. Заставить общество уважать себя можно только одним путем – став профессионалом экстра-класса.

Профессионалы экстра-класса

На торжественном вечере в честь 20-летия Вологодской региональной Ассоциации специалистов сестринского дела профессионалы экстра-класса получали заслуженные награды – почетные грамоты, дипломы победителей профессиональных конкурсов, благодарственные письма. Чтобы вручить коллегам знаки «За верность профессии» и почетные грамоты Российской ассоциации из Санкт-Петербурга в Вологду приехала президент Общероссийской общественной организации «Ассоциация медицинских сестер России», председатель Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций и ВОЗ, член научного комитета Международного совета медсестер Валентина Антоновна Саркисова. Зал приветствовал ее стоя.



Были в этот день и награды правительства области, и слова благодарности от ведомственного департамента, и наивные детские стихи, вызвавшие в зале смех и улыбки:

«Я не боюсь прививок и уколов,
А вырасту когда – пойду в другую школу,
Хочу я медсестричкой стать,
Хочу больным я помогать!
Я знаю, это сложная работа,
Но в Школу по уходу – все равно охота!»

«...В школу по уходу – все равно охота!»

– Школа сестринского ухода за тяжелобольными пациентами – один из самых востребованных проектов Вологодской региональной Ассоциации специалистов сестринского дела, – рассказывает нынешний президент организации Нина Валентиновна Никитина. – Уход за тяжелобольными – трудная работа. Достоинно нести это бремя – по силам далеко не каждому. Вот тут-то на помощь родственникам больного и приходит медицинская сестра! Это тот самый случай, когда от ме-

дицинского работника зависит не только здоровье самого пациента, но и здоровая атмосфера в семье. Как этого добиться? Ответ на непростой вопрос вам дадут на занятиях в Школе сестринского ухода.

Заметим, что сфера профессиональной деятельности специалистов сестринского дела сегодня необычайно широка. И как бы странно это ни звучало, но в профессиональной медицинской помощи в 21 веке нуждаются даже самые здоровые люди. Только в этом случае речь идет не о лечении заболеваний, а об их профилактике. А начинать лучше с детства, как это делают в «Комнате здорового ребенка» Вологодской детской поликлиники № 1. Комната появилась благодаря победе проекта поликлиники № 1 на Всероссийском конкурсе грантов РАМС «Здоровый образ жизни».

Чтобы перечислить все дела и начинания Вологодской региональной Ассоциации специалистов сестринского дела, потребуется не один выпуск журнала. Хорошо это понимая, на Вологодчине к юбилею Ассоциации решили



выпустить книгу – сборник документальных статей об истории и людях, ежедневных делах организации и победах, которыми хочется гордиться. Книга стала достойным подарком гостям и участникам юбилейного вечера.

Вечер, о котором хочется столько сказать...

Вообще, в этот вечер в зале было какое-то особенное чувство причастности к общему – очень большому и очень важному делу. Это чувство было во всем – и в том, как участники праздника слушали своего нынешнего лидера Нину Валентиновну Никитину, и в том, как смотрели видеофильм об истории Региональной ассоциации, и в том, как аплодировали юным танцорам Студии классического балета, и в том, как встречали кинозвезду – заслуженную артистку РФ Оксану Сташенко. А какое потрясающее чувство охватило зал, когда Оксана пригласила на сцену ветеранов Ассоциации, когда пела специально для них и вместе с ними.

Это был удивительный вечер, когда людей объединяли не только общая организация и общая профессия, но и нечто гораздо большее – то, что зовется единством взглядов и единством душ...

P.S. Современный мир диктует нам свои жесткие условия. Под гигантским давлением извне Россия отстаивает свое право называться великой державой. И казалось бы – не до праздников сейчас, не до юбилеев! Но, может быть, оттого и живем мы в могучей стране, что умеем работать и побеждать, лечить и помогать, праздновать и мечтать. Умеем быть счастливыми, когда совсем непросто.



Первые уверенные шаги Союза профессионалов Карелии



■ **Татьяна Валентиновна Вирки**

Президент КРООМР «Союз профессионалов»,
главная медицинская сестра
ГБУЗ РК «Больница скорой
медицинской помощи»

10 декабря 2015 года в актовом зале АОУ СПО «Петрозаводский базовый медицинский колледж» (Республика Карелия) прошла первая отчетно-перевыборная конференция членов Карельской региональной общественной организации медицинских работников «Союз профессионалов». Конференция подвела итоги первого года работы Союза и наметила стратегию его дальнейшего развития.

Отрадно, что в подробном отчете, представленном Президентом КРООМР «Союз профессионалов» Татьяной Вирки, отражена разносторонняя деятельность членов организации: от благотворительных до профессиональных мероприятий. Первый год работы не был легким. Формирование пакета учредительных документов, регистрация юридического лица в Министерстве юстиции Республики Карелия потребовали много времени и терпения. Создание профессиональной группы «ВКонтакте», а затем и создание сайта kroomr.ru, сделали общественную

организацию открытой к общению и распространению информации. Работа членов общественной организации набирала обороты. Текущую работу осуществлял Совет. Именно такая структура управления в общественной организации обеспечила профессиональную свободу ее членов, а главное, создала условия для развития сестринских инициатив.

Успешно прошла благотворительная акция «Бумеранг добра» в одном из отдаленных поселков Карелии во Всемирный день милосердия. Неравнодушными к нуждам детей оказались многочисленные медицинские работники ЛПО г. Петрозаводска. Собранные ими вещи для детей и лиц без определенного места жительства очень пригодились в ГБУЗ РК «Республиканская психиатрическая больница», в ГБУЗ РК «Республиканский противотуберкулезный диспансер», в ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи».

Мероприятия, организованные в День борьбы с раком, носили разнотипный характер: от профессиональной конференции для медицинских работников на базе ГБУЗ РК «Республиканский онкологический диспансер», организации Дня донора до многочисленных занятий с населением по профилактике и раннему выявлению онкопатологии.

День операционной сестры прошел на базе ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А. Баранова». Сводный доклад об истории операционного дела, прозвучавший на семинаре, вызвал большой интерес у присутствующих. На экране мелькали фотографии: оборудование операционной в прошлом,

современное оснащение операционного процесса, лица операционных сестер. Ветераны операционного дела были удивлены: их труд не забыт, их помнят, ими гордятся. Участники семинара решили ходатайствовать перед Министерством здравоохранения и социального развития Республики Карелия о размещении интереснейшей презентации из истории операционного дела Карелии на сайте.

Многоплановым стал месячник борьбы с туберкулезом: проведение семинара по профилактике туберкулеза в Карелии на базе БУ «Национальная библиотека Республики Карелия», организация бесплатного флюорографического исследования, мастер-класс по изготовлению ромашки, мастер-класс по предупреждению табакокурения «Своя игра». Данная акция была поддержана Центром медицинской профилактики, АОУ СПО «Петрозаводский базовый медицинский колледж».

Удачными оказались мероприятия, приуроченные ко «Дню здоровья»: подготовка тьютеров по профилактике табакокурения на базе ГБУЗ РК «Городская детская больница», занятия в Школах здоровья, массовые «Веселые старты» среди медицинских работников (победитель – команда ГБУЗ РК «Детская республиканская больница»).

В День медицинской сестры прошел Республиканский Совет организаторов сестринского дела, на котором был представлен социологический портрет медицинской сестры, основанный на масштабном исследовании среди медицинских сестер и пациентов различных лечебных организаций Республики Карелия.



Первый год работы общественной организации был ознаменован конкурсом исследовательских работ медицинских сестер. Первые, но далеко не робкие шаги, сделаны сестрами разных лечебных учреждений. Исследования в разных областях сестринского дела доказали возможность развития нашего профессионального сообщества.

Став членом РАМС в мае 2015 года, «Союз профессионалов» получил возможность участвовать в мероприятиях общероссийского масштаба. Работы, участвовавшие в конкурсах РАМС, получили заслуженную оценку и признание, что явилось не только поводом для гордости, но и стимулом для дальнейшего совершенствования.

Знаковым событием в жизни общественной организации стало участие в Конгрессе Российской ассоциации медицинских сестер «Медицинские сестры – движущая сила перемен по оказанию эффективной и экономичной медицинской помощи» в г. Санкт-Петербурге в октябре 2015 года. Участники Конгресса не только могли познакомиться с опытом других региональных сообществ, но и предложить свое видение эффективной роли медицинской сестры в различных сферах ее деятельности. Кроме того, делегаты

форума смогли почувствовать корпоративный дух и по-новому осознать значимость своей профессии. Конгресс, проведенный на высочайшем уровне, стал «глотком чистого воздуха» и расширил профессиональные горизонты.

На отчетно-выборной конференции члены КРООМР «Союз профессионалов» получили наглядную информацию о численности, целях и задачах общественного объединения, основных направлениях деятельности, развитии сестринской профессии в Республике Карелия. Из выступления Т.В. Вирки: «... КРООМР “Союз профессионалов” в 2015 году продолжал активно и содержательно развиваться, основными особенностями являлось конструктивное взаимодействие с Министерством здравоохранения и социального развития Республики Карелия и Российской ассоциацией медицинских сестер...». На конференции прозвучал подробный отчет о финансовой деятельности организации, о работе комитетов.

В работе конференции приняли участие гости: исполнительный директор РАМС Елена Ивановна Савинцева и Татьяна Васильевна Глазкова – президент Региональной общественной органи-

зации Ленинградской области «Профессиональная ассоциация специалистов сестринского дела». Их выступления и оценка работы КРООМР «Союз профессионалов» подтвердили правильность выбранного пути и стратегию развития организации.

Названы не только положительные итоги работы, но и существующие проблемы. Одна из них – членство в «Союзе профессионалов». И хотя численность в организации минимальна (только 3% от общего количества медицинских работников со средним медицинским образованием) и далеко не все лечебные учреждения информированы о создании КРООМР «Союз профессионалов», Совет организации руки не опускает. Наоборот, план работы общественной организации на 2016 год стал более полным и включил в себя разнообразные мероприятия: от профессиональных акций до масштабных конференций.

Профессиональное сообщество находится в постоянном поиске новых идей, и высокая профессиональная активность медицинских сестер Карелии вселяет надежду в то, что мы и далее будем успешно консолидироваться вокруг общей идеи «Будущее профессии создадим вместе!».

XIX Российский онкологический конгресс

■ Фролова Ольга Михайловна

Председатель секции РАМС
«Сестринское дело в онкологии»,
главная медицинская сестра ОБУЗ
«Ивановский областной
онкологический диспансер»

С 17 ноября по 19 ноября 2015 года в Москве в международном выставочном центре «Крокус Экспо» состоялся XIX Российский онкологический конгресс. В рамках мероприятия были представлены результаты российских исследований в области фундаментальной и клинической онкологии, новые подходы в диагностике и лечении различных видов рака (возможности ранней диагностики, современные тенденции в онкохирургии, аспекты медикамен-

тозного лечения), были рассмотрены проблемы оказания психологической и паллиативной помощи онкобольным и другие актуальные вопросы. Организаторами выступали: Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина, Общество онкологов-химиотерапевтов (RUSSCO).

Все три дня конгресса были насыщены мероприятиями. Пленарные заседания проходили в 8 конференц-залах, и каждый участник смог участвовать в наиболее актуальных для него сессиях и симпозиумах. 3176 человек официально прошли электронную регистрацию на конгрессе, что по-прежнему делает конгресс крупнейшим в Европе среди национальных мероприятий. 500 лекторов, из которых 20 иностранных, сделали до-

С приветственным словом к присутствующим делегатам на конгрессе обратился главный онколог РФ, директор ФГБНУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина, академик М.И. Давыдов. 94 научных заседания и симпозиума составили программу. Впервые была организована сессия с Европейской школой онкологии. Впервые подписан Меморандум о сотрудничестве между RUSSCO, компаниями AstraZeneca и Yandex, позволяющий начать передовой проект RAY по созданию базы больших данных. На открытии конгресса авторы лучших работ представили результаты своих исследований. Финалы 2 конкурсов (Всемирного конкурса молодых ученых и конкурса «ОнкоБиоМед-2015» фонда Сколково-ФАНО-RUSSCO) состоялись на конгрессе. 37 фармацевтических компаний и компаний, специализирую-



щихся на производстве медоборудования, участвовали в выставке. Ведущие международные онкологические организации ESMO, ESO и IASLC участвовали в выставке. Впервые более 1500 участников посетили конгресс в третий день его проведения.

В первый день Конгресса мне удалось принять участие в сателлитном симпозиуме «Поддерживающая терапия в онкологии. Всё ли мы знаем?», на котором рассматривались вопросы профилактики нежелательных побочных явлений у пациентов, проходящих лекарственную терапию. Приятно было отметить, что направления деятельности врачей онкологов в этой области полностью совпадают с рекомендациями, представленными медицинским сестрам в рамках прошедших в 2013–2014 годах международных проектах Ассоциации медицинских сестер России.

Также очень интересным мне представилось участие в научно-философском диспуте «Спорные истины» на тему «Дженерики vs оригинальные препараты», ведущими которого были А.Г. Гордон и проф. В.А. Горбунова. Диспут был эмоционален и однозначного решения вопроса об эквивалентности дженериков оригинальным препаратам не найдено, но сообщество онкологов сошлось в едином мнении, что необходимо вносить предложения внесения изменений в Закон РФ № 44-ФЗ «О контрактной системе закупок».

Вечером первого дня состоялась сессия «Паллиативная терапия» под сопредседательством д-ра мед. наук проф. Георгия Андреевича Новикова – председателя Правления Общероссийского объединения медицинских работников, и канд. мед. наук Дарьи Владимировны

Невзоровой – главного врача ГКУЗ «Хоспис № 1 им. В.В. Миллионщиковой» Департамента города Москвы, главного внештатного специалиста по паллиативной помощи Министерства здравоохранения РФ. Доклады были посвящены вопросам ранней интеграции паллиативной помощи в терапию онкологических заболеваний. Конечно, обезболивающая терапия в паллиативной онкологии остается важной темой встреч специалистов по онкологии. Именно этой теме были посвящены доклады д-ра мед. наук Г.Р. Абузаровой и канд. мед. наук Н.Н. Савва.

Второй день Конгресса был не менее насыщенным. Представлены были инновационные разработки ученых в области диагностики и лечения онкологических заболеваний, новейшие лекарственные средства, 162 постерных доклада, состоялось обсуждение лучших постеров. Отдельно хочу остановиться на сессии «Вопросы психологической поддержки в онкологии. Врачи, пациенты» под сопредседательством проф. И.Е. Хатькова (Москва), проф. М.Ю. Бяхова (Москва), проф. Л.М. Когония (Москва), д-ра мед. наук Т.Ю. Семиглазовой (Санкт-Петербург), д-ра Н.М. Ривкиной (Москва). На сессии коснулись вопросов организации психоонкологической службы, качества жизни с точки зрения врача и пациента, акцентировали внимание на нехватке онкопсихологов в онкологических учреждениях. Не обошли стороной и вопросы эмоционального выгорания онкологов и способов минимизации воздействия негативных эмоций на здоровье медиков.

Третий день Конгресса был посвящен, кроме вопросов клинической

онкологии, сестринскому уходу в онкологической практике. Сессия проходила под сопредседательством коллег из Комитета онкологических медицинских сестер Российского общества клинической онкологии (RUSSCO) проф. Н.Ф. Орел (Москва), канд. мед. наук А.В. Снегового (Москва), Л.К. Цветковой (Москва), Н.Н. Гедро (Москва). Доклады медицинских сестер были посвящены вопросам поддерживающей терапии при противоопухолевом лечении пациентов, паллиативном уходе и передовому опыту организации сестринской службы в многопрофильных медицинских организациях. Приятно отметить, что участниками сессии с докладами о реализации и практическом применении навыков научно-обоснованных методов поддержки онкологических больных и ухаживающих за ними лиц и повышению качества химиотерапевтической помощи онкобольным стали участницы международных проектов РАМС Т.В. Барабанова – медицинская сестра ГБУ АО «АКОД» (Архангельск) и В.П. Рязанова – старшая медицинская сестра (Москва). Делегатами РАМС был представлен доклад о роли Ассоциации медицинских сестер России в совершенствовании сестринской помощи онкологическим пациентам.

Российский онкологический конгресс является крупнейшим ежегодным мероприятием в онкологии не только в России, но и в странах СНГ и Восточной Европы. Я искренне благодарю Ассоциацию медицинских сестер России за предоставленную возможность принять участие в столь значимом мероприятии в области онкологии.

РАЗВИТИЕ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ



■ **Корепина Марина Васильевна**
Главная медицинская сестра БУЗ ВО
«Вологодская детская городская
поликлиника № 5»



■ **Фисенко Наталья Викторовна**
Старшая медицинская сестра БУЗ ВО
«Вологодская городская поликлиника
№ 5»

Актуальность проблемы и цели исследования. Паллиативная помощь – направление медицинской и социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни инкурабельных больных и их семей посредством предупреждения и облегчения страданий, благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других симптомов – физических, психологических и духовных. Паллиативная помощь утверждает жизнь и рассматривает смерть как нормальный закономерный процесс; не имеет намерений продления или сокращения срока жизни; старается насколько возможно долго обеспечить больному активный образ жизни.

Как следует из определения ВОЗ, паллиативная помощь больным должна начинаться с момента установления диагноза неизлечимого заболевания, которое неизбежно приводит к смерти больных в обозримом будущем.

«В нашем доме открыли подпольный хоспис, – с таким сообщением в редакцию “Доктора Питера” обратились жильцы дома на Дегтярной улице, 13. – В квартиру № 1 на первом этаже постоянно заносят на носилках пожилых обездвиженных людей. Увозит их либо сантранспорт, либо “Скорая” и уже не возвращает... Похоже, петербургские старики получают билет в один конец». Такое сообщение и целое расследование инцидента было опубликовано на известном интернет-портале «Доктор Питер» в начале февраля этого года. Статья не оставила равнодушными многих, а общий вывод дискуссии был довольно печален – у государства не хватает паллиативных и хосписных коек, родственники тяжелобольных пациентов оказываются в безвыходной ситуации – либо работа, либо уход за больным. Проблема стоит очень остро, ее надо обсуждать и решать. Вологодские медики готовы поделиться своими предложениями...

Чем раньше и правильнее будет организована и оказана эта помощь, тем вероятнее осуществить поставленную перед собой задачу – достижения максимально возможного улучшения качества жизни больного и его семьи.

В последние десятилетия организация оказания паллиативной помощи является серьезнейшей проблемой, актуальной не только в России, но и во всем мире. Старение населения, ухудшающаяся экологическая обстановка, отсутствие этиотропного (симптоматического) лечения злокачественных новообразований не позволяют строить оптимистических прогнозов на снижение уровня онкологической заболеваемости и уменьшение числа больных, нуждающихся в паллиативной помощи.

В России процент больных, получающих полноценную паллиативную помощь, не превышает 5–6%, от числа нуждающихся в ней. Объективно обоснованный рост онкозаболеваемости и заболеваний, связанных с нарушением мозгового кровообращения, с высоким уровнем инвалидизации и смертности населения и наносимый в связи с этим социально-экономический ущерб, требует своевременной адаптации системы здравоохранения к обозначенным явлениям.

По имеющимся фактическим данным, в России нуждаются в оказании подобной помощи от 0,5 до 57% больных по следующим категориям:

- перенесшие инсульт – 20%;
- страдающие сахарным диабетом – 11%;

- с различными травмами (переломы шейки бедра, спинальные травмы и др.) – 10%;
- с диагнозом СПИД – 0,5%;
- с диагнозом деменция – 57%.

Существуют различные организационные формы оказания паллиативной помощи инкурабельным, и, в первую очередь, онкологическим больным (центры паллиативной помощи, хосписы, кабинеты противоболевой терапии, больницы и отделения сестринского ухода, отделения паллиативной помощи в структуре многопрофильных стационаров). При этом выбор организационной формы оказания паллиативной помощи зависит как от региональных особенностей территориального построения и специфики структуры сети городских и сельских лечебно-профилактических учреждений, кадровых ресурсов, так и от уровня финансирования и материально-технической базы учреждений здравоохранения. Весьма актуальной является проблема оказания паллиативной помощи жителям малых территорий и сельских населенных пунктов.

Объект исследования: паллиативная помощь.

Предмет исследования: сестринская практика по организации паллиативной помощи на дому.

Цель исследования: определение механизмов и условий сестринской практики по организации оказания паллиативной помощи на дому.

Задачи исследования:

1. Раскрыть понятие паллиативной помощи и смежных с ней понятий.

Таблица 1.1

Распределение указаний на вид и количество проблем при уходе за тяжелобольными родственниками

Виды проблем и их количество	Количество человек, испытывающих проблемы	Доля от общего количества испытывающих проблемы, %
Психологические, социальные, физические и другие (4 вида проблем)	2	3,5
Психологические, социальные, физические (3 вида проблем)	20	35,1
Психологические, социальные, физические в различной комбинации (2 вида проблем)	16	28,1
Психологические или социальные или физические (1 вид проблемы)	20	35,1
Всего:	57	100

2. Изучить законодательную базу организации оказания паллиативной помощи.

3. Проанализировать зарубежный и отечественный опыт оказания паллиативной помощи.

4. Провести анализ ситуации с инкурабельными больными и изучить опыт оказания паллиативной помощи на территории Вологодской области.

5. Разработать модель сестринской практики по организации паллиативной помощи на дому.

6. Представить ожидаемые результаты и риски внедрения модели сестринской практики по организации паллиативной помощи на дому.

Методы исследования: анализ литературы по теме паллиативной помощи, нормативных документов, опрос (анкетирование населения, медицинских работников, интервью руководителей медицинских организаций), методы математической обработки данных, графический метод.

Результаты исследования.

В целях изучения общественного мнения по вопросу необходимости создания сестринской практики по оказанию паллиативной помощи на дому нами проведено анкетирование, в котором приняли участие 141 человек, а также были проинтервьюированы 5 главных врачей амбулаторно-поликлинической службы города Вологды.

В марте 2015 года на базе медицинских учреждений амбулаторно-поликлинической службы Вологды было проведено анкетирование – посетителей, медицинских работников и пяти главных врачей.

Из числа посетителей поликлиник в опросе приняли участие 120 человек разных возрастов. Более половины имеют высшее образование, что позволяет сделать предположение о том, что ответы в рамках данного исследования были продуманными и объективно отражающими жизненный опыт и осознанный выбор его участников.

На вопрос: «Слышали ли Вы что-нибудь о паллиативной помощи?», больше половины респондентов (55%) ответили утвердительно. При этом опыт ухода за тяжелобольными родственниками имеют 57 человек, или 47,5% от общего числа опрошенных.

На вопрос: «С какими проблемами Вы столкнулись в процессе ухода за тя-

желобольными?», 46 человек (80,7%) из 57 отметили психологические проблемы, 28 (49,1%) – социальные проблемы, 33 (57,9%) – физические. Дополнительно к предложенным вариантам ответов респондентами были выделены лекарственные проблемы – 3 человека, медицинские проблемы – 3 человека и реабилитация – 1 человек. При этом сразу четыре вида проблем (психологические, социальные, физические и другие) испытывали 2 человека, три вида проблем (психологические, социальные, физические) – 20 человек, два вида проблем в различной комбинации из трех предложенных в листе опроса отметили 16 человек, один вид проблем – 20 человек. Ни один из респондентов, которые имели опыт ухода за тяжелобольными людьми, не признался, что у них не было никаких проблем (табл. 1.1).

Данные опроса свидетельствуют о том, что люди, взявшие на себя ответственность по уходу за тяжелобольными родственниками, испытывают тяжкий груз различных проблем, то есть трудностей или сложностей в решении различных вопросов, связанных с уходом. Это дает основание считать, что задача оказания паллиативной помощи во всех ее видах (медицинской, психологической, социальной) является достаточно актуальной. От ее решения зависит не только жизнь и здоровье самого больного, но и психологическое здоровье, социальное благополучие членов его семьи, вынужденных ухаживать за такими больными.

Наглядно эти данные представлены на рис. 1.1.



Рис. 1.1. Количество видов проблем, испытываемых родственниками тяжелобольных людей

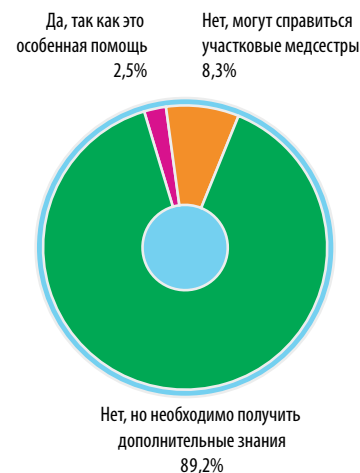


Рис. 1.2. Распределение ответов на вопрос: «Необходима ли организация сестринской помощи на дому по уходу за тяжелобольными?»

На вопрос: «Как вы считаете, необходима ли организация сестринской помощи на дому по уходу за тяжелобольными?», подавляющее большинство респондентов – 107 человек, или 89,2% от общего количества опрошенных, ответили утвердительно: «Да, так как это особенная помощь». 3 человека (2,5%) ответили отрицательно, так как считают, что с этой работой могут справиться участковые службы в поликлиниках. 10 человек (8,3%) также выбрали отрицательный ответ, но считают при-

этом, что необходимо получить дополнительные знания (рис. 1.2).

На вопрос: «Как Вы считаете, будет ли способствовать улучшению качества жизни создание сестринской практики по организации паллиативной помощи на дому?», 115 человек, т.е. 95,8% всех участников опроса, ответили утвердительно, и только 5 человек (4,2%) дали отрицательный ответ.

По результатам ответов на седьмой и восьмой вопросы анкеты мнение респондентов явно указывает на необходимость организации сестринской помощи на дому. Подавляющее большинство считает, что это будет способствовать улучшению качества жизни тяжелобольных людей.

Отвечая на вопрос: «Как Вы считаете, помощь тяжелобольным людям должна оказываться на дому или в специализированных учреждениях», мнения респондентов разделились (рис. 1.3).

26 человек (21,7%) считает, что такая помощь должна оказываться на дому, 33 человека (27,5%) – в специализированных учреждениях (хосписах). Чуть больше половины всех опрошенных – 61 человек (50,8%) считает, что помощь тяжелобольным должна оказываться на дому с возможностью временного размещения в хосписе. И мы это объясняем, тем, что люди, ухаживающие за больными, также нуждаются в отдыхе и временном пребывании в другой жизненной ситуации.

Данная палитра мнений подчеркивает гуманистический характер жителей города Вологды, которые в большинстве своем (72,5%) считают, что тяжелобольные люди должны получать помощь, находясь дома, и лишь на время – в хосписе. С учетом мнения людей, которые считают, что тяжелобольным людям паллиативная помощь должна оказываться в хосписах, можно сделать вывод о необходимости создания таких специализированных учреждений в городе Вологде.

На вопрос: «Как Вы считаете, сестринская помощь на дому за тяжелобольными должна быть платной, бесплатной или частично оплачиваемой?», 48 человек (40%) ответили, что такая помощь должна оказываться бесплатно. 59 человек (49,2%) уверены, что она должна частично оплачиваться, и 13 человек (10,8%) считают, что паллиативная помощь должна быть платной.

В целом, 60% всех опрошенных выбрали варианты платной помощи. Эти данные свидетельствуют о том, что большинство людей готовы полностью или частично оплачивать труд специалистов, осуществляющих помощь тяжелобольным людям (см. рис. 1.4).

Таким образом, опрос основной группы респондентов позволил сделать выводы:

1) о необходимости организации сестринской помощи по уходу за тяжелобольными на дому;

2) о преимуществе оказания паллиативной помощи в домашних условиях с возможностью временного размещения в специализированных учреждениях;

3) об оказании паллиативной помощи на вариативной основе (бесплатной, полной платной, частично платной).

Теперь посмотрим результаты опроса второй целевой группы: медицинские работники со средним и высшим специальным образованием учреждений первичного здравоохранения, включая детские поликлиники (в количестве 21 человека).

В силу специфики профессиональной деятельности абсолютно все респонденты знают, что такое паллиативная помощь. 15 человек, или 71,4%, имеют опыт ухода за тяжелобольными людьми. Данный показатель у второй целевой группы значительно выше, чем у первой. Это объясняется двумя факторами: возрастным (старше сорока лет) и профессиональным. При этом из 15 человек, имеющих опыт паллиативной помощи, 12 человек (80%) отмечают, что имели психологические проблемы, 2 человека (13,3%) – социальные, 10 человек (66,7%) – физические и 1 человек (6,7%) – лекарственные проблемы в процессе ухода за тяжелобольными.

100% опрошенных считают, что создание сестринской практики по организации паллиативной помощи на дому будет способствовать улучшению качества жизни больных и их семей. Из них 18 человек, или 85,7% опрошенных, считают, что помощь тяжелобольным должна оказываться на дому с возможностью временного размещения в хосписе, 2 человека (9,5%) предпочли вариант оказания помощи на дому и 1 человек (4,8%) – в хосписе.

По вопросу оплаты сестринской помощи по уходу за тяжелобольными

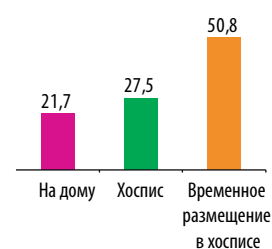


Рис. 1.3. Варианты оказания помощи тяжелобольным

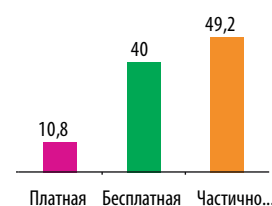


Рис. 1.4. Возможность оплаты сестринской помощи по уходу за тяжелобольными.

Источник: собственные исследования

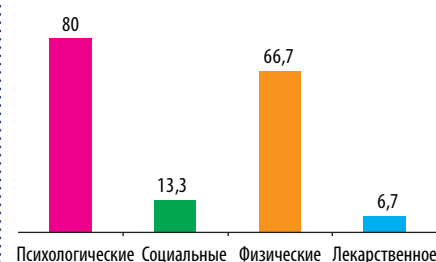


Рис. 1.5. Проблемы, испытываемые родственниками тяжелобольных людей

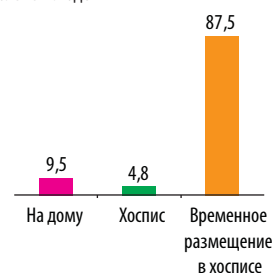


Рис. 1.6. Варианты оказания помощи тяжелобольным

9 человек, или 42,9% опрошенных, считают, что такая помощь должна быть бесплатной, 11 человек (52,3%) – частично оплачиваемой и 1 человек (4,8%) – платной.

Анализ данных, полученных в результате опроса, позволяет сформулировать общественное мнение следующим образом: «В целях улучшения качества жизни тяжелобольных (инкурабельных) необходима организация сестринской помощи на дому, а также создание специализированных учреждений (хосписов). Сестринская помощь за тяжелобольными на дому может быть оплачиваемой».

В рамках исследования было изучено и мнение руководителей – 5 главных врачей поликлиник Вологды, в ходе которого подтвердилось наличие проблем с обслуживанием тяжелобольных пациентов. Среди возможных решений предлагались: создание хосписов, создание отделений по уходу, организация обслуживания пациентов на дому, изменение нормативов ОМС. Все интервьюируемые были единодушны во мнении, что качество жизни паллиативных пациентов и их родственников улучшится при создании сестринской практики по оказанию данного вида помощи, при этом они готовы оказывать материальную поддержку работникам за счет разных источников финансирования, включая том числе оказание платных услуг и изменение нормативов в системе ОМС.

Таким образом, авторы исследования пришли к следующим выводам:

1. В целях улучшения качества жизни неизлечимых пациентов и членов их семей необходимо создание сестринской практики по оказанию паллиативной помощи на дому с возможностью периодического (временного) помещения таких пациентов в специализированные учреждения (хосписы).

2. В современных условиях назрела необходимость создания различных форм организации сестринской практики по оказанию паллиативной помощи на дому, а также необходимость создания специализированных учреждений (хосписов).

3. Профессиональное медицинское сообщество готово участвовать в создании условий, способствующих улучшению качества жизни неизлечимых (инкурабельных) пациентов и членов их семей.

1.3. Модель сестринской практики по организации паллиативной помощи на дому

В связи с изучением опыта и проведенным исследованием была выявлена необходимость разработки модели оказания паллиативной помощи на дому. Данная модель, представленная на рис. 1.7, включает комплекс элементов сестринской паллиативной помощи на дому, механизмы и условия ее осуществления.

Сестринская практика оказания паллиативной помощи на дому регла-

ментируется нормативными документами МЗ РФ, ДЗ ВО, локальными актами ЛПО и организуется на базе медицинских организаций.

Каждое учреждение должно разработать свое положение об организации паллиативной помощи, содержащее следующие разделы: общие положения, где прописаны цели, задачи службы, порядок оказания медицинской помощи, права, обязанности и ответственность сторон.

В организации паллиативной помощи существует два компонента: выездные бригады и учебно-методический кабинет (УМК).

В функции учебно-методического кабинета входит обучение медицинского персонала, организация работы школы для пациентов и их родственников, волонтеров по вопросам ухода за больными и оказания психологической поддержки им и их родственникам. На базе УМК можно проводить конференции, заседания балитовских групп.

Выездные бригады – организационно-медицинская основа паллиативной помощи инкурабельным больным в амбулаторных условиях. К основным задачам выездных бригад относятся следующие:

- повышение доступности паллиативной помощи больным в терминальной стадии на дому;
- оказание квалифицированного ухода за пациентами;

- обучение родственников практическим навыкам ухода за тяжелобольными;
- коррекция схем обезболивания;
- выполнение необходимых внутривенных и внутримышечных инъекций;
- динамическое наблюдение за состоянием пациента;
- психологическая поддержка членов семьи и самого пациента;
- обеспечение преемственности в работе с врачами медицинских учреждений, общественных организаций, волонтеров, ассоциации специалистов сестринского дела, департаментом здравоохранения;
- в случае ухудшения самочувствия – помощь в госпитализации в стационар.

Выездная служба развернута на базе лечебно-профилактических организаций и тесно контактирует со специализированными учреждениями. В состав выездной бригады входят врач и две медицинские сестры.

Оперативную связь с пациентами, членами их семей и выездной бригадой осуществляет медицинская сестра-куратор (обученная централизованно в школе, созданной ассоциацией специалистов сестринского дела), она же проводит обучение медицинских сестер бригад.

Первичное посещение больного проводится врачом совместно с медицинской сестрой не позже чем в течение



Рис. 1.7. Модель сестринской практики по организации паллиативной помощи на дому

2 недели после получения информации о пациенте. В момент регистрации на каждого пациента заводится медицинская карта выездной службы, в которой фиксируются все посещения на дому врачами и сестринским персоналом, а также консультации по телефону. При первичном посещении тщательно собирается анамнез жизни и заболевания, которые фиксируются в Карте выездной службы. В ней также указывается, кем и когда установлен диагноз. Отмечаются проведенное лечение, жалобы пациента (в том числе со слов родственников) с обязательным указанием выраженности болевого синдрома, чем купируется боль (если пациент получает наркотические анальгетики, указывается их доза, кратность и длительность приема, оценка эффективности по 10-балльной шкале). В Карте выездной службы подробно описываются объективное состояние больного, динамика с момента последнего осмотра врачом-специалистом, развернутый клинический диагноз, объем проведенных в процессе посещения лечебных мероприятий, назначения, режим дальнейшего наблюдения (динамическое наблюдение на дому, дневной стационар на дому, стационарное лечение в отделении паллиативной помощи). В Карте отмечаются также социально-бытовой статус, жилищно-бытовые условия, возможность организации и обеспечения паллиативной помощи и ухода на дому, необходимость в обучении родственников уходу за больным, а также вкусы и наклонности пациента, его религиозные воззрения (вероисповедание, соблюдение обрядов, религиозных традиций) и т. д.

Частота посещений пациента выездной бригадой зависит от тяжести его состояния, от готовности других членов семьи активно помогать и ухаживать за своим родственником, осуществляя должный уход в домашних условиях. При временном категорическом отказе пациента от наблюдения осуществляется соответствующая запись в Карте с обязательным указанием причины отказа.

В случае ухудшения состояния здоровья пациента проводится его госпитализация. Решение о наличии показаний для госпитализации в стационар принимает врач. Выездные бригады укомплектованы с учетом психологической совместимости ее членов. Взаимозаменяемость, преемственность и

взаимодействие – необходимые условия работы в бригаде.

Для повышения доступности и информирования населения привлекаются к сотрудничеству общественные организации, такие как Совет по защите прав пациента при Департаменте здравоохранения Вологодской области, Территориальный центр социальной помощи семье и детям, Ассоциация специалистов сестринского дела, Вологодское областное отделение «Российский Красный Крест», волонтеры и социальные службы.

1.4. Ожидаемые результаты внедрения модели, риски ее внедрения

В случае реализации данной модели оказания паллиативной помощи мы ожидаем следующие результаты:

1. Разработана нормативная документация.
2. Определены источники финансирования.
3. Налажены связи с общественными организациями, социальными службами, волонтерами.
4. Созданы рекламные ролики, баннеры и прочие информационные источники для информирования населения города о проблемах оказания и возможностях получения паллиативной помощи.
5. При каждом ЛПО созданы и обучены бригады по оказанию паллиативной помощи.
6. Оказывается квалифицированная медицинская помощь по уходу за паллиативными больными.
7. Увеличилось количество граждан на территории Вологодской области, которые обладают навыками ухода за тяжелобольными.
8. Увеличилось количество волонтеров для оказания паллиативной помощи.
9. Создана система взаимодействия с общественными организациями, социальными службами, специализированными ЛПО.
10. Улучшилось качество и продолжительность жизни инкурабельных пациентов и их родственников.

При реализации данного проекта по организации сестринской помощи паллиативным больным мы можем встретить следующие риски:

1. Недостаточность финансирования.
2. Созданная и обученная бригада не сможет оказывать данный вид медицинской помощи в полном объеме из-за недостатка финансирования, отсутствия структурного подразделения паллиативной помощи и штатных единиц в нем.
3. Неготовность пациентов и их родственников к взаимодействию с медицинскими работниками.
4. Количество волонтеров не увеличится.

К сожалению, это может привести к тому, что качество жизни инкурабельных больных не улучшится.

Заключение

Основное положение об оказании паллиативной помощи заключается в том, что каждый человек имеет право на уважение, лечение и достойные условия жизни и смерти. Даже тогда, когда возможности интенсивного лечения исчерпаны и излечение бесперспективно, человек не должен оставаться без помощи и поддержки.

Паллиативная помощь – это активная всеобъемлющая помощь пациентам с прогрессирующими заболеваниями в терминальных стадиях развития.

Концепция данной помощи состоит в том, что борьба с болью, решение психологических, социальных или духовных проблем пациентов приобретает первостепенное значение, а целью ее становится достижение не на словах, а на деле максимально возможного в возникающей ситуации качества жизни больных и их семей. В целом, круг задач паллиативной медицины весьма широк и разнообразен.

Проведенное исследование позволило предложить модель сестринской паллиативной помощи на дому. Ее внедрение позволит стать одним из путей стандартизации оказания паллиативной помощи на дому, а также ее своевременным планированием с учетом состояния пациента, патологического процесса и возникших осложнений, желаний пациента и его родственников по поводу лечения. Это обеспечит полноценное и результативное оказание паллиативной помощи пациенту и его родственникам и позволит улучшить качество их жизни.

ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БОРЬБЫ С РАКОМ

МОБИЛИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКИХ РЕСУРСОВ В РЕГИОНАХ РОССИИ

Накануне Всемирного дня борьбы с раком Ассоциация медицинских сестер России и специализированная секция РАМС «Сестринское дело в онкологии» объявили о проведении всероссийской акции, направленной на повышение информированности общества о заболевании, онкологической настороженности, снабдили жителей краев и областей данными о том, куда они могут обратиться для получения профессиональной помощи.

Многочисленными мероприятиями для медицинских сестер и пациентов откликнулись на этот призыв региональные сестринские ассоциации.

Одним из числа событий стала научно-практическая конференция, организованная в Астрахани. В Областном онкологическом диспансере Астраханская региональная общественная организация «Профессиональная сестринская ассоциация» совместно с министерством здравоохранения Астраханской области, главным внештатным специалистом министерства здравоохранения Астраханской области по медицинской профилактике, провели мероприятие под девизом «Борьба с раком: от знаний – к действию».

В рамках конференции для ее участников специалисты Областного центра профилактики здоровья, провели скрининг-диагностику уровня холестерина, сахара в крови, АД и частоты дыхания.

В тринадцати медицинских организациях Ленинградской области более 170 медицинских сестер провели тематические встречи с пациентами, разместили информационные бюллетени, подготовили и раздали жителям области листовки по профилактике онкозаболеваний, инициировали публикацию статьи в издании одного из районных центров.

В Республике Мордовия к акции подключились крупнейшие медицинские организации. Лекции, обсуждения, круглые столы на темы профилак-

тики, ранней диагностики, объединения усилий медиков в борьбе с раком привлекли внимание со стороны специалистов разного профиля.

В ТОГБУЗ «ГКБ № 3 г.Тамбова» медицинскими работниками – членами Ассоциации медицинских сестер были проведены акция «Розовая ленточка» и открытое занятие в Школе для родственников онкобольных. В рамках акции сотрудники сами прикрепили на форму розовые ленточки – символ движения «Вместе против рака груди», раздали такие же ленточки женщинам – посетителям поликлиники и женской консультации вместе с методичками по самообследованию молочных желез и профилактике рака. Провели беседы о необходимости своевременного прохождения профилактических осмотров и маммографии.

На занятии Школы особое внимание уделили решению психологических проблем пациентов, адаптации их к заболеванию. Кроме того, родственники получили рекомендации по питанию онкобольных, отдельным вопросам ухода.

В ГБУ Ростовской области «Областной Центр охраны здоровья семьи и репродукции» сотрудники раздали более 2000 листовок и памяток, провели занятия с пациентами на тему профилактики онкозаболеваний у женщин, организовали сестринскую конференцию, посвященную методике разъяснительной работы среди женского населения о необходимости регулярного диспансерного наблюдения у акушеров-гинекологов, онкологов-маммологов и врачей всех специальностей

В медицинских организациях Ивановской области медицинские сестры оформили информационные уголки для пациентов и родственников, подготовили и распространили листовки, направленные на первичную профилактику онкологических заболеваний, провели тематические встречи с населением районов.

При содействии профессиональных образовательных организаций области

на базе ОБУЗ «ИвООД» организован цикл тематического усовершенствования для специалистов со средним медицинским образованием первичного звена здравоохранения «ранняя диагностика онкологических заболеваний». Основной преподавательский состав цикла – медицинские сестры с ВСО.

День борьбы с раком не обошли своим вниманием и центральные СМИ региона. Помимо публикаций в газете «Медицина в Ивановской области», на региональном телевизионном канале состоялось интервью с главным врачом Ивановского областного онкологического диспансера В.А. Козловым о состоянии онкологической помощи населению области.

На призыв участвовать в акции откликнулись 55 медицинских организаций г. Омска и Омской области.

Участниками подготовлены 2667 памяток, 5726 листовок, 2528 буклетов, 7 рефератов для проведения бесед, 1 статья в газете «Омский вестник», выпущено 49 санитарных бюллетеней, 71 уголок здоровья, создано 3 видеофильма, 1 передача на телевидении. **Проведены:** 6 конференций, 1252 беседы с населением и 194 анкетирования. **Профилактической работой охвачено** 4354 пациента и 19 300 человек населения Омской области.

Республика Чувашия также активно подключилась к акции – сотрудники Онкологического диспансера организовали занятия в других МО региона, проводили занятия и с медицинскими сестрами, и с пациентами, раздали листовки и информационные буклеты. Обучением было охвачено более 1000 человек. Дни открытого приема, мастер-классы по самообследованию молочных желез, 7 выездов мультидисциплинарных бригад для профилактических осмотров – все это высоко оценили жители Республики.

Специализированная секция РАМС «Сестринское дело в онкологии»

ПОБЕДИТЬ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТЕРАПИИ

НОВЫЕ ЗАДАЧИ МЕЖДУНАРОДНОГО ПРОЕКТА РАМС ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

■ Серебrenникова Н.В.

Противотуберкулезные службы всех стран объединенными усилиями уверенно идут к победе над заболеванием. Медленно, но верно статистика заболеваемости и смертности от ТБ начинает идти на спад. Этому способствует многое – в первую очередь, глобальное партнерство и политическое признание проблемы ТБ – борьба с инфекционными заболеваниями входила в число Целей развития тысячелетия вплоть до 2015 года, а с 2016 года решение проблемы ТБ вошло в число Целей устойчивого развития под девизом «Покончить с ТБ». Таким образом, мировое сообщество признало, что туберкулез является настолько серьезным препятствием развитию стран, что борьба с ним – дело всемирного значения.

Это почувствовали и участницы международного проекта РАМС по борьбе с туберкулезом, собравшись на сестринском научном симпозиуме, а затем и на специализированном семинаре РАМС. Симпозиум прошел как всегда динамично, а уровень докладов участниц не вызывал никаких вопросов: медицинские сестры – асы своего дела, сегодня обладают уникальными и поистине экспертными знаниями в этой области. Ряд специалистов был награжден специальными исследовательскими грантами РАМС на реализацию своих проектов. Поздравляя победителей, президент РАМС Валентина Саркисова еще раз подчеркнула, что медицинские сестры фтизиатрии сегодня идут в авангарде перемен и профессионального развития, демонстрируя отличный пример для многих других специализированных служб.

С обсуждения глобальных перспектив начала свое выступление Кэрри Тюдор, координатор проекта. Кэрри поделилась обнадеживающими перспективами – если внимание к про-



блеме ТБ не будет ослабевать, то с распространением заболевания мы обязательно справимся. Глобальная эпидемия ТБ разразилась во многом потому, что в определенный момент времени специалистам и фармацевтической индустрии показалось, что ТБ побежден. Но нет, микобактерия выжила и приобрела массу новых лиц – устойчивых к разработанным препаратам. А новые антибиотики в течение 30 лет не разрабатывались.

Сейчас препараты нового поколения стали появляться, а с ними и первые положительные результаты в лечении МЛУ-ТБ. Поэтому цель «Покончить с ТБ» и достичь снижения показателей распространенности заболевания на 90% и смертности от него на 95% в 2035 году по сравнению с 2015-м хотя и амбиозна, но вполне достижима.

Итак, новые противотуберкулезные препараты становятся доступными, но для победы над ТБ нужно нечто большее. Жизненно необходима настойчивая работа всех специалистов в области фтизиатрии, в особенности – меди-

В ходе семинара Елена Тарасова, главная медицинская сестра Тюменского областного противотуберкулезного диспансера, поделилась первым опытом применения антибиотика нового поколения – Бедаквилина (или не называть препарат?). Сейчас данный препарат приобретается для лечения отдельных тяжелых случаев ТБ и дает достаточно хорошие результаты. Однако медицинские сестры пока недостаточно знакомы с особенностями его применения и возможными побочными эффектами. В ходе семинара участники узнали об этом и ряде других лекарственных средств, проходящих или уже прошедших процедуру регистрации в РФ. Старшинова Анна Андреевна, д-р мед. наук, руководитель отдела фтизиопульмонологии Санкт-Петербургского НИИ после полуторачасовой лекции отметила, что медицинские сестры стали практически первыми, кто получил столь подробную информацию. Участницы семинара подтвердили, что каждый год врачи областных противотуберкулезных учреждений с нетерпением ждут возвращения медицинских сестер из Санкт-Петербурга, чтобы узнать и открыть для себя что-то новое.

цинских сестер. Ведь не случайно, по мнению авторитетных фтизиатров, лечением ТБ должны заниматься медицинские сестры. Задача врача – диагностировать и сделать назначение. Но самое сложное – добиться от пациента СОБЛЮДЕНИЯ лечебного режима, быстро выявить и помочь предотвратить развитие нежелательных побочных реакций, сопровождать на всем пути лечения и пациента, и его близких, предоставлять консультативную и психологическую поддержку – и все это в руках медицинской сестры.

Укрепить потенциал сестринской службы призван международный проект РАМС в области ТБ. В конце 2015 года стартовал новый этап проекта. Если ранее медицинские сестры изучали методы проведения научных исследований, то теперь перешли к изучению, апробации и внедрению научно обоснованных сестринских вмешательств. В этой сфере медицинские сестры РФ могут совершить настоящий прорыв, так как уже накопили достойный багаж знаний. Поэтому именно у нас в рамках проекта была развернута своего рода экспериментальная площадка – по оценке и выработке алгоритма действий медицинской сестры при разного рода побочных эффектах противотуберкулезной терапии.

Как выяснилось в ходе семинара, таких проблем пациенту может встретиться немало. При лечении МЛУ-ТБ, предполагающем сложные медикаментозные схемы, у пациентов могут развиваться нарушения работы ЖКТ, печени, почек, органов зрения, центральной и периферической нервной системы. Причем, если одни нарушения обратимы, то другие, если их пропустить, могут сделать человека инвалидом на всю оставшуюся жизнь – к таким грозным осложнениям относится потеря слуха. На фоне приема антибиотиков пациенты начинают страдать от депрессий, развиваются суицидальные настроения, нарушается работа вестибулярного аппарата.

Преподаватели семинара, а кроме Кэрри Тюдор занятия с российскими медицинскими сестрами вела Энн Рафтери, эксперт Международного центра борьбы с ТБ, особое внимание обратили на работу со «сложными» контин-

гентами больных. Это лица с судимостью, с алкогольной или наркотической зависимостью, люди без определенного места жительства, семьи, постоянного дохода. Удержать их в рамках терапии в тысячи раз сложнее, а не долечить до конца – значит поставить под удар и риск заражения ТБ всех, с кем они общаются, сталкиваются пусть даже случайно в своей жизни.

Энн Рафтери говорила о концепции «снижения вреда» от алкоголя или наркотиков в том случае, если прекратить полностью их прием пациент не в силах. Снижение вредного воздействия – это уже плюс, уже маленькое достижение и шаг к успеху в лечении МЛУ-ТБ.

Бурную дискуссию вызвала задача по профилактике суицидов. Зарубежные преподаватели настаивали, что медицинская сестра, если у нее возникло подозрение о суицидальном настроении пациента, может и должна расспросить его об этом, узнать, нет ли у него намерений причинить себе серьезный вред.

Исходя из этой дискуссии предельно понятно, что само по себе лечение МЛУ-ТБ вкупе с социальными проблемами пациента – изоляцией, стигмой, потерей работы, ограничением общения с членами семьи, становится тяжелым бременем и не может быть преодолено в одиночку, без помощи профессионально подготовленной медицинской сестры.

В рамках семинара члены фтизиатрической секции РАМС и соответствующих секций из региональных ассоциаций разработали и утвердили алгоритм действий медицинской сестры, а также рассмотрели принципы ведения документации, в том числе чек-листа диагностических процедур и мониторинга результатов различных тестов, которые на разных этапах лечения могут сказать либо о его эффективности, либо о развитии нежелательных последствий.

В течение предстоящего года члены секций будут осуществлять реализацию разработанных документов, оценивать их удобство и информативность, накапливать опыт в новой, расширенной работе с пациентами, их близкими, а также с врачами. Ассоциация медицинских сестер России будет регулярно информировать читателей и членов организации о результатах этой работы.



СЕСТРИНСКАЯ ОЦЕНКА И ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЯХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ

№ п/п	Побочное действие/ Лекарственные препараты	Сестринское наблюдение Жалобы пациента	Сестринская оценка	Сестринское вмешательство
1	Токсический гепатит/ H R E Z Eto FQ Bdq	<i>Сестринское наблюдение:</i> Изменение аппетита Вялость, адинамичность Изменение цвета кожных покровов, склер. <i>Жалобы пациента:</i> Снижение аппетита Тошнота, рвота Боль в животе Изменение цвета кожных покровов, слизистых оболочек, цвета мочи Кожный зуд Слабость.	Для оценки состояния задать пациенту уточняющие вопросы: Когда появилось снижение аппетита, слабость, боль в животе? Когда появилась тошнота, бывает ли рвота, если бывает, то как часто? Характер рвотных масс? Связаны ли выше указанные симптомы с приемом пищи или лекарственных препаратов? Что пациент употреблял в пищу, пил, какие принимал лекарственные препараты? Наличие сопутствующих заболеваний. Как давно был пациент у врача по поводу имеющегося заболевания? Характер стула, мочи в последние сутки. У женщин уточнить дату последней менструации.	Незамедлительно проинформировать врача! Оценить состояние пациента, успокоить пациента. Осмотреть кожные покровы. Измерить АД. Посмотреть результаты последних исследований крови, мочи. Выполнить все назначения. Наблюдение за состоянием пациента. Обсуждение с врачом стратегии диеты, приема лекарственных препаратов. Консультирование пациента.
2	Кожные реакции / H R E Z K Am Cap Pto Eto FQ PAS Cs – любой из ПТП	<i>Сестринское наблюдение:</i> Изменение настроения, раздражительность Покраснение кожи, сыпь, расчесы, шелушение Пациент постоянно почесывает, трет кожные покровы. <i>Жалобы пациента:</i> Плохой сон, раздражительность Зуд кожных покровов Появление на коже покраснения, сыпи или шелушения, пятен.	Для оценки состояния задать пациенту уточняющие вопросы: Было ли у пациента когда-либо похожее состояние? Есть ли аллергия, если есть – на что? Когда появились кожные изменения? Связано ли это с приемом пищи, лекарственных препаратов? Наличие сопутствующих заболеваний. Как давно был пациент у врача по поводу имеющегося заболевания? Принимал ли пациент лекарственные препараты помимо назначенного лечения?	Проинформировать врача. Оценить состояние пациента, успокоить пациента. Осмотреть кожные покровы. Выполнить все назначения. Наблюдение за состоянием пациента. Обсуждение с врачом стратегии диеты, приема лекарственных препаратов. Консультирование пациента.
3	Головная боль/ Cs Bdq H Lzd	<i>Сестринское наблюдение:</i> Пациент прикладывает руки к голове, пониженный фон настроения, нежелание разговаривать, шаткая походка, заторможенность или раздражительность. <i>Жалобы пациента:</i> Головная боль разной интенсивности, головокружение, красные или наоборот бледные кожные покровы.	Для оценки состояния задать пациенту уточняющие вопросы: Когда появилась головная боль? Как болит голова (боль постоянная или приступообразная, сила боли), в каком месте боль? С чем связывает появление головной боли (не принимал ли алкоголь, наркотики и т. п., длительное нахождение в душном помещении)? Пытался ли сам снять это состояние? Помог ли прием обезболивающего средства? Нет ли других жалоб? Нет ли каких-либо заболеваний головы, сосудов головы (повышенного или пониженного артериального давления, опухоли головного мозга, перенесенного ранее инсульта и т. п.)? Как часто появляется головная боль?	Проинформировать врача. Внешне оценить психическое состояние пациента (заторможенность или возбуждение), успокоить пациента. Измерить АД и температуру тела. Выполнить все назначения. Наблюдение за состоянием пациента. Консультирование пациента: провести беседу с пациентом и разъяснить, что эти симптомы временные. Порекомендовать соблюдение режима сна и отдыха. Прогулки на свежем воздухе. Разъяснить важность соблюдения питьевого режима (лучше соки с повышенным содержанием витамина С), ввести в рацион питания продукты, содержащие в своем составе витамины группы А, В, С. Воздержаться от применения алкоголя, наркотиков, курения.
4	Снижение зрения/ E Eto/Pto	<i>Сестринское наблюдение:</i> Пациент прищуривается, шаткость походки, с трудом читает, дезориентация в пространстве, сбивает предметы. <i>Жалобы пациента:</i> Плохое зрение, не может читать, не все цвета различает.	Для оценки состояния задать пациенту уточняющие вопросы: Как четко он видит предметы и цвета? Не было ли такого ранее? Нет ли заболеваний глаз? Если есть, то не принимал ли он какое-нибудь лечение для глаз? Как давно появилось это состояние? Как оно проявляется (расплывается все, пелена в глазах)? С чем связывает появление такого состояния (сам пациент)?	Проинформировать врача. Провести консультацию офтальмолога. Приостановить прием препарата, вызвавшего снижение зрения (врач заменит в схеме лечения). Успокоить пациента. Провести беседу с пациентом и разъяснить, что эти симптомы временные. Рекомендуем для облегчения состояния: Соблюдение режима сна и отдыха. Соблюдение режима (лучше соки с повышенным содержанием витамина С), ввести в рацион питания продукты, содержащие в своем составе витамины группы А, В, С. Сократить нагрузку на зрение (просмотр телепередач, чтение книг). По назначению врача воздержаться от вождения автомобиля. Воздержаться от применения алкоголя, наркотиков, курения. Выполнять назначения врача.

№ п/п	Побочное действие/ Лекарственные препараты	Сестринское наблюдение Жалобы пациента	Сестринская оценка	Сестринское вмешательство
5	Тревожность (токсическое поражение ЦНС)/ Cs Bdq H Lzd Eto/ Pto	<i>Сестринское наблюдение:</i> Перепады настроения, изменение поведения, замкнутость, много и быстро говорит. <i>Жалобы пациента:</i> Страх, неверие в выздоровление, страх за здоровье близких, видит в окружающих врагов.	Для оценки состояния задать пациенту уточняющие вопросы: Опросник по выявлению уровня тревожности. Как Вы спите? Какой аппетит? Какой стул? С чем или с кем связана тревога? Нет ли беременности, психических заболеваний, конфликтов с окружающими, эндокринных нарушений? Употребляете ли алкоголь и наркотики?	Проинформировать врача. Успокоить пациента. Измерить пациенту артериальное давление, температуру, пульс. Проконсультировать пациента. При плохом сне прогулки на свежем воздухе, проветривание помещения, в котором спит пациент, при снижении аппетита чтение книг перед сном, чтение гастрономических книг и журналов с яркими картинками готовых блюд. Выполнить назначения врача.
6	Депрессия (токсическое поражение ЦНС)/ Cs H Fq Eto/Pto	<i>Сестринское наблюдение:</i> Говорит мало, медленно и неохотно, замкнут в себе. <i>Жалобы пациента:</i> Апатия, безразличие, снижение аппетита, нет никаких желаний, потеря интереса к жизни.	Для оценки состояния задать пациенту уточняющие вопросы: Опросник по оценке депрессии. Как давно такие симптомы? Нет ли беременности, психических заболеваний, конфликтов с окружающими, эндокринных нарушений? Употребляете ли алкоголь и наркотики? С чем связывает свое состояние?	Проинформировать врача. После оценки уровня депрессии консультация психиатра. Обучение пациента методикам релаксации, дыхательной гимнастики для снижения уровня тревожности. Выполнять назначения врача. Внимательное наблюдение за пациентом.
7	Суицидальные мысли, попытки (токсическое поражение ЦНС)/ Cs H Fq Eto/Pto	<i>Сестринское наблюдение:</i> Говорит о том, что хочет покончить с жизнью. <i>Жалобы пациента:</i> Ни на что не жалуется, ничего не хочет. Потеря целей и смысла жизни.	Для оценки состояния задать пациенту уточняющие вопросы: Опросник по оценке депрессии. Как себя чувствует? Как настроение? Что беспокоит, тревожит? Было ли такое самочувствие до начала лечения? С чем связывает свое состояние? Обращался ли за помощью к родственнику, другу, специалисту? Кому бы доверил решение своей проблемы? Какой выход видит из ситуации? Если пациент не идет на контакт: спрашиваем соседей по палате или родственников: как давно изменилось поведение пациента? Не было ли ранее такого?	Проинформировать врача. Консультация врача-психиатра. Индивидуальный пост наблюдения за пациентом. Выполнение назначений врача.
8	Психоз (токсическое поражение ЦНС)/ Cs H Fq Eto/Pto	<i>Сестринское наблюдение:</i> Агрессия, резкая смена настроения, не идет на контакт. <i>Жалобы пациента:</i> Галлюцинации, головокружение, злость.	Для оценки состояния задать пациенту уточняющие вопросы: Каково Ваше самочувствие? С чем связано Ваше настроение? Употребляете ли Вы алкоголь/наркотики? Как часто? Как Вы спите? Не тревожат ли Вас ночные кошмары? Каков Ваш аппетит? Не беспокоят ли Вас головные боли? Тошнота? Рвота? Не отмечаете ли Вы перемены настроения? Как часто? Каковы причины изменения настроения? Бывают ли у Вас галлюцинации?	Проинформировать врача. Консультация врача-психиатра. Успокоить пациента. Дать попить воды, глубоко подышать. Прогулки на свежем воздухе. Режим труда и отдыха. Музыкотерапия, арт-терапия. Выполнение назначений врача.
9	Тошнота и рвота/ H E Z Eto Pto PAS Bdq	<i>Сестринское наблюдение:</i> Бледность кожи или желтушность, шаткость походки. <i>Жалобы пациента:</i> Слабость, потливость, снижение аппетита, тошнота, рвота, беспокойство, головная боль.	Для оценки состояния задать пациенту уточняющие вопросы: Время возникновения тошноты или рвоты? (до приема препаратов или после). Кратность, длительность симптомов? С чем связывает возникновение рвоты или тошноты? (прием пищи, лекарственных препаратов). Какие еще симптомы, кроме тошноты и рвоты, беспокоят? Какие препараты принимает, кроме ПТП? Что помогает или ухудшает самочувствие? Сопутствующие заболевания? (хронический панкреатит, хронический холецистит, язвенная болезнь желудка, гепатиты, сахарный диабет). Наличие аллергических реакций? Прием алкоголя или других психоактивных веществ?	Проинформировать врача. Успокоить пациента (объяснить, что данное состояние временное). Измерить АД, температуру тела, взвесить пациента, посмотреть характер рвотных масс. ВАЖНО!!! Определить, что возникновение данных симптомов является побочным действием принимаемых ПТП или возможно это: беременность, повышение АД, внутричерепного давления, состояние после приема алкоголя, наркотиков, пищевое отравление, сопутствующие заболевания. Обсудить с лечащим врачом: премедикацию противорвотными препаратами, выбор дозировки в зависимости от времени (большая часть перед сном). Выполнять назначения врача. Проконсультировать пациента по питьевому и диетическому режиму.

№ п/п	Побочное действие/ Лекарственные препараты	Сестринское наблюдение Жалобы пациента	Сестринская оценка	Сестринское вмешательство
10	Снижение (потеря) слуха (ототоксичность)/ S Am Km Cm Clr	<i>Сестринское наблюдение:</i> Пациент переспрашивает несколько раз, шаткость походки, очень громко говорит. <i>Жалобы пациента:</i> Головокружение, не понимает речь окружающих, шум в ушах, ощущения заложенности в ушах, нарушение равновесия.	Для оценки состояния задать пациенту уточняющие вопросы: Посмотреть аудиограмму. Когда начал замечать снижение слуха? С чем связывает свое состояние? Есть ли чувство головокружения, слабости, неустойчивости?	СРОЧНО сообщить врачу! Состояние может стать необратимым (глухота). Консультация отоларинголога. После обсуждения с врачом обсудить с пациентом режим приема препаратов.
11	Диарея/ PAS Lzd Fq Amx K Pto/Eto	<i>Сестринское наблюдение:</i> Бледность кожных покровов, шаткость походки, снижение массы тела. <i>Жалобы пациента:</i> Усталость, слабость, спутанность сознания, похудел.	Для оценки состояния задать пациенту уточняющие вопросы: Когда началась диарея? Сколько раз в день? В какое время? До или после приема пищи? Через какое время после приема препаратов? Что улучшает, а что ухудшает состояние? Есть ли примесь крови и слизи в кале? Что считает причиной диареи? Принимает ли алкоголь или наркотики?	СРОЧНО сообщить врачу! Измерить температуру тела, вес. Выполнять назначения врача. Дифференцировать побочный эффект с аппендицитом, отравлением пищевым, алкогольным или наркотическим, абдоминальным гриппом. ВАЖНО: рассказать пациенту о том, что этот побочный эффект не навсегда (1–2 недели), а препараты принимать необходимо! Проконсультировать пациента: диетический (часто и понемногу, бульоны, пища на пару или вареная), питьевой режим.
12	Почечные нарушения (нарушение электролитного баланса, острая почечная недостаточность)/ S Am Km Cm	<i>Сестринское наблюдение:</i> Периферические отеки, одышка, анурия или олигурия, агрессивность. <i>Жалобы пациента:</i> Слабость, потливость, трудно дышать, злость, проблемы при мочеиспускании.	Для оценки состояния задать пациенту уточняющие вопросы: Посмотреть по анализу крови сывороточный креатинин и электролиты. Как самочувствие? Была ли рвота или диарея? Если да, то как часто? Есть ли боли в области поясницы? Как часто и как много мочеиспускание? Есть ли боли в сердце?	СРОЧНО сообщить врачу! Может быть состояние, угрожающее жизни! Измерить АД, пульс. Выполнить назначения врача. Проконсультировать пациента по питьевому (достаточное количество жидкости, часто и понемногу) и диетическому (обогащенному калием) режиму.
13	Периферическая нейропатия, артралгия/ Lzd H Fq E Pto/Eto Z	<i>Сестринское наблюдение:</i> Неуверенность походки, раздражительность, медлительность. <i>Жалобы пациента:</i> Чувство покалывания и жжения в конечностях, боли в конечностях, слабость. Сложно и тяжело ходить. Ощущение выкручивания конечностей. Боли в суставах.	Для оценки состояния задать пациенту уточняющие вопросы: Есть ли у пациента сахарный диабет или ВИЧ? Гипотиреоз? Артрит? Принимает ли другие препараты, кроме противотуберкулезных? Когда впервые заметил эти симптомы? Как справляется с симптомами? Принимает ли алкоголь и наркотики и как часто? Как питается?	Проинформировать врача. Проконсультировать пациента по диетическому режиму (калий, кальций, магний). Проконтролировать прием пациентом витамина B6. Выполнить назначения врача.
14	Эндокринные нарушения (гипотиреоз)/ Pto/Eto PAS	<i>Сестринское наблюдение:</i> Сухость кожи, пациент не помнит многие вещи, апатия. <i>Жалобы пациента:</i> Выпадение волос, боли в конечностях, всегда холодно, снижение двигательной активности, память снижается, недержание мочи.	Для оценки состояния задать пациенту уточняющие вопросы: Посмотреть анализ крови на гормон щитовидной железы, уровень гемоглобина (исключить анемию). Есть ли проблемы с щитовидной железой? Состоит ли на учете у эндокринолога? Что считает причиной симптомов? Как с ними справляется?	Сообщить врачу. Консультация эндокринолога. Выполнение назначений врача.
15	Эндокринные нарушения (нарушение регуляции уровня сахара в крови)/ Pto/Eto Fq	<i>Сестринское наблюдение:</i> Повышенная потливость, слабость. <i>Жалобы пациента:</i> Слабость, шаткость походки, одышка, потливость сильная.	Для оценки состояния задать пациенту уточняющие вопросы: Смотреть уровень сахара крови. Есть ли сахарный диабет? Когда появилось подобное состояние?	Сообщить врачу. Консультация эндокринолога. Выполнение назначений врача. Консультация пациента по диетическому режиму.

СОБРАТЬ, СОХРАНИТЬ, ПРИУМНОЖИТЬ

В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ СЕМИНАРА, ОРГАНИЗОВАННОГО ДЛЯ БУХГАЛТЕРОВ И ИСПОЛНИТЕЛЬНЫХ ДИРЕКТОРОВ АССОЦИАЦИЙ БЫЛИ ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ ФИНАНСОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

15–16 февраля Ассоциация медицинских сестер России организовала семинар для бухгалтеров и исполнительных директоров региональных ассоциаций, причем не только сестринских – среди участников семинара были и представители профессиональных медицинских организаций!

Участники семинара – и профессиональные медицинские сестры, и бухгалтера, и врачи были едины в своих целях – максимально повысить эффективность документооборота в организациях, достичь полной прозрачности и отчетности, грамотного сбора членских взносов, их экономного расходования, привлечения средств спонсоров и благотворителей.

Семинар начался с рассмотрения Стратегии РАМС и ряда ключевых положений о работе организации. Специалисты, отвечающие за финансы, должны понимать, ради чего, во имя каких целей работают профессиональные ассоциации медицинских сестер. Только зная приоритеты, можно принимать обоснованные финансовые решения. Затем настал черед более практических вопросов, в том числе, касающихся членских взносов.

Для ряда Ассоциаций стало сюрпризом, что взносы могут перечисляться с заработной платы (разумеется, в оговоренном размере 1% от должностного оклада) на счет региональной организации бухгалтером медицинской организации. Ассоциации, где такая работа налажена, имеют гораздо меньше трудностей по сверке численности членов, могут планировать свой бюджет благодаря регулярности и предсказуемости поступлений. Перечисление происходит только по заявлению работника, который является членом организации. Более того, как подсказали опытные аудиторы, это законное право работника – обратиться в бухгалтерию своего учреждения и подать заявление на перечисление любых платежей.



Детально разбирали и другие вопросы – например, как правильно Ассоциации направить члена организации на повышение квалификации, семинар, конференцию, если такая поездка связана с расходами? Региональные ассоциации нередко отправляют своих членов в другие регионы – оплачивают проезд, проживание... при этом данные члены сотрудниками региональных организаций не являются. Для бухгалтера профессиональной ассоциации каждое такое событие представляет собой сложный момент, ведь медицинская сестра – это сотрудник медицинской организации. Как пояснили специалисты аудиторской компании, вопрос этот хоть и сложный, но решаемый. При правильном документообороте организации должны составлять смету расходов и предусматривать средства на командировки, а затем по каждому такому случаю составлять распоряжение.

Большой интерес вызвало обсуждение вопросов финансовой безопасности. Средств у ассоциаций немного, но их надо беречь – работать исключительно с государственными банками, уделять внимание безопасности при организации рабочих мест бухгалтеров. Ведущий семинара, Николай Агапов, обратил особое внимание на то, что компьютер бухгалтера ни в коем случае не должен быть в общей сети, не должен иметь никакого внешнего доступа. Рекомендуются, чтобы с этого компьютера не заходили в интернет на

незнакомые сайты, не общались в социальных сетях. Хакеры постоянно совершенствуются и, то и дело, ловят незадачливых финансистов на невнимательности.

Галина Матвеевна, эксперт в области бухгалтерской отчетности, также обратила внимание на финансовую безопасность при выполнении стандартных платежей и предостерегла участников мероприятия – проводить все платежи следует с понедельника по четверг, по пятницам – только в первой половине дня, чтобы до окончания работы банка у его специалистов оставалась возможность связаться с организациями для уточнения. Именно по пятницам в вечернее время активизируются мошенники, которые могут перенаправить средства на свои счета в банках на заокеанских островах. Конечно, суммы, которыми оперируют профессиональные ассоциации, невелики, но тем бережнее и осторожнее к ним следует относиться.

Интенсивный обмен опытом шел и между исполнительными директорами – коллеги делились опытом взаимодействия с медицинскими организациями, с членами на местах, с ключевыми членами, руководителями территориальных органов управления здравоохранением.

Несмотря на выделенные для семинара 2 дня, времени для общения не хватило – участницы активно обменивались контактами и выражали надежду на новую встречу.

РАЗВИВАЙСЯ ИЛИ ПОГИБНЕШЬ!

ИТОГИ СЕМИНАРА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

■ Янминкуль И.В.

Главная медицинская сестра ГБУЗ ТО
«Областная больница № 14 имени
В.Н. Шанаурина», с. Казанское

В г. Тюмени для медицинских сестер, выполняющих эндоскопические вмешательства, медицинских сестер централизованных стерилизационных отделений, а также руководителей сестринским персоналом на базе ГБУЗ ТО «Областная больница № 1» состоялся семинар «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах».

Семинар был организован с целью обучения сестринского персонала комплексу мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах в лечебных учреждениях Тюменской области. В августе 2015 г. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ № 20 были утверждены СП 3.1.3263-15 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах», в которые были внесены изменения в отношении требований к технологии и циклу обработки, а также хранению эндоскопического оборудования.

При регистрации участников организаторами мероприятия помимо раздаточного мероприятия были выданы тестовые вопросы, ответить на которые нужно было еще до начала мероприятия. Несмотря на то, что участников семинара было зарегистрировано 128 человек, возвращено было лишь 69 анкет. Вопросы в тестах позволили членам специализированной секции по «Операционному делу» проанализировать знания медицинских сестер и руководителей персоналом в отношении новых санитарных правил, которые действуют уже более 4 месяцев.

Словами приветствия обучающий семинар открыла Куликова Р.М., прези-



дент ТРОО «Тюменская областная профессиональная сестринская ассоциация». Поприветствовать собравшихся пришел и главный внештатный специалист-хирург ДЗ ТО Д.Т. Хасия, обративший внимание на то, что лапароскопические технологии сегодня уверенно применяются в хирургической практике. До 90% плановых операций можно провести малым лапароскопическим доступом, т. е. контакт с кровью при таких вмешательствах минимален, а соответственно и операционные раны у больных заживают гораздо быстрее. Тем не менее инфекционные осложнения имеют место быть. Операционные сестры постоянно развиваются, и сегодня уже никого не удивляет, что на конгрессах хирургов наравне с маститыми профессорами и опытными практикующими врачами-хирургами присутствуют операционные сестры. Ведь успех любой операции зависит от всех членов хирургической бригады. Девиз: «Развивайся или погибнешь!» имеет здравый смысл.

Презентации на семинаре были очень разноплановыми, они позволили осветить все разделы санитарных правил: от требований к планировке,

оборудованию и санитарному содержанию помещений для стерильных и нестерильных эндоскопических вмешательств до требований к технологии и циклу обработки, хранению эндоскопического оборудования для стерильных и нестерильных эндоскопических вмешательств, а также охране здоровья медицинского персонала структурных подразделений, выполняющих эндоскопические вмешательства. Коллегам, присутствующим в зале, разъяснялись новые требования по присвоению каждому аппарату идентификационного номера, их знакомили с новыми формами ведения журналов, необходимых в работе эндоскопических подразделений.

Очень важный вопрос касался эпидемиологических исследований случаев инфекционных заболеваний, связанных с эндоскопическими вмешательствами, тем более, что сегодня этот вопрос довольно актуален и влечет за собой серьезную ответственность.

Также вниманию медицинских сестер был представлен доклад, где рассматривался алгоритм работы шкафа для хранения эндоскопического оборудования. Сегодня не каждое ЛПУ,

особенно это касается лечебных учреждений юга области, может похвастать наличием шкафов для сушки и хранения эндоскопической аппаратуры. Как правило, и по сей день во многих эндоскопических кабинетах и отделениях дорогостоящая оптическая система хранится по старинке – на инфузионных стойках, упакованная в стерильные или одноразовые простыни. Наверное, с выходом новых санитарных правил главные врачи ЛПУ вынуждены будут серьезно задуматься о приобретении необходимой медицинской мебели для хранения эндоскопического оборудования.

Моечно-дезинфицирующие машины (МДМ) для обработки эндоскопического оборудования и вовсе редкость. Счастливчиков, имеющих столь современное и дорогостоящее оборудование, среди присутствующих было не много. Несомненно, МДМ значительно облегчают труд медицинских сестер. Ведь большинство работающих в этой сфере вынуждены вручную обрабатывать по десять и более аппаратов, и часами дышать отравляющими парами дезинфицирующих средств. Конечно, приточно-вытяжная вентиляция – это замечательно, и все же, высокая концентрация дезинфицирующих средств, которые применяются, имеет прямое воздействие на здоровье медицинских работников.

Очень радует сестринский персонал, когда на мероприятиях подобного уровня присутствуют представители контролирующих органов, которые могут рассказать о тех требованиях, которые они предъявляют при проверках, и замечаниях к работе медицинского персонала, которые они обнаруживают.

Людмила Александровна Пахомова, главный специалист-эксперт отдела эпидемиологического надзора управления Роспотребнадзора по Тюменской области давно снискала к себе уважение от медицинских работников лечебной сети за высокий профессионализм, глубокое знание вопроса, справедливость и высокое чувство такта. Она настолько любит свою работу, что каждое ее слово хочется «внимать», анализировать и принимать к сведению. Людмила Александровна подчеркнула, на что сотрудникам данной структуры следует обратить осо-

бое внимание, чтобы «не попасть впроак» и не быть опасным для пациента при оказании медицинской услуги:

1. Большинство сотрудников, занимающихся работой с эндоскопическим оборудованием, не имеют специальных знаний и подтверждения о плановом или кратковременном (не менее 16 часов) усовершенствовании по данному вопросу.

2. Не в каждом ЛПУ имеется необходимый набор помещений. Есть ЛПУ, где кабинеты не соответствуют по площадям, внутренней отделке. Вопрос грамотно организованного места для проведения гигиенической обработки рук и отдельных ванн – моек или раковин для обработки инструментария для эндоскопического оборудования, также во многих ЛПУ является краеугольным.

3. Имеются случаи недопустимого ведения медицинской документации на рабочих местах.

4. Не во всех ЛПУ имеются разработанные инструкции либо они не заверены руководителем ЛПУ.

5. В санитарных книжках медицинского персонала, занимающегося эндоскопическими манипуляциями, имеет место быть отсутствие отметки о вакцинации против гепатита В.

6. Несоответствие формы одежды у медицинского персонала эндоскопических подразделений, имеются случаи работы в спецодежде (костюмах, халатах) с короткими рукавами, что категорически противоречит требованиям санитарных правил.

7. Медицинский персонал не умеет грамотно проводить азопирамовую пробу (не говоря о фенолфталеиновой), да и генеральные уборки, подготовка кабинетов к работе также ставит многих коллег в тупик.

Медицинские сестры эндоскопических подразделений, прослушав каждый из докладов, имели возможность задать докладчикам интересующий и важный для себя вопрос, получали ответы.

Атмосфера на семинаре была очень дружелюбной, сообща обсуждались многие темы, коллеги делились друг с другом опытом.

Большое спасибо всем сотрудникам, которые приняли участие в подготовке замечательных докладов и презентаций: Капрановой С.С., врачу-эпидемиологу Тюменской больницы ФГБУЗ «ЗСМЦ ФМБА России», Мартыановой Н.Р. – медицинской сестре хирургического отделения ООО «Поликлиника консультативно-диагностическая им. Е.М. Нигинского, Новоселовой Н.В. – главной медицинской сестре ГБУЗ ТО «Родильный дом № 3», Нигрей Т.С. – главной медицинской сестре УМК ГБОУ ВПО ТюмГМУ МЗ России, Мещериной И.А. – старшей медицинской сестре операционного отделения ФГБУ «ФЦН» Минздрава России, Сидельниковой О.А. – старшей медицинской сестре эндоскопического отделения ЗАО МСЧ «Нефтяник», Останиной Е.В. – старшей медицинской сестре отделения функциональной диагностики НУЗ «Отделенческая больница на станции "Тюмень" ОАО "РЖД"», Санниковой Л.А. – главной медицинской сестре ГБУЗ ТО «Консультативно-диагностический центр "Эндос"». Для некоторых из них это был первый опыт и серьезный повод для волнения.

Мероприятие было не просто своевременным и содержательным, семинар всерьез заставил задуматься о своей роли в сохранении здоровья пациентов.



Новые правила по эндоскопии – продолжение: что нам теперь делать?

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ОРГАНИЗАЦИИ
ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ
В ОТДЕЛЕНИЯХ И КАБИНЕТАХ
ЭНДСКОПИИ

*«Однажды всё изменится
до неузнаваемости...»*
Тагуи Семирджян

*«Кто не хочет умереть от жажды –
должен научиться пить из всех стаканов».*
Фридрих Вильгельм Ницше. «Так говорил
Заратустра»

*В продолжение статьи о новых са-
нитарных правилах по эндоскопии.*

Миграция на территорию стран «Шенгенского соглашения» граждан, не знакомых с правилами жизни в этих странах, не желающих подчиняться в принципе никаким правилам, кроме собственных. Глобальное потепление, или глобальное похолодание – выбирайте – то и другое актуально и непредсказуемо. Снижение курса рубля и повышение цен. Прозрачные пенсионеры и непомерные траты нуворишей. «В Ростовской области скончались три человека, заболевшие свиным гриппом» и замалчивание эпидемии в Украине.

Этот перечень можно продолжать до бесконечности. Наш мир стремительно меняется. На что опереться, чтобы обрести устойчивость и не быть унесенными потоком? Мы не будем здесь говорить о религии и политике. Мы будем говорить о поиске опоры в знаниях, в умении их применять. Мы будем говорить о возможностях применения медицинским персоналом правил безопасной медицинской деятельности в отдельно взятой категории оказания медицинской помощи, т. е. в эндоскопии. Мы будем говорить об уверенности в своих силах, знаниях, профессионализме. Мы будем говорить о выживании в имеющихся условиях.



Итак, санитарные правила по эндоскопии утверждены Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 8 июня 2015 г. № 20 «Об утверждении СП 3.1.3263-15 “Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах”».

Для начала о том, зачем они нужны. Прежде всего, для организации безопасной больничной среды. Что такое безопасность?

Безопасность – это базовая потребность организма человека и животного, когда ему не угрожают ни внешние, ни внутренние факторы.

Организация **безопасной больничной среды** – это снижение и устранение факторов риска для пациентов и персонала.

Некоторые из факторов риска:

- инфекционное заражение: инфицирование пациентов и персонала;
- физическое поражение: травматизация при контакте с инструментарием;
- токсикологическое поражение: при контакте с лекарственными, диагностическими, дезинфицирующими средствами без необходимой защиты.

Основные изменения, которые необходимо учесть в преддверии текущих проверок надзорными органами:

№ п/п	Пункты санитарных правил	Примечания
1	2.4. Нестерильными считаются вмешательства, при которых эндоскоп вводится через естественные пути в органы, в норме содержащие собственную микрофлору (желудочно-кишечный тракт, дыхательные пути). 2.5. Стерильными считаются вмешательства, при которых эндоскоп вводится через проколы, разрезы кожных и слизистых покровов в кровяное русло, полости или ткани организма, а также в стерильные в норме органы (матка, мочевого пузыря) через естественные пути.	Впервые перечислены органы организма человека, для которых подбирается соответствующий эндоскоп. Например, бронхоскоп. Исходя из определения, подбираем методы обработки.
2	3.2. В структурных подразделениях медицинской организации, выполняющих эндоскопические вмешательства, распорядительным документом руководителя организации должны быть определены лица, ответственные за организацию и проведение противоэпидемических мероприятий, в том числе за качество обработки эндоскопического оборудования.	Ответственное лицо не вообще по ЛПО, а именно в данном отделении. Этот же сотрудник отвечает перед надзорными органами и отвечает на вопросы персонала.
3	3.3. Руководителем (врачом) структурного подразделения (кабинета), выполняющего эндоскопические вмешательства, должна разрабатываться рабочая инструкция по обработке эндоскопов, имеющих на оснащении структурного подразделения (кабинета), которая утверждается руководителем медицинской организации.	Руководитель (врач) должен обладать достаточными знаниями для подготовки данного документа.
4	3.4. Медицинские работники, непосредственно связанные с проведением эндоскопических вмешательств и обработкой эндоскопического оборудования (врачи и медицинские сестры), должны проходить не реже одного раза в 5 лет повышение квалификации <...>, включающим вопросы обеспечения эпидемиологической безопасности эндоскопических вмешательств.	Вопросы эпидемиологической безопасности обязательны при повышении квалификации, кратность указана впервые.
5	3.6. Каждому эндоскопу, имеющемуся на оснащении структурного подразделения, в котором выполняются эндоскопические вмешательства, присваивается идентификационный код (номер), включающий сведения о его виде (модели) и серийном номере.	Обязательно к исполнению.
6	3.7. Каждый цикл обработки эндоскопа должен фиксироваться в журналах.	Графы заполнения журнала обработки должны в точности соответствовать приложению № 1 СП.
7	3.8. Транспортировка эндоскопов и инструментов к ним по коридорам между помещениями эндоскопического отделения и операционного блока, а также в другие отделения и ЦСО медицинской организации должна осуществляться в жестких контейнерах или на лотках в закрытом виде. 3.9. Контейнеры и лотки для транспортировки эндоскопов должны подвергаться дезинфекции после каждого использования.	Необходимо предусмотреть дезинфекцию лотков для транспортировки и «чистых» и «грязных» эндоскопов. Методы дезинфекции: погружение, протирание, орошение. Погружение организовать сложно, поэтому наиболее удобны протирание салфетками (возможны готовые формы, например, Лизаксин-салфетки) или спреи (например, Лизаксин-спрей).
8	4.2. Эндоскопическое оборудование, в том числе эндоскопы, для стерильных эндоскопических вмешательств, все виды инструментов для стерильных и нестерильных вмешательств непосредственно после использования подлежат последовательно: – предварительной очистке; – предстерилизационной очистке, совмещенной с дезинфекцией. 9.1. Обработка инструментов к эндоскопам должна проводиться отдельно от эндоскопов.	Обратите внимание: инструменты для нестерильных вмешательств в процедурном подвергают очистке отдельно от эндоскопа. Необходим алгоритм обработки, понятный для персонала и дополнительная емкость.
9	4.4. Процесс стерилизации эндоскопов и инструментов к ним разрешается перенести на следующую рабочую смену при условии проведения их эффективной дезинфекции и предстерилизационной очистки непосредственно после использования.	Пункт введен впервые, позволяя отложить этап стерилизации и сэкономить рабочее время.
10	5.4. Манипуляционная для проведения бронхоскопии (класс чистоты «Б») оборудуется системой приточно-вытяжной вентиляции с преобладанием притока воздуха. Подаваемый воздух должен подвергаться очистке и обеззараживанию с эффективностью не менее 95%.	Пункт контроля качества подаваемого воздуха должен быть включен в программу производственного контроля с фиксацией результатов.

№ п/п	Пункты санитарных правил	Примечания
11	5.8. Помещение для обработки эндоскопов оборудуется общеобменной приточно-вытяжной вентиляцией и местной вытяжной вентиляцией с удалением паров растворов на уровне моечных ванн.	Пункт введен впервые. Требуется затрат на перепланировку. Необходимо подготовить ответ надзорным органам при отсутствии местной вытяжки.
12	5.9. При несоответствии качества водопроводной воды гигиеническим требованиям, а также при использовании МДМ, в инструкции по эксплуатации которой указаны требования к качеству подаваемой в машину воды, устанавливаются дополнительные средства очистки водопроводной воды.	Необходим пункт о контроле качества воды, должен быть в программе производственного контроля, а также протоколы результатов.
13	5.13. Зона окончательной очистки эндоскопов <u>должна оборудоваться</u> : – столом (тележкой) для контейнеров (лотков) с использованными эндоскопами; – моечными ваннами емкостью не менее 10 литров, подключенными к канализации и водоснабжению; количество моечных ванн определяется исходя из максимальной рабочей нагрузки в эндоскопическом отделении (кабинете) <...>	Требование безусловное. Потребуется приобретение тележки для лотков, моечных ванн.
14	5.14. Зона ДВУ и хранения эндоскопов должна оборудоваться и оснащаться: – емкостью для проведения ДВУ в растворе химического средства объемом не менее 10 литров и (или) МДМ; – моечными ваннами для удаления остатков средства ДВУ с/из эндоскопов для гастроинтестинальных исследований; – емкостями для ополаскивания бронхоскопов (при использовании стерильной воды – стерильными, в других случаях – продезинфицированными); – столами для сушки и упаковки обработанных эндоскопов; – шкафами для хранения эндоскопов или шкафами для сушки и хранения эндоскопов в асептической среде.	Проведение ДВУ – в 10-литровой емкости, а не в ванне в связи с многократностью применения средства для ДВУ. Емкости для ополаскивания бронхоскопов кипяченой или очищенной водой на антибактериальных фильтрах должны дезинфицироваться. Возможно применение метода, указанного в п. 7 таблицы. Для хранения эндоскопов указаны шкафы.
15	5.15. Все виды шкафов для хранения обработанных эндоскопов подлежат очистке и дезинфекции раствором химического средства в бактерицидном режиме не реже 1 раза в неделю, если иное не предусмотрено инструкцией по эксплуатации.	Обработка шкафов указана впервые. Возможно применение метода, указанного в п. 7 таблицы.
16	5.16. Уборка и профилактическая дезинфекция в манипуляционных для нестерильных эндоскопических вмешательств и в моечно-дезинфекционном помещении должны проводиться по мере загрязнения, но не реже одного раза в смену или 2 раз в день. После каждого пациента поверхность кушетки (стола) для исследований, с которой он контактировал, должна подвергаться дезинфекции. Генеральная уборка должна проводиться 1 раз в неделю.	Необходимо иметь уборочное оборудование (технику) с соответствующей маркировкой (цветовой индикацией) и средства для обработки кушеток. Возможно применение метода, указанного в п. 7 таблицы.
17	6.4. Предстерилизационная очистка, совмещенная с дезинфекцией эндоскопов для стерильных манипуляций и инструментов, должна проводиться в помещении разборки и мытья инструментов операционного блока, в моечно-дезинфекционном помещении хирургического отделения, в ЦСО.	Пункт появляется впервые. Прежде обязательной была только предстерилизационная очистка.
18	7.4. Растворы моющих средств для очистки эндоскопов на основе ферментов и (или) поверхностно-активных веществ применяются однократно. Растворы дезинфицирующих средств в режиме очистки, совмещенной с дезинфекцией, применяются до изменения внешнего вида, но не более одной рабочей смены.	Новый пункт. Расход средства для очистки увеличивается, и появляется новое средство для дезинфекции + ПСО. Поскольку средство, совмещающее дезинфекцию и ПСО, необходимо часто менять (каждую смену), рекомендуется приобретение недорогих отечественных средств. (Пример: Клиндезин-экстра.)
19	7.8. При многократном применении (в пределах срока годности) рабочих растворов средств для стерилизации и ДВУ: – должен контролироваться уровень содержания действующего вещества в рабочем растворе экспресс-индикаторами (если они разработаны для средства) не реже одного раза в смену (ручной и механизированные способы обработки);	Необходимо приобретение достаточного количества индикаторов.

№ п/п	Пункты санитарных правил	Примечания
20	8.1.3. Процесс окончательной очистки или окончательной очистки, совмещенной с дезинфекцией, включает следующие этапы: <...> Промывные воды после этапов очистки и ополаскивания эндоскопов должны сливаться в централизованную канализацию без предварительного обеззараживания.	Четкое указание по удалению отходов.
21	8.1.6. Удаление влаги с внешних поверхностей эндоскопа при помощи стерильного материала; из каналов – продувкой воздухом или активной аспирацией воздуха. Для более полного удаления влаги из каналов эндоскопа обработка завершается промыванием 70–95% этиловым спиртом, отвечающим требованиям фармакопейной статьи, и продувкой воздухом.	Ранее допускался выбор – применять или не применять спирт для дополнительной сушки каналов.
22	8.1.11. Между рабочими сменами эндоскоп должен храниться в разобранном виде, упакованным в стерильный материал или неупакованным в шкафу для сушки и хранения эндоскопов в асептической среде. Срок хранения эндоскопов в шкафу для сушки и хранения в асептической среде указывается в инструкции по эксплуатации шкафа. Срок хранения эндоскопов, упакованных в стерильные тканевые чехлы, не должен превышать 72 часа. После истечения указанного срока хранения эндоскоп подлежит ДВУ повторно.	В соответствии с данным пунктом срок хранения эндоскопов в оригинальных шкафах может достигать до 14 суток, что позволяет экономить на повторной ДВУ/стерилизации без ущерба для стерильности.
23	8.3.9. Предстерилизационная очистка, совмещенная с дезинфекцией, аспирационной банки и комплекта многоразовых силиконовых трубок, которые являются принадлежностями к отсасывающему промывающему насосу или помпе, после каждой эндоскопической операции проводится ручным или механизированным способом, стерилизация – паровым методом по режиму, рекомендованному изготовителем.	Для обеспечения данного требования потребуются дополнительные затраты в связи с необходимостью стерилизации.
24	8.4. При подготовке эндоскопического оборудования к хирургическим эндоскопическим вмешательствам в целях предотвращения инфицирования пациентов и контаминации прибора на каждую операцию на разъеме для инфуляции устанавливается одноразовый стерильный антибактериальный газовый фильтр.	Необходим учет использованных фильтров для подтверждения их замены.
25	10.8. Плановому (не реже 2 раз в год) микробиологическому контролю подлежит качество самодезинфекции МДМ. Смывы с различных участков машины отбираются непосредственно после завершения цикла самодезинфекции. Критерий эффективности – отсутствие роста вегетативных форм микроорганизмов в исследуемых образцах смывов.	Пункт указан впервые. Учет результатов обязателен.
26	12.10. Для снижения риска инфицирования персонала и обеспечения надежности обработки гибких эндоскопов для нестерильных вмешательств применяется механизированный способ с использованием МДМ. При большом обороте эндоскопов (одновременное проведение обработки трех и более эндоскопов одного вида) механизированный способ обработки эндоскопов является обязательным.	Необходимо учесть данный пункт перед подготовкой к проверке надзорными органами. Отсутствие МДМ (при ее необходимости) будет расценено как нарушение.
27	12.11. Для предупреждения травм от инструментов к эндоскопам с колюще-режущими поверхностями необходимо минимизировать контакт персонала с необработанными инструментами, используя контейнеры с перфорированными вкладками, МДМ и ультразвуковые очистители. Запрещается использовать инъекционные иглы для забора патологического материала из браншейбиопсийных щипцов.	Учесть пункт и предусмотреть инструмент для забора патологического материала.

Меры по профилактике инфицирования пациентов и персонала как одного из важнейших факторов риска

Обеззараживание объектов внешней среды:

- руки персонала;
- поверхности;
- инструменты;
- средства медицинского назначения;
- эндоскопы;
- медицинские отходы;
- биологические выделения;
- воздух и системы вентиляции;

• прочее.

Ждем «Методические указания», разъясняющие и дополняющие санитарные правила. Прошу задавать вопросы для отправки законодателю и участия в подготовке МУ.

В обязательном порядке необходимо изучить новые санитарные правила. При необходимости организации обучения обращайтесь в адрес Ассоциации медицинских сестер России и/или к автору статьи И.В. Рудейко на электронную почту: irina.rudeyko@bk.ru.

Мы продолжим работу по поддержке медицинского персонала в области обеспечения информационными материалами и сообщаем, что новые методические рекомендации по обеспечению инфекционной безопасности эндоскопических вмешательств в соответствии с новыми требованиями санитарного законодательства находятся в стадии подготовки.

Вы думаете, все закончилось? Нет! Вы ошибаетесь. Теперь мы ждем новые Санитарные правила вместо 2.1.3.2630-10 по ЛПО и вместо 2.1.7.2790-10 – по отходам.

До новых встреч!

ПРИЗВАНИЕ

■ Манабаева Галия

*«Всякий человек
включает в себя целый мир...»*

3.

Прошли годы... Алина окончила институт, вышла замуж, родила детей... По специальности она не проработала ни дня. «Не экономист ты! Это не твое», говорила ей Ася Яковлева.

Шло время, дети росли и деятельную натуру Алины стало тяготить социальное бездействие.

– Засиделась я дома! Мне надо в общество! – говорила она мужу, надув губки, – домохозяйка с высшим образованием! – иронично продолжала она жаловаться, капризная.

– Ну, хочешь, иди работать, а я посижу с ребенком?

– Не смешно. Между прочим, в Америке и в Европе равноправие полов не пустой звук, как у нас в стране. Там действительно мужчины могут сидеть дома, заниматься детьми, хозяйством, а женщины зарабатывают деньги.

– Эмансипе ты мое! Я не шучу. Иди работать. Для дочки мы выпишем маму. Мою или твою.

– Нет! Ребенок должен быть с матерью. Это обязательное условие для развития нормальной психики ребенка. Мы должны вырастить нормального члена общества, с детства окруженного любовью.

Цепь подобных разговоров привела к тому, что Алина устроилась на работу в детский сад вместе с ребенком. Убила одной пулей двух зайцев. «И замужем и дома» – и на работе, и с ребенком.

Ориентируясь на запись в трудовой книжке и, видимо, на возраст, Алину сначала оформили как нянечку, в подчинение к самой опытной, образованной воспитательнице в годах. За неполные полгода Алина успела покорить многих своим жизнерадостным характером, умением находить общий язык с детьми, особенно с их родителями. Как-то заведующая детским садом, с виду недружелюбная, грозная женщина преклонного возраста, вызвала Алину к себе в кабинет:

– Алина, я наблюдаю за тобой с первого дня и очень довольна твоей работой. Ты просто умничка! С детьми ты ладишь, много благодарностей от родителей. У тебя педагогический дар, тебе надо учиться. Как тебе предложение, пойти в педагогическое училище?

– Спасибо, Нина Ивановна, за предложение, – скромно ответила Алина, – но как-то неожиданно. Во-первых, я не планировала долго работать у вас, у меня высшее образование, я – инженер-экономист. Во-вторых, на данный момент я больше планирую семью, чем карьеру, хочу второго ребенка, – заключила она, почему-то густо покраснев.

– Ну, и все правильно, – невозмутимо спокойно сказала заведующая, – ты молода, образованна, самое время планировать семью. Я за тебя рада, поздравляю. Но ведь одно другому не помеха, мы все так начинали. Я сама была молода, – и рожала, и училась, и работала, и все одновременно. Милая



моя, – вдруг продолжила Нина Ивановна, почему-то немного раздражаясь, – мы не в капиталистической и не в восточной стране живем, где женщина может себе позволить посвящать себя только детям, не работая.

Алина почувствовала себя виноватой.

– Извините меня, Нина Ивановна, – лишь промолвила она.

– Это прекрасно, что у тебя есть высшее образование, – продолжала заведующая, – в таком случае тебе необходимо профильное образование – педагогическое или медицинское, чтобы со временем занять мое место. Лучше иди в медучилище, на вечернее, без отрыва от производства, так будет вернее, оно и правильнее, и интереснее. Медицинское образование никому еще не помешало, – безапелляционно заключило руководство.

Мысли о медучилище вернули Алину к воспоминаниям об интернате, где она в белом халате, среди медсестер и врачей чувствовала свою причастность к медицине. И как ей было там хорошо. И то, что врачи говорили о ее медицинском призвании. Четко всплыли воспоминания об Асе Яковлевне, о ее наставлениях.

– С высшим образованием в медучилище? – удивился муж.

– А почему бы нет, – осторожно стала настаивать на своем Алина, – инженером я не хочу работать, сам знаешь. И, вообще, если задуматься, в институт-то я поступила с большим нажимом матери.

– Какое счастье, что мать на этом настояла, иначе, как бы я тебя встретил! А кем ты вообще хотела стать? Какая профессия тебе по душе?

– Не знаю, – честно ответила Алина, – сама об этом в последнее время озадачена.

...Медучилище Алина закончила с красным дипломом.

Медицинская стезя Алины началась лишь десять лет спустя. Этому способствовало эпохальное событие – великая Страна Советов развалилась. И тогда Алина решила реализовать давнюю мечту – посвятить себя любимым детям. С исполнением младшему 10 лет дети уже не так нуждались в маминой опеке, стали более самостоятельными,

и их некоторым образом стали тяготить ее сопровождения.

– Мне надо устроиться на работу, – сказала Алина мужу.

– Прекрасно, я поговорю с другом, он как раз открыл свою строительную фирму, у них требуются бухгалтеры, – предложил муж.

– Нет, – сказала Алина, лукаво улыбаясь, – мне предлагают медсестрой.

– Ну, что за глупости! Зачем тебе это надо? У тебя прекрасная специальность, образование, тебе надо делать карьеру!

– Понимаешь, какое дело, – стала придумывать на ходу Алина, – медсестрой работа посвободнее, сутки через трое, больше буду бывать дома, с

детьми. Это временно, пока дети не подрастут.

А на самом деле в истинной причине своих желаний Алина не хотела признаваться. Ее совершенно не тянуло окунаться в мир сухих счетов, цифр, ей хотелось, чтобы ее работа была связана с людьми, хотелось чего-то душевного.

– Не понимаю тебя, – искренне удивился муж порывам Алины, – ты понимаешь, что такое медсестра? Это судна, катетеры, клизмы и т.д. Это унинительно!

– Ничего подобного! – возразила Алина, – это медицина, и это, прежде всего, люди, нуждающиеся в моей помощи!

Продолжение следует

Наши поздравления!

Хухарева Фаина Ивановна – главная медицинская сестра ГБУ РМЭ «Йошкар-Олинская детская городская больница», заслуженный работник здравоохранения Республики Марий Эл, ветеран труда, медицинская сестра с высшей квалификационной категорией по специальности «Организация сестринского дела», член «Ассоциации средних медицинских работников Республики Марий Эл» с 2003 года, активный член секции Ассоциации «Сестринское дело в педиатрии».

Сразу после окончания Санчурского медицинского училища Фаина Ивановна начала трудовую деятельность в Йошкар-Олинской детской городской больнице в должности медсестры соматического отделения № 1. Позже, накопив опыта и мастерства, Фаина Ивановна была назначена старшей медицинской сестрой, а в 2002 году возглавила сестринскую службу учреждения. Только представьте себе – более 40 лет Фаина Ивановна трудится в одном учреждении, ставшим за эти годы родным, любимым, единственным!

Сегодня Фаина Ивановна руководит многочисленным коллективом средних медицинских работников – 478 специалистов по 20 специальностям. Под ее руководством работает Совет по сестринскому делу с 19 старшими сестрами и слаженный коллектив сестринского персонала, который



из поколения в поколение передает друг другу опыт и навыки профессионального мастерства.

Фаина Ивановна активно участвует в проведении республиканских конференций, семинаров. Знания, информацию, полученные с участия во Всероссийской конференции для акушерок, медицинских сестер педиатрических и неонатальных «Здоровые дети – здоровая нация», успешно внедряет в практическую работу медицинских сестер детских учреждений.

Ее доброжелательность, коммуникабельность, открытость в общении с коллегами – пример не только для молодых начинающих специалистов.

Большой вклад Фаина Ивановна внесла в развитие сестринской службы

больницы, осваиваются новые сестринские технологии, стандарты практической деятельности среднего медицинского персонала, регулярно проводятся смотры-конкурсы на звание «Лучший в профессии» и «Посвящение в профессию» молодых специалистов. Под руководством Фаины Ивановны ведется педагогическая работа со студентами медицинского колледжа.

Свой огромный опыт и глубокие знания Фаина Ивановна с любовью передает молодежи, через ее руки прошли десятки медсестер, которые сейчас трудятся рядом с ней.

Коллеги, члены Ассоциации от всей души поздравляют Фаину Ивановну с юбилейной датой – 60-летием!

Желаем дальнейших творческих успехов, здоровья, женского счастья, оптимизма и всех благ на долгие-долгие годы.

**Председатель
«Ассоциации средних медицинских
работников Республики Марий Эл»
Евгения Кузьминых**

ОПЫТ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИСТОВ СО СРЕДНИМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ОБРАЗОВАНИЕМ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ



Ромель Ризид Яرخамулловна
Главная медицинская сестра ММАУ
«Городская поликлиника № 4»
г. Тюмень, член специализированной
секции «Первичное здравоохранение»
ТРОО ТПОСА

«Сейчас сестры ухаживают за больными, но настанет день, когда их пациентами станут здоровые, и заботиться сестры будут о том, чтобы они не заболели».

Флоренс Найтингейл

Со времен первой сестры милосердия Флоренс Найтингейл в организации сестринского дела произошли изменения. Сегодня, в условиях стремительно развивающегося мира, с его новыми технологиями здоровье человека находится на грани истощения. Адаптационные резервы организма на низком уровне, в том числе по причине подверженности населения факторам риска неинфекционных заболеваний. К важнейшим из них относятся так называемые поведенческие факторы – курение, нездоровое питание, недостаточная физическая активность и избыточное потребление алкоголя. Чтобы сохранить и укрепить здоровье, требуются профилактические меры. Значительный вклад в сохранении и укреплении здоровья граждан вносит огромная армия средних медицинских работников.

В 2009 году для жителей города Тюмени на базе ММАУ «Городская поликлиника № 4» открыл свои двери Центр

здоровья (ЦЗ), главная задача которого состоит в том, чтобы тюменцы стали относиться серьезнее к своему здоровью и, опираясь на рекомендации специалистов, сбросили лишний вес, избавились от привычки курить, скорректировали свои физические нагрузки, словом, вели здоровый образ жизни.

Основной целью деятельности Центра здоровья является сохранение индивидуального здоровья граждан и формирование у них здорового образа жизни. В центре проводится скрининг состояния здоровья людей и выявление факторов риска в целях предупреждения различных заболеваний. Исходя из результатов обследований делается расчет индивидуального риска, после чего пациент направляется на более углубленное обследование в лечебное учреждение по месту жительства для прохождения дополнительного обследования и уточнения диагноза у узких специалистов (эндокринолога, кардиолога, невролога и др.) либо получает рекомендации по ведению здорового образа жизни, отказу от вредных привычек, изменению рациона питания и т. д., приглашается в Школу здоровья для прослушивания курса лекций и тематических занятий.

В структуру нашего Центра здоровья входит: регистратура, кабинет тестирования на аппаратно-программном комплексе и инструментального обследования, кабинет лабораторного обследования, офтальмологический кабинет, кабинет гигиениста стоматологического, учебный класс Школы здоровья, кабинет лечебной физкультуры, кабинет врача-консультанта, кабинет медицинской помощи при отказе от курения.

Центр оснащен в соответствии со стандартом оснащения оборудованием Центров здоровья для взрослого населения (согласно Приложению № 6 к Порядку организации и осуществления профилактики неинфекционных

заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях, утвержденному приказом Министерства здравоохранения РФ от 30 сентября 2015 г. № 683н). В стандарт оснащения ЦЗ входят современные системы скрининга всех органов и систем организма.

Штат Центра здоровья состоит из квалифицированных врачей-специалистов (3), рядом с которыми, бок о бок трудятся медицинские работники со средним медицинским образованием – медицинские сестры (2), фельдшеры (2), гигиенисты стоматологические (2), инструктор по лечебной физкультуре (1), инструктор по гигиеническому воспитанию (1), медицинские регистраторы (2). Все специалисты имеют теоретическую подготовку по циклу «Формирование здорового образа жизни», инструктор по гигиеническому обучению имеет повышение квалификации по циклу «Медицинская помощь по отказу курения». Их вклад в работу по гигиеническому воспитанию населения, пропаганде медицинских знаний и здорового образа жизни незаменим. Медицинские сестры являются пропагандистами медицинских знаний среди населения. Они помогают повысить мотивацию пациентов к переходу от теоретического знания профилактики к ее практическому применению, стать ориентированными на активную профилактику, основанную на здоровом образе жизни.

Первыми встречают посетителей Центра здоровья медицинские регистраторы. За последние 3 года в Центре здоровья прошли обследование более 18 тысяч человек, что в среднем на 7% превышает план ежегодных посещений. Именно медицинские регистраторы отвечают на вопросы заинтересованных пациентов.

На плечи медицинских сестер и фельдшеров ложится проведение эк-



спресс-обследования, состояния резервных функций организма. Пациенту измеряют рост, вес, артериальное давление; оценивают функциональное состояние сердца, с помощью спирометра оценивают функцию внешнего дыхания; выполняют экспресс-анализ общего холестерина и глюкозы в крови; определяют содержание монооксида углерода в выдыхаемом воздухе с помощью смеклайзера; проводят экспресс-оценку насыщения артериальной крови кислородом, частоты пульса и регулярности ритма с помощью пульсоксиметра; оценивается риск заболеваний артерий нижних конечностей с помощью системы ангиологического скрининга; с помощью биоимпедансметра в организме пациента определяют процентное соотношение воды, мышечной и жировой ткани.

Фельдшер офтальмологического кабинета Центра здоровья проводит проверку остроты зрения, рефрактометрию, тонометрию, исследование бинокулярного зрения, определяет вид и степень аметропии, наличие астигматизма.

Гигиенист стоматологический проводит осмотр полости рта пациента, регистрирует состояние твердых тканей зубов, пародонта, слизистой оболочки, соотношение зубных рядов; определяет гигиеническое состояние и обучает правилам ухода за полостью рта, проводит контролирующую чистку зубов, индивидуальный подбор средств гигиены. При необходимости осуществляет профилактические процедуры: покрытие зубов фторлаком и фторгелем, полоскания, снятие над- и поддесневых зубных отложений; осу-

ществляет стоматологическое просвещение среди населения.

Средний медицинский персонал принимает активное участие в формировании истории здоровья каждого пациента Центра. Главная задача медицинских сестер – это общение с пациентами. Именно они рассказывают обо всех манипуляциях и обследованиях, проводящихся в Центре здоровья. Медицинские сестры умеют объяснить каждому пациенту сущность и целесообразность проводимых диагностических мероприятий. Из обследованных за 3 года 18 190 человек (2012 г. – 5550, 2013 г. – 6233, 2014 г. – 6407) выявлено пациентов с факторами риска неинфекционных заболеваний – 6314 (2012 г. – 2016, 2013 г. – 2368, 2014 г. – 1940), что составляет в среднем 34%. Именно с данной категорией людей проводится активное динамическое наблюдение в отделениях медицинской профилактики поликлиник по месту жительства, так же и в Центре здоровья проводится обучение.

В Центре здоровья нашей поликлиники организованы Школы здоровья, активное участие в которых принимают медицинские сестры и инструктор по гигиеническому воспитанию: школа по отказу от курения, школа репродуктивного здоровья женщин, школа артериальной гипертензии. Цель таких школ – повышение мотивации и улучшения выполнения пациентами рекомендаций, формирование партнерских отношений с врачом в лечении, реабилитации и профилактике, их взаимовыгодное сотрудничество. Специалисты со средним образованием обучают пациентов необходимым навыкам и умениям, применяя методы на-

глядной пропаганды – плакаты, фотографии, презентации и видеофильмы. Всего за 3 прошедших года в Школах здоровья обучено более 1,5 тысячи человек. Высокое качество работы медицинских сестер и инструктора по гигиеническому воспитанию с пациентами Центра повышает и авторитет врачей-специалистов, вселяет уверенность пациента в компетентности их рекомендаций, желании и готовности им следовать. Так, например, результатом работы Школы по отказу от курения из обученных с 2013 года 260 человек через 3 месяца отказались от курения 17 человек, через 6 месяцев отказались от курения 13 человек, через 12 месяцев – отказались от пагубной привычки 3 человека. Отмечается положительная динамика за весь период работы Школы и результата индивидуального консультирования.

Профессионально действующие медицинские сестры пользуются заслуженным авторитетом среди посетителей Центра здоровья, так как обладают умением в их деле самым важным – желанием помочь и выслушать каждого, рассказать. Бескорыстно преданные своей профессии, они щедро дарят своим пациентам заботу, доброту и внимание.

Современная наука разработала множество методов, позволяющих сохранить здоровье на долгие годы. От каждого человека и от общества в целом требуется лишь активная жизненная позиция – знать, что именно способствует возникновению хронических заболеваний, исключить для себя эти факторы и своевременно проходить несложные профилактические обследования.

ВЛАДИМИР – БЛЮМИНГТОН-НОРМАЛ

ОПЫТ ТРАНСАТЛАНТИЧЕСКОГО ОБМЕНА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

■ Антропова О.Д.

Заведующая сестринским отделением
Владимирского базового медицинского
колледжа

Вот уже много лет Владимирский базовый медицинский колледж сотрудничает с Медицинским колледжем Иллинойского университета. Каждую весну американские студенты – будущие медицинские сестры – приезжают во Владимир, а осенью наши студенты едут в США. Это сотрудничество мы называем транскультурным обменом, поскольку такое общение помогает нам узнать друг друга, понять особенности обучения и специфику работы медицинских сестер в различных странах. Особый интерес вызывают условия труда медицинских работников, поэтому большая часть программы отводится под посещение больниц, медицинских центров, реабилитационных отделений. Во время визита студенты пытаются разобраться в сложной системе финансирования американского и российского здравоохранения.

Посещая учебные занятия, практические уроки, студенческие конференции, участники проекта наблюдают особенности обучения, отрабатывают навыки, участвуют в подготовке и проведении презентаций. Принимающая сторона старается, чтобы гости жили в семьях студентов, в студенческом городке, занимались привычным фитнесом в спортивном комплексе, питались и проводили досуг как обычные студенты медицинского колледжа.

В мае 2015 года во Владимир приехали шесть студентов сестринского колледжа из города Блумингтон-Нормал. Два юноши и четыре девушки. Профессия медицинской сестры становится популярной в США и для мужчин. Поэтому и в колледже обучается много юношей. Руководителем группы была преподаватель колледжа, ответственная за студенческий обмен Мелисса Мунди. Поселились студенты в



русских семьях. Студенты нашего колледжа, у которых жили американские гости, старались окружить их теплом и заботой, накормить традиционными русскими блюдами. Особенно понравились ребятам сырники, блинчики, оладьи. Немного опасались хозяева, что американцы, привыкшие к фаст-фуду, будут скучать по гамбургерам и картошке-фри. Но, как оказалось, зря. Сегодня американцы – приверженцы здорового образа жизни, стараются питаться дома, охотно готовят здоровую пищу и кашу на завтрак считают отличным началом дня.

Программа была составлена следующим образом: утром гости приезжали в колледж, где посещали лекции или практические занятия, затем обед, а после него посещение ЛПУ – санаториев, медицинских центров, станции переливания крови. Затем гостям предлагалась культурная программа: посещение концертов, выставок, музеев, развлечения, спортивные мероприятия.

В первый день пребывания в колледже гостям презентовали Владимирский базовый колледж, который как раз отмечал своё 105-летие. Колледж имеет два здания, в которых расположены кабинеты для проведения практических и теоретических занятий.

Оборудована зубоветеринарная, зуботехническая, фармакологическая лаборатории, библиотека, спортивный зал, манипуляционный кабинет. При разработке программы приема гостей оргкомитет старался, чтобы гости увидели различные формы проведения занятий. У нас были и уроки-презентации, круглые столы, студенческая конференция, заседание кружковцев, занятия по отработке практических навыков. На занятиях в больнице американские студенты провели опрос пациентов – удивили и улучшили настроение пациентов, заставили их улыбнуться. Всё для них было непривычно: и то, что в России встают, приветствуя преподавателя, нельзя на занятиях есть, приходится много писать и отвечать на вопросы, нельзя перемещаться по аудитории во время занятий. Удивили их и материалы, подготовленные нашими студентами для конференции. Такого глубокого погружения в исследуемую проблему американцы не ожидали! На переменах владимирцы задавали гостям вопросы, практиковались в английском языке, обменивались контактами, приглашали в гости.

После обеда – тур по больницам города. Не скроем, американцам мы показывали самые перспективные ЛПУ города, самые чистые, новые, отремон-



тированные отделения. Но ведь и дома, принимая гостей, мы показываем самое лучшее, готовимся к встрече. Новейшее оборудование, уникальные методики лечения и профилактики заболеваний? профессионализм медицинских сестер – конечно, удивили американцев.

Было очень приятно, когда наши сестры проводили экскурсии по больницам для наших гостей. Поражал американцев кругозор, эрудиция медицинской сестры, знание специфики работы не только своего отделения, но и всей больницы. Нас радушно встречали главные сестры, отделения показывали старшие сестры, постовые и процедурные сестры знакомили с каждодневными обязанностями. Огромная им благодарность – они полноценные участники программы студенческого обмена. Удивил американцев широкий круг обязанностей медицинской сестры в России. То, что у них делают несколько сестер, нескольких специализаций – у нас может сделать одна. Универсальность – важное качество наших сотрудников. Удивили их наши «Сестринские» – комнаты, где медицинская сестра может немного передохнуть, поесть, переодеться. В Штатах нет отдельных помещений, выделенных для медицинской сестры, весь её рабочий день проходит на глазах пациентов и коллег. Удивились американцы количеству пациентов в наших больницах. Все палаты заполне-

ны пациентами, нет ни одной пустующей койки. Объяснение этому видимо в том, что наши соотечественники обслуживаются по полису ОМС, не затрачивая собственных средств. В США стоимость пребывания в стационаре высока, сложная система медицинского страхования, гражданин самостоятельно оплачивает свое пребывание в ЛПУ. Отсюда заметное отсутствие пациентов в стационаре.

Удивили гостей санатории для детей и ветеранов. Бесплатное пребывание, лечение и питание в санатории за городом... И нам тоже стало понятно, что при всех проблемах российской медицины, её особенность, и даже уникальность, состоит в доступности и контроле за состоянием здоровья граждан со стороны государства (диспансеризация, организация молочных кухонь, вакцинация).

Участвовали студенты и в волонтерских программах, выезжали в Центр оказания помощи детям, перенесшим онкозаболевания, «Шердарт»

Организация досуга – трудная задача. Чтобы не прошло только в учебных мероприятиях, и гости познакомились со страной, культурой, обычаями, традициями, – хозяева стараются организовать познавательный досуг. Каждый год участники программы посещают Москву, Суздаль, Боголюбово, Муром, Гусь-Хрустальный. Осматривают музеи города Вла-

димира. Для них организуются мастер-классы по росписи матрешек и созданию русской текстильной куклы.

Выступление народных ансамблей, фестивали – все, чем богат Владимир в мае, – всё это видят американские студенты. Две недели пролетают быстро, расстаемся со слезами на глазах, но уже в мае начинается подготовка к ответному визиту наших студентов в США.

Отбор для участия в программе строгий. Много студентов нашего колледжа отлично учатся, многие из них активно участвуют в общественной жизни, поэтому отобрать кандидатуры для поездки сложно. Всегда боимся, что можем кого-то обидеть. Но, в конце концов, кандидатуры отобраны, документы получены, и в конце октября студенты Владимирского базового медицинского колледжа вылетают в Блумингтон-Нормал. В этом году их было двое: Ратникова Марина – студентка выпускного курса фельдшерского отделения и Харитонов Зоя – студентка выпускной группы сестринского отделения. Программа строится по той же схеме «учеба – ЛПУ – досуг».

Российские студенты живут в общежитии колледжа вместе с американцами. Американские ребята очень стараются и повкуснее накормить гостей, и отдать им лучшую комнату, развлечь, помочь. Спасибо им большое за отличную встречу!



Утро – идем в классы. Занятия проходят в нескольких зданиях университета. Колледж входит в состав Иллинойского государственного университета (ISU). Каждый студент приходит на занятия по самостоятельно выбранному расписанию. Необходимо набрать определенное количество баллов, полученных на занятиях. Обучающийся заинтересован в большом количестве посещений занятий, поэтому аудитории заполнены студентами, которых, к слову, никто не контролирует. Что удивляет, так это то, что все студенты работают с ноутбуками, никто не пишет в тетрадках. Во время занятий в аудиториях приятный звук клавишного набора. У всех студентов – униформа, в которой они ходят по улицам городка, на груди бейджики и особая именная карта (аналог нашего студенческого билета), которая дает возможность доступа в симуляционные лаборатории, библиотеку, спортивные клубы. По этой карте студенты именно медицинского колледжа могут войти в больницу для прохождения практики. Длительно и тщательно они знакомятся с алгоритмом проведения манипуляции. Сначала манипуляция отрабатывается на фантоме и лишь после нескольких положительных оценок студент допускается до работы с пациентом. При этом манипуляция может быть простейшая: антропометрия, смена белья, опрос. Многократное повторение манипуляции, системная отработка – вот залог успешного освоения медицинской специальности.

Занятия в колледже продолжаются до 7 часов вечера. Библиотека университета (7-этажное здание) работает круглосуточно. Студенты оплачивают обучение в колледже. Так как профессия медицинской сестры престижная, стоимость обучения весьма существенная. В больницах студенты походят практику в течение всего дня – одна

группа уходит, другая приходит. Обучают их на рабочих местах практикующие медицинские сестры, они же оценивают полученные знания. Конечно, медицинские центры в США отличаются от наших. Современное оснащение причем не просто отделения, а каждой койки, центральный пост медицинской сестры оснащен компьютерной техникой как центр управления полетами на Байконуре. Мониторинг пациента осуществляется в режиме реального времени с помощью многочисленных датчиков, анализируется в компьютере.

Уборка палат происходит практически постоянно специально обученным персоналом. Медсестра осуществляет выдачу лекарств, введение препаратов, заполнение документации, перевязки, помогает врачу в проведении сложных манипуляций. Доставку пациентов в больницу иногда осуществляют с помощью вертолета. В последнее время пациентоориентированное здравоохранение Америки обращает внимание на облегчение труда медицинской сестры. Появляется новое оборудование, помогающее сестрам в транспортировке пациентов, логистике, компьютерные системы, созданные специально для медсестры. Конечно, наши больницы выглядят куда скромнее. Но в последнее время отставание заметно сокращается. Все благополучие американской системы здравоохранения обеспечивается страховыми взносами пациентов. Пребывание в больнице дорого: например, после родов женщина уходит домой на следующий день. Новинки медицинской техники интересны, но немало и практических «уловок», облегчающих пребывание пациента в стационаре. Например, каждые 2 часа по радио звучит веселая песенка «Поворачивай, поворачивай» – она не просто поднимает настроение, но и напоминает сестре, что лежачего больного нужно

перевернуть. Много интересных приемов на детских отделениях – малышам после инъекций разрешают выбрать наклейку, которая есть только в процедурном кабинете, красивые наклейки с героями мультиков нравятся малышам, и они стойко переносят неприятную процедуру; в свободное время медицинские сестры больницы вяжут детские одеяльца и шапочки, дарят их неимущим родителям; в родильном отделении на стойке в пакете лежат газеты на текущий день, сверху открытка с поздравлениями от больницы, газеты сохраняются родителями, чтобы человек знал, что происходило в мире в день его рождения. Таких маленьких, почти незаметных штрихов в работе больницы много, их не заменят ни новейшие технологии, ни красивое здание. Для таких наблюдений, для того чтобы перенимать друг у друга то хорошее, что есть на практике, и работает Программа студенческого обмена. Кстати, американцы очень активны в общественной жизни – нас даже пригласили за заседание профессиональной ассоциации.

В свободное время мы знакомимся с культурой страны. Везде нас ждал радушный прием. Нас приглашали в семьи, где в теплой домашней обстановке знакомились и общались студенты. Мы посетили «Homcoming Fesitivities» – день встречи выпускников Университета, стали заядлыми болельщиками американского футбола, посетили арт-музей в Чикаго, дом-музей Авраама Линкольна в Спрингфилде, побывали в великолепных парках и замках Иллинойса. Прощаясь, мы грустили, все успели подружиться, мы чувствовали заботу и внимание со стороны хозяев, но за две недели соскучились по Родине. Надеемся, что расставание будет недолгим, и в мае Владимирский базовый колледж распахнет свои двери для гостей из США.



Коллектив нашего колледжа искренне благодарит переводчика программы студенческого обмена, преподавателя английского языка, Бедову Нину Алексеевну.

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМ ОПЫТОМ И ОЦЕНКА ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ

■ Ситякова Наиля Нурулловна

Старшая медицинская сестра отделения первого психотического эпизода КОГКУЗ Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. академика В.М. Бехтерева

■ Ревина Ольга Леонидовна

Старшая медицинская сестра приемного отделения КОГКУЗ Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. академика В.М. Бехтерева

Развитие системы психиатрической помощи находит свои предпосылки еще с Древней Руси. Основные методы реабилитации – трудотерапия, терапия занятостью были заложены во времена царствования Петра I и Екатерины II. Русская психиатрия 20 века развивалась не только как клиническая, но и как социальная. Воздействие социальных факторов на состояние психического здоровья учитывалось ведущими психиатрами при разработке реабилитационных мероприятий. В настоящее время в отечественной психиатрии складывается тенденция к использованию современных биопсихосоциальных моделей лечения психических расстройств и разрушению стереотипа потребительского отношения больных к их содержанию в психиатрических стационарах. Биопсихосоциальная модель складывается из совместной деятельности нескольких специалистов: врач, трудинструктор, социальный работник, медицинская сестра, психолог.

Медико-социальная реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами, – это комплекс мер, направленных на повышение уровня функциональных способностей в быту и социуме, восстановление разрушенных и утраченных больным или инвалидом общественных связей и отношений вследствие нарушения психического здоровья. Медицинская реабилитация психически больных направлена на полное или частичное восстановление психического и соматического здоровья или на возможное замедление развития заболевания, предупреждение обострений и рецидивов. Исходя из этих определений, медико-социальная реабилитация – это комплекс мер медицинского и социального характера, направленных на восстановление психического здоровья и восстановление вследствие его нарушения функциональных способностей в быту и социуме, восстановление разрушенных и утраченных больным общественных связей.

Для успешной ресоциализации пациента, восстановления его социальной целостности большое значение имеет исследование взаимовлияния пациента и его окружения. На



данном этапе высокой эффективностью в медико-социальной реабилитации являются различные виды индивидуальной и групповой работы, тренинги, ролевые игры, способствующие компетенции в исполнении социальных ролей (супруга, родителя, друга, работника). Существенной частью медико-социальной работы являются социальная поддержка и работа с семьей и ближайшим окружением.

Эффективность медико-социальной реабилитации зависит от сложившихся в процессе практической работы принципов. К ним относятся:

- раннее начало реабилитационных мероприятий;
- ступенчатость, преемственность и комплексность оказываемой помощи;
- непрерывность и завершённость;
- индивидуальный подход в проведении реабилитации;
- единство психосоциальных и биологических методов воздействия.

Медико-социальная реабилитация должна проводиться на всех этапах лечения психически больного независимо от места нахождения, должна начинаться в психиатрическом стационаре с момента поступления пациента в стационар и на протяжении всего периода пребывания его в стационаре, то есть до выписки из стационара или перевода в



другие учреждения (психоневрологический интернат, психиатрические больницы). Медико-социальная реабилитация должна предотвратить явление «госпитализма» и способствовать тому, чтобы пациент мог самостоятельно обеспечить себе существование. Реабилитация психически больных – это, прежде всего, их ресоциализация, то есть возвращение в сообщество.

В психиатрической практике в настоящее время всё большее внимание стало уделяться работе по социальной поддержке, психосоциальной реабилитации и психосоциальному лечению пациентов. Лица с психическими расстройствами вытесняются из сферы производства, оказываются в тяжёлом финансовом положении. Они характеризуются утратой социальных связей, истощением персональных сетей социальной поддержки. Всё это требует специальных усилий по социальной поддержке и защите психиатрических пациентов в обществе. Значительное место в статусе пациентов занимают негативные изменения личности: пациенты замкнуты, мало и неохотно контактируют с окружающими, как правило, по инициативе последних. Отмечается значительное снижение продуктивности больных, что наряду с падением инициативы, резким снижением побуждений к деятельности, приводит к выраженной социальной дезадаптации – люди не могут обслуживать себя, покупать продукты, готовить

еду, убирать, соблюдать гигиенические нормы, общаться с окружающими. Зачастую родственники до конца не понимают болезненных переживаний пациента, относят их на счёт характерологических особенностей, «нервного стресса» и не стремятся создать дома соответствующую щадящую атмосферу, не видят необходимости в приёме поддерживающей терапии; или, наоборот, считают человека, перенёсшего психический приступ, неизлечимо больным и «ставят на нём крест»; пациент перестаёт быть нужным своей семье из-за постоянных госпитализаций, «невозможности» выполнения семейных обязанностей, воспитания детей, он не может работать, «приносить пользу», обрекает семью своей болезнью и «делает совместное проживание невозможным», «тянет на дно» всю семью, не даёт «строить новую семейную жизнь» и прочее. В начале заболевания семьи переживают трудный процесс приспособления к новой ситуации, который порой длится годами. Они переносят настоящий шок, замешательство, страх, гнев и отчаяние. Родственники часто винят себя, думая, что сделали что-то не так. При первом «удобном» случае (конфликт, отказ от посещения психоневрологического диспансера, даже если пациент находился вне обострения, родственники стремятся его госпитализировать. Важным является тот факт, что ни пациенты, ни их родственники не осведомлены о необходимом режиме и соответствующей атмосфере,

которую необходимо создать в семье для больного, что также вносит отрицательный вклад в дестабилизацию и без того «хрупкого» состояния пациента после психиатрического стационара. Тут возникает необходимость разработки специальных комплексных программ лечения и реабилитации.

При столкновении с психическим заболеванием родственника семья переживает чувство беспомощности, особенно вначале, когда еще не имеет достаточного представления о болезни и ее лечении. Своевременное получение сведений у профессионалов, как правило, значительно снимает тревогу и дает надежду на будущее. Понимание родственниками симптомов болезни часто приводит к улучшению отношений с болеющим членом семьи и своевременному принятию профилактических мер.

Исходя из вышесказанного, авторами было проведено анонимное анкетирование пациентов, находящихся на лечении в КОКПБ им. академика В.М. Бехтерева с целью выявления проблем пациентов. Среди опрошенных 53,3% составили женщины и 46,7% – мужчины. Большая часть опрошенных (83,3%) это пациенты в возрасте от 25 до 45 лет, то есть самая трудоспособная категория населения. Пациенты старше 45 лет составили 10,0% от общего числа исследуемых. Радует, что наименьшее число 6,7% – лица в возрасте от 18 до 25 лет. 53,3% респондентов имеют возможность удовлетворительно питаться и покупать необходимые вещи; 13,3% с трудом могут себе позволить что-то купить; 6,7% стараются ничего не покупать, потому что едва «сводят концы с концами». Большинство опрошенных 86,7% считают, что у них есть некоторые проблемы со здоровьем, остальные 13,3% считают себя здоровыми. 86,7% респондентов имеют знания о существовании психических заболеваний, и только 13,3% не известно о таких заболеваниях. Приоритетным в жизни для 26,0% исследуемых является семья; для 23,2% – общение с друзьями и товарищами; для 14,3% – работа, для 13,0% – личная жизнь, то есть это в основном социальные связи (77,0%). Составляет приоритет организованный досуг и материальное обеспечение только для 23,0%. Расстановка приоритетов определяет

наиболее острые и необходимые для разрешения проблемы в 34,0% это отсутствие работы; в 25,0% – наличие проблем в общении с окружающими; 23,2% – конфликты в семье. Некоторые пациенты указали такие социальные проблемы, как малообеспеченность – 9,0%; одиночество – 7,1%; неорганизованный досуг – 1,7%. Следовательно, в реабилитации приоритет должен отдаваться трудоустройству пациентов и налаживанию социальных связей. Значительная доля участников опроса (80,0%) ответила в анкетах, что нуждается в медико-социальной помощи в некоторых вопросах; 13,3% ответили, что нуждаются в помощи во всех медико-социальных вопросах. Такой высокий процент объясняется тем, что данная категория населения относится к наименее незащищенным слоям общества в связи с необходимостью решения социально-экономических и семейных проблем. Результаты анкетирования помогли выявить медико-социальные проблемы психически больных, которые необходимо решать для совершенствования оказания психиатрической помощи.

На основе анализа теоретических источников и результатов опроса авторами была разработана реабилитационная психообразовательная программа помощи семье, в которой есть или появился человек с психическим опытом – «Мы вместе», адресованная родственникам семей пациентов с психическим опытом для оказания им информационной помощи, решения социальных, медицинских, психологических проблем, возникающих в процессе заболевания одного из членов семьи.

Цель программы: повышение медицинской, социальной, психологической компетентности членов семей пациентов с психическим опытом в вопросах оказания помощи своим родственникам. В задачи программы входит: познакомить членов семей с особенностями протекания психического заболевания, обучить распознаванию симптомов заболевания и осуществлять контроль над ним; раскрыть необходи-

мость фармакотерапии; обучить членов семей приемам помощи своим родственникам в самоорганизации жизнедеятельности: организации режима дня, выработке правил жизни в новых условиях, раскрыть пути преодоления жизненных трудностей.

Программа «Мы вместе» рассчитана на семьи пациентов с психическим опытом на срок 10 недель – 1 занятие в неделю (10 занятий общей продолжительностью 20 часов). Разработано тематическое планирование программы. Занятия носят комплексный характер, т. е. в течение одного посещения членам группы предлагается: лекционный материал, информационные беседы, групповые, индивидуальные занятия и дается домашнее задание. На каждый урок приглашаются разные специалисты КОКПБ им. академика В.М. Бехтерева, такие как: врач-психиатр, психотерапевт, психолог, специалист по социальной работе.

Эффективность реабилитационной психообразовательной программы выражается в следующем. Во-первых, результаты можно оценить положительно на основе того, что все участники, завершившие курс в группах, высказывают в своих заключительных комментариях удовлетворенность прохождения программы и качеством получаемой ими психиатрической помощи в целом. Кроме того, не менее трети завершивших программу выражают желание со временем повторно пройти подобный обучающий цикл. По итогам проведенного с родственниками пациентов опроса выяснилось, что данные занятия помогают родственникам узнать о причинах и симптомах психических заболеваний, помогают найти поддержку от других участников сообщества, пообщаться с людьми со схожими проблемами. Проводимые групповые занятия по психообразованию с родственниками пациентов помогают 90,0% опрошенных понять своего психически больного члена семьи.

По результатам проведенного исследования разработаны методические рекомендации для членов семей пациентов с психическим опытом:

1. Никогда не теряйте надежду, верьте в победу. Если даже сейчас вам очень тяжело, верьте, что в дальнейшем будет лучше.
2. Переживайте вместе с больным все его состояния, все тревоги. Вы должны научиться понимать его лучше, чем он сам себя понимает.
3. Старайтесь завоевать доверие и откровенность.
4. Внимательно анализируйте опыт своих удач и ошибок. Все время старайтесь искать новые подходы. Присматривайтесь к тому, как находят подход к больному его друзья, знакомые.
5. Борясь за него, ищите союзников. Люди, готовые вам помочь, есть везде, только надо их найти и объяснить им ситуацию. Не обижайтесь на тех, кто вас не понимает и не хочет помочь, не отчаивайтесь. Знайте, что вашим союзником может оказаться учитель, врач, сосед, товарищ, работник полиции.

Использование психообразовательного подхода обеспечивает повышение качества психиатрической и психосоциальной помощи пациентам и их родственникам и является необходимым компонентом реабилитационного процесса в психиатрической практике.



СОВРЕМЕННЫЕ ПРОДХОДЫ К ВЗЯТИЮ ВЕНОЗНОЙ КРОВИ И МОЧИ В ОТДЕЛЕНИЯХ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

Зенина Л.П.

Врач клинико-диагностической
лаборатории НИИ СП
им. Н.В. Склифосовского

Голикова В.В.

Главная медицинская сестра ФГБУЗ
КБ № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА

Сашков В.А.

Кандидат биологических наук, доцент,
старший советник по медицинским
вопросам компании «Бектон
Дикинсон»



Правила по пробоподготовке и транспортировке биоматериала для лабораторных исследований при неотложных состояниях имеют целый ряд нюансов в силу требуемой срочности диагностики. К ним относятся особенности терапии пациентов реанимационных отделений, катетеризация вен и мочевого пузыря, а также частота взятия биологического материала на исследование в течение суток. Эти факторы, наряду с рядом других (выбор типа биологического материала для исследования, метод его взятия, правильная и своевременная доставка в лабораторию) могут оказывать существенное влияние на качество результатов анализов.

Однако преаналитическому этапу не всегда уделяется должное внимание со стороны врачей-клиницистов и среднего медицинского персонала отделений неотложной помощи. Вместе с тем, без глубокого понимания важной роли этих факторов в обеспечении качества результатов анализов невозможно улучшить качество диагностики и лечения больных, находящихся в критических состояниях. Исследования многих ЛПУ показывают, что **вследствие лабораторных ошибок до 6% пациентов могут получать неправильное лечение, которое может привести к ухудшению состояния здоровья, а при-**

мерно 19% больным назначаются ненужные дополнительные исследования [5], подразумевающие удлинение сроков лечения и пребывания их в стационаре. Именно поэтому в отделениях неотложной помощи необходимо уделять особое внимание условиям и способам взятия, времени хранения и доставки образцов биоматериала для исследований.

Так, одной из наиболее распространенных манипуляций в практике отделения неотложной помощи является катетеризация периферических и центральных вен. Каждый год в мире врачами устанавливается свыше 500 миллионов периферических и более 15 миллионов центральных венозных катетеров [2]. Катетеры широко используются в ситуациях, когда требуется частое или постоянное внутривенное введение лекарственных веществ [1]. Кроме введения лекарственных препаратов, через катетеры часто забирают образцы венозной крови для их последующего лабораторного исследования. Это особенно актуально при мно-

гократном взятии крови у пациентов реанимационных отделений, пациентов с низким давлением и спавшимися венами, а также у больных на гемодиализе и у детей, поскольку при этом не нужно каждый раз пунктировать вену [8].

Частота взятия крови из катетера в реальных клинических ситуациях может сильно различаться. Согласно руководству А.А. Кишкуна [4], во избежание инфекционных осложнений кровь из катетера для клинико-лабораторных исследований рекомендуется брать не чаще одного раза в день.

Однако у пациентов отделений реанимации кровь зачастую приходится брать несколько раз в сутки, в ряде случаев – ежедневно. При этом для обеспечения доступного русла могут использоваться периферические и центральные венозные катетеры, а также катетеры в центральных венах, введенные через периферические вены. Определение вида катетера для конкретного пациента зависит от вида оказания медицинских манипуляций и объема меди-

...вследствие лабораторных ошибок до 6% пациентов могут получать неправильное лечение, которое может привести к ухудшению состояния здоровья, а примерно 19% больным назначаются ненужные дополнительные исследования [5], подразумевающие удлинение сроков лечения и пребывания их в стационаре.

цинской помощи. Для лабораторных исследований кровь можно брать как из центральных, так и из периферических сосудистых катетеров.

Существуют два основных способа взятия крови из катетера.

Способ трех шприцев. Первым шприцем из катетера отсасывается и отбрасывается небольшое количество крови (3–5 мл), смешанной с последним введшимся через катетер раствором или гепарином; вторым шприцем отбирается кровь на лабораторное исследование; третьим – катетер заполняется раствором гепарина («гепариновый замок»). Одной из основных проблем при использовании этого способа является частый гемолиз в пробах, вызванный механическим «шоком» клеток крови при двукратном прохождении под давлением через узкую иглу. Гемолиз в образце представляет реальную опасность для пациента, поскольку может быть причиной ложных результатов тестов (искажение параметров коагуляции, завышение активности ЛДГ, АЛТ, АСТ, КК, уровня калия, сывороточного железа, а также некоторых гормонов, например, β -ХГЧ) и, соответственно, ошибок в диагностике и лечении. Это особенно критично в операционных и в отделениях реанимации и интенсивной терапии, так как ведет к необходимости повторного взятия крови и потере времени.

Использование люэр- или люэр-лок-адаптера. В последние годы широкое распространение получают устройства безыгольного доступа, представляющие собой насадку с люэровской канюлей (адаптером), присоединяющейся к периферическому внутривенному катетеру. Люэр-адаптер с внутренней иглой вначале ввинчивается в держатель пробирки, а затем своей «люэровской» частью герметично вставляется в установленный ранее внутривенный катетер. Люэр-лок-адаптер, интегрированный в держатель, сразу присоединяется к внутривенному катетеру при помощи резьбового крепления. Преимуществом использования этих устройств является возможность взятия крови из катетера без использования иглы и шприца – напрямую в вакуумную пробирку. Это позволяет снизить риск гемолиза и нарушения соотношения крови и реагента, находящегося в пробирке, а также

обеспечивает дополнительную защиту медицинского персонала от уколов иглой.

Дискуссионной остается возможность взятия крови из внутривенного катетера для исследования параметров гемостаза. Даже небольшое количество гепарина, которым заполняют катетер для предотвращения его тромбирования («гепариновый замок»), при попадании в образец крови может дать картину ложной гипокоагуляции по тестам АЧТВ, ПВ и ТВ. В соответствии с ГОСТ Р 53079.4-2008, из катетеров, обработанных гепарином, нельзя брать кровь для исследования свертывающей системы [9]. В других литературных источниках допускается взятие крови из катетера для исследования гемостаза, но при условии отбрасывания первых 5–10 мл крови, содержащих антикоагулянт или его следы. В любом случае, если для исследования свертывающей системы кровь берут из катетера, на бланке следует сделать пометку для предупреждения врачей о возможности изменения результатов анализа.

Моча является вторым (после крови) наиболее часто исследуемым биоматериалом для лабораторных исследований. Обычно исследуется моча, выделяемая естественным путем – пациент собирает ее либо сам, либо с помощью медицинских работников или окружающих [7]. Однако не у всех пациентов неотложной помощи возможен сбор мочи таким путем: при наруше-



Рис. 1. Люэр-адаптер с держателем



Рис. 2. Люэр-лок-адаптер с резьбовым креплением

нии ее выведения, после оперативных вмешательств на органах урогенитального тракта, а также при тяжелом или критическом общем состоянии больного и пребывании его в отделении реанимации и интенсивной терапии во многих случаях производится катетеризация мочевого пузыря. В этих целях для единовременной либо постоянной эвакуации мочи в его полость по мочеиспускательному каналу вводится катетер [3]. При длительной катетеризации мочевого пузыря – от нескольких часов до одного месяца – используются катетеры Фолея [6].

В такой ситуации лабораторному исследованию подвергается моча, получаемая через катетер. Это требует соблюдения необходимых правил ее сбора и учета того, что свойства мочи могут отличаться от свойств мочи, по-

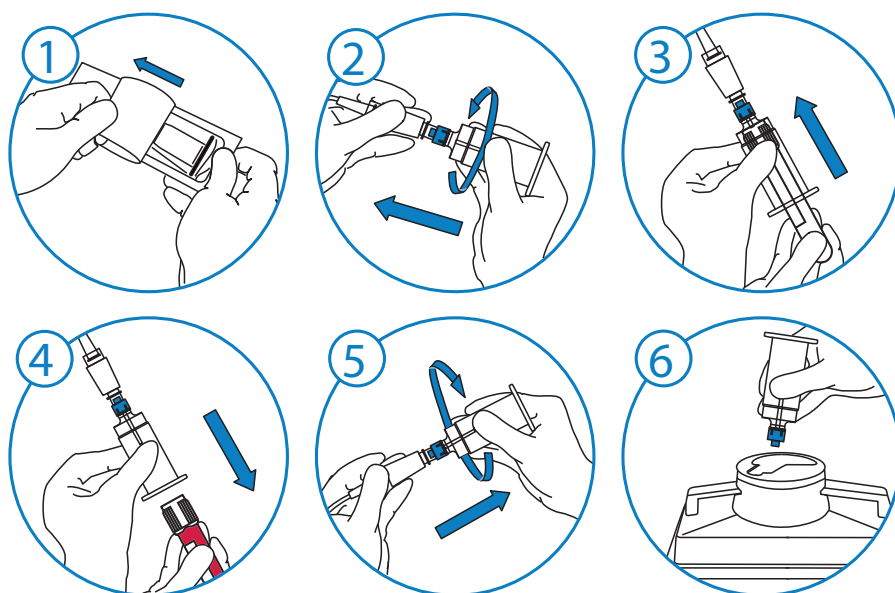


Рис. 3. Взятие крови из катетера с помощью Люэр-лок-адаптера



Рис. 4. Катетер Фолея



Рис. 5. Взятие образца мочи из катетера с помощью держателя с двухсторонней иглой



Рис. 6. Взятие образца мочи из катетера с помощью люэр-адаптера

лученной обычным путем. Поэтому в направлении на анализ следует обязательно указывать, что моча взята из катетера.

При естественном сборе мочи зачастую используется утренняя, наиболее концентрированная ее порция; именно для нее разработаны референсные значения большинства аналитов. Кроме того, в процессе естественного мочеиспускания первая порция мочи «промывает» мочеиспускательный канал, поэтому для анализа берется не она, а последующие, более «чистые» порции [10]. При получении мочи из катетера эти приемы становятся неактуальными: свойства мочи зависят не столько от времени суток, сколько от введения инфузионных растворов, лекарственных препаратов, состояния почек и других факторов, и по результатам анализа концентрация компонентов мочи, как правило, оказывается более низкой, чем обычно. Поскольку моча через катетер выходит напрямую из мочевого пузыря, минуя уретру, то она на порции не делится, и для клинических, биохимических и микробиологических исследований ее можно брать в любой момент времени.

Для взятия мочи из уже установленного катетера на современном этапе целесообразно использовать специальные мочевые вакуумные системы (аналоги вакуумных систем для взятия венозной крови), состоящие из двусторонней иглы (либо люэр/люэр-лок адаптера), держателя, вакуумных пробирок с консервантом или без него. Их применяют двумя способами.

«Закрытый» способ. Наружную часть установленного катетера Фолея

прокалывают иглой на держателе, затем в него вставляют вакуумную пробирку, и она заполняется мочой. Способ очень прост, но при его использовании существует риск прокола катетера насквозь и случайного укола иглой медицинского персонала, а после взятия мочи в катетере остается микроотверстие, которое может служить «воротами» для восходящего инфицирования мочевых путей.

Способ с использованием адаптера. Люэр-адаптер ввинчивается в держатель пробирки и затем герметично вставляется в катетер Фолея; люэр-лок адаптер, встроенный в держатель, своим резьбовым креплением ввинчивается в катетер. Заполнение вакуумной пробирки мочой производится как обычно. Применение подобных устройств позволяет снизить риск контаминации образца и случайного укола иглой, а также сохранить целостность катетера, что увеличивает степень безопасности пациента за счет резьбового соединения.

Таким образом, отсутствие в России официальных стандартов взятия венозной крови для клинико-лабораторных тестов вызывает ряд сложностей и порождает источник для огромного количества преаналитических ошибок. Микробная контаминация образцов мочи и проблемы при ее взятии из катетеров также является одной из главных проблем лабораторной диагностики: инфицирование мочевых путей и некорректное выявление микробного агента ведет к неадекватному назначению антимикробной терапии, нанесению вреда иммунной системе пациента и увеличению сроков лечения, а

также к дополнительным финансовым издержкам, поскольку бактериологические исследования по сравнению с другими лабораторными тестами достаточно дороги.

Именно поэтому стандартизация этих процессов особенно с учетом специфики отделений неотложной помощи крайне необходима для уменьшения количества венепункций у пациента, обеспечения достоверности результатов лабораторных исследований, снижения риска травматизации сосуда и развития инфекционных осложнений, а также предупреждения преаналитических ошибок и снижения их влияния на качество лабораторного исследования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белобородов В.Б. Роль современных рекомендаций по профилактике инфекций, связанных с катетеризацией сосудов // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2002. – Том 4, № 6. – С.177–180.
2. Гайденок В.М., Титовский Ю.А., Осирко В.Б. Ошибки и осложнения при катетеризации верхней полой вены и их профилактика // Анестезиология и реаниматология. – 1990. – № 5. – С. 70–71.
3. Елисеев О.М. Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи. Симптомы, синдромы и меры оказания неотложной помощи. Катетеризация мочевого пузыря. – М.: ТОО «Лейла», 2012.
4. Кишкун А.А. Справочник заведующего клинико-диагностической лабораторией. М.: ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010. – 704 с.
5. Кишкун А.А., Гильманов А.Ж., Долгих Т.И., Грищенко Д.А., Скороходова Т.Г. Организа-

Особенности ухода за пациентами с травмами костей лица

■ Федотов С.Н.

Доктор медицинских наук

■ Авдышов И.О.

Кандидат медицинских наук

■ Рогозина Л.А.

Старшая медицинская сестра
отделения челюстно-лицевой хирургии
ГБУЗ АО «АОКБ»

Архангельская областная клиническая больница участвует в федеральной программе «Совершенствование организации оказания медицинской помощи пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий». На базе клиники создан региональный травмоцентр первого уровня, куда госпитализируются и получают лечение самые сложные пациенты с сочетанной и множественной травмой.

На протяжении последних десятилетий наблюдается неуклонный рост травматизма, в том числе транспортного, при котором тяжесть повреждений возрастает и нередко приводит к инвалидизации и летальности пострадавших.

Пациенты челюстно-лицевой хирургии, пролеченные в 2014 году с травмами челюстно-лицевой области, составили 32,4% от общего числа пролеченных больных.

По этиологии на первом месте стоит бытовая травма: переломы в драках, падение с высоты и др. Удельный вес бытовой травмы достигает 82,1%. Как правило, бытовая травма возникает в состоянии алкогольного опьянения более чем у 50% пострадавших. Второе место занимает транспортный травматизм (попадание под машины, автодорожные и железнодорожные аварии), он составляет до 10,8% среди переломов нижней челюсти. Этот вид травмы характеризуется множественностью и тяжелым характером повреждений.



Третье место в этиологии переломов нижней челюсти занимает производственная травма, удельный вес которой достигает 9,5%. При анализе причин производственной травмы выясняется, что преобладает прямая травма – удары и падение предметов (удар деталью, инструментом, движущимися предметами, тросом) или падением самого пострадавшего. Еще меньший процент в этиологии переломов нижней челюсти занимает спортивная травма – 2,5%. Переломы огнестрельного происхождения встречаются главным образом вследствие небрежного обращения с оружием или преднамеренного убийства, они составили 0,6–1%.

Переломы нижней челюсти встречаются чаще других повреждений костей лицевого скелета. Это объясняется особенностями анатомического строения нижней челюсти и ее особым расположением. Нижняя челюсть, являясь единственной подвижной костью лицевого скелета, выступает впереди и

не защищена от внешних повреждений.

Переломы нижней челюсти встречаются среди всех возрастных категорий, однако наиболее часто от нее страдают молодые мужчины в возрасте от 21 до 40 лет. Связано это с несколькими факторами, прежде всего, социально-экономическим статусом и образом жизни, и анатомо-физиологическими особенностями.

При переломах челюстей могут быть повреждены крупные кровеносные сосуды, черепно-мозговые нервы и шейное нервное сплетение. А при переломе верхней челюсти страдает непосредственный скелет лица, что чревато не только эстетическими дефектами, но также и целым рядом ранних и поздних осложнений.

При повреждениях костей лица часто возникают нарушения внешнего дыхания. Подобные нарушения в посттравматическом периоде могут быть вызваны не только черепно-мозговой травмой, но и нарушением проходимости верхних дыхательных путей в ре-

зультате смещения костных фрагментов, образованием гематом и травматическим отеком мягких тканей. Помимо этого имеет значение болевой синдром, формирующийся в рефлексогенных зонах лица, влияющих на дыхательный центр, и приводящий к дыхательной недостаточности. Нарушения внешнего дыхания сопровождаются гипоксией, нарушениями кислотно-щелочного равновесия, углублением метаболических нарушений, что сказывается непосредственно на сроках сращения и длительности нетрудоспособности у больных с повреждениями костей лица, а также является причиной воспалительных осложнений.

Перелом челюстей можно заподозрить на основании опроса больного, данных осмотра и клинического обследования. Однако в большинстве случаев для окончательной постановки диагноза требуется рентгенография, КТ или МРТ, позволяющие диагностировать непосредственно переломы и их осложнения.

Переломы верхней и нижней челюстей часто сопровождаются смещением костей или отломков этих костей. Поэтому первой медицинской задачей является сопоставление (или репозиция) костных тканей с максимально плотным их прилеганием. На втором этапе лечения таких травм происходит фиксация этих отломков. Это предполагает использование специальной фиксирующей шины, которая крепится на зубы и иммобилизируют костные фрагменты.

Применение межчелюстной резиновой тяги позволяет добиться правильного положения костных фрагментов и восстановить прикус. Первые дни после наложения шин сопровождаются болевым синдромом и приносят страдания пациенту. Персонал должен

об этом знать и соблюдать временной регламент назначенных обезболивающих средств.

При наложении назубных шин с межчелюстной резиновой тягой при переломе нижней челюсти затрудняется прием пищи. С этой целью используют резиновый катетер, который одевают на носик поильника. Трубку вводят до середины языка через имеющиеся дефекты в зубном ряду или через ретромолярную щель за зубом мудрости. Пища в рот должна поступать небольшими порциями (по 5–10 мл). Для этого пациент, пережимая трубку, регулирует поступление пищи. После каждой порции пациенту надо дать возможность проглотить пищу, сделать вдох и выдох и только после этого дают следующую порцию. Вместо поильника можно использовать шприц. У нас в отделении для кормления пациентов, чье состояние позволяет самостоятельно принимать пищу, используются коктейльные трубочки. После процедуры пациенту необходимо промыть рот большим количеством кипяченой воды или антисептиком. Перед тем как приступить к кормлению пациента, необходимо разъяснить ему, в чем будет заключаться техника кормления и как должен вести себя пациент. Медицинские сестры должны хорошо владеть методикой кормления челюстно-лицевых больных, иметь достаточное терпение и проявлять большую заботливость.

В этот период необходимо непросто питаться, а делать это качественно. Вся поступающая пища должна быть тщательно перетёрта до состояния жидкого пюре. Пациент должен принимать продукты, богатые кальцием, фосфором, цинком и витаминами. Эти микроэлементы способствуют регенерации костных тканей челюстей. Для пополнения белка в организме нужно ежедневно потреблять не менее 150 г чистого мяса или рыбы. Мясо нужно отварить в небольшом количестве воды с солью и специями. Затем оно в сухом виде перемалывается в блендере до состояния пасты и разводится бульоном. Таким же образом приготавливаются овощное пюре, муссы из каш, фруктовые смеси. В этот период также допускается употребление белковых коктейлей для спортсменов и детских смесей.

Питание должно быть щадящим в механическом и химическом плане, но при этом сбалансированным и покрывать суточную потребность в питательных веществах.

С целью осуществления лечебного питания у больных с челюстно-лицевой травмой рекомендуют стол челюстной первый, или зондовый, и стол челюстной второй. По своему химическому составу пища обоих челюстных столов может быть совершенно аналогична и различаться только лишь консистенцией.

Смыкание челюстей делает невозможным открывание рта для очистки ротовой полости от остатков пищи, что вызывает бурное развитие бактерий в ротовой полости, неприятный запах изо рта.

И всё-таки существуют способы ухода за ротовой полостью в такой ситуации. Наличие шины усложняет индивидуальную гигиену полости рта и требует особенно тщательного ее соблюдения с использованием специальных средств. Чистить зубы необходимо после каждого приема пищи с обязательным использованием специальных межзубных ершиков. Эффективно использование суперфлоссов (зубных нитей). Используя монопучковую зубную щетку (щётка с одним пучком чистящих щетинок), можно добиться высокой степени очищения зубной поверхности, включая труднодоступные места.

Высокой эффективностью обладают ирригаторы полости рта. Ирригатор позволяет эффективно очищать поверхность зубов от остатков пищи, одновременно осуществляя массаж десен, улучшая кровоснабжение и являясь средством профилактики заболеваний десен. Суть заключается в том, что из насадки подается смесь воздуха и воды под давлением, такая струя эффективно вымывает остатки пищи.

Пренебрежение гигиеной полости рта приводит к быстрому образованию зубного налета, рецидиву пародонтальных карманов, что иногда неверно толкуется пациентом как осложнение шинирования!

Не следует волноваться, если сразу после установки шины ощущается лёгкий дискомфорт, это обычное явление. Для ускорения периода адаптации рекомендуется больше читать вслух и





разговаривать, пить маленькими глотками воду.

Эффективным способом является промывание ротовой полости слабым раствором марганцовокислого калия или фурацилина, так как они обладают отличными антисептическими свойствами. Можно использовать обычный ополаскиватель десен, который также содержит антисептические компоненты. Промывать ротовую полость следует после каждого приёма пищи и при ощущении несвежести во рту, а при появлении запаха необходимо промывать ротовую полость как можно чаще.

При опухании дёсен (пародонтите) помогает отвар из коры дуба – очень эффективное средство, которое избавит от дискомфорта во рту.

Подтверждением хорошего ухода за ротовой полостью служит отсутствие неприятного запаха изо рта.

Для уменьшения саливации (которая мучительна для больного) можно

применять атропин подкожно или настойку белладонны.

Необходимо следить за носовым дыханием и вовремя освобождать носовые ходы от сгустков крови и корок. Кожу вокруг рекомендуется смазывать 3%-ным раствором марганцовокислого калия, покрывая ее затем сверху тонким слоем вазелина.

Эффективность и время восстановления зависит, в первую очередь, от времени обращения за помощью относительно момента травматизма и от выбранной тактики лечения. Немаловажным является общее состояние пациента, степень компенсации его хронических и острых заболеваний. Своевременное назначение антибиотиков и общеукрепляющих средств снижает риск развития осложнений, тем самым уменьшая период восстановления.

Шинирование снимается после прохождения минимального срока сращения костей – от трёх недель до 1,5 месяцев. Предварительно делается

контрольная рентгенография повреждённой челюсти. Если образовалась выраженная костная мозоль, перекрывающая линии перелома, то это значит, что можно снимать шину. После снятия шины в течение двух-трёх недель продолжается процесс реабилитации, вовремя которого нужно продолжать принимать мягкую перетёртую пищу.

Важным фактором комплексного лечения является назначение физиопроцедур, лечебная физкультура и регулярная гигиена полости рта. Лечебную физкультуру можно проводить уже на 4–5 неделю после перелома, естественно, после снятия шин. Она направлена на восстановление жевательной и глотательной функций, а также речи и мимики.

Методика шинирования успешно применяется в медицинской практике и даёт положительные результаты при выздоровлении больного. А побочные действия в виде трудностей и неудобств больным приходится просто перетерпеть, поскольку функциональность челюсти гораздо важнее.

Помощником пациенту в реабилитации должна быть медицинская сестра. Владея профессиональными знаниями и навыками она организует взаимодействие с пациентом. Именно взаимодействие, а не просто передачу необходимой пациенту информации. Её профессионализм способен облегчить страдания пациента, снизить срок реабилитации и процент осложнений, что способствует более раннему восстановлению здоровья человека.

АТТЕСТАЦИЯ РАБОЧЕГО МЕСТА

ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ РАБОТНИКА И РАБОТОДАТЕЛЯ

ВОПРОС: Здравствуйте, прошу помощи по вопросу о дополнительном оплачиваемом отпуске.

После 19 лет работы в ЦРБ в должности медсестры-анестезиста и сокращения на 0,5 ставки по соглашению главных врачей меня перевели на аналогичную должность в окружную больницу, расположенную в соседнем районе. Меня взяли на работу с 02.02.2014 на период декретного отпуска сотрудницы с дальнейшим предоставлением мне постоянного места. 14.07.2014 была проведена аттестация рабочего места ОА-Р. Сейчас же выясняется, что мне не положен дополнительный оплачиваемый отпуск в количестве 21 календарного дня. Руководство ссылается на то, что я приступила к работе после 01.01.2014. Подскажите, могу ли я оспорить данное соглашение?

В соответствии со ст. 117 Трудового кодекса Российской Федерации (далее – ТК РФ) ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск предоставляется работникам, условия труда на рабочих местах которых по результатам специальной оценки условий труда отнесены к вредным условиям труда 2, 3 или 4 степени либо опасным условиям труда. Минимальная продолжительность ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска составляет 7 календарных дней. Продолжительность ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска конкретного работника устанавливается трудовым договором на основании отраслевого (межотраслевого) соглашения и коллективного договора с учетом результатов специальной оценки условий труда.

Действительно, Федеральный закон от 28.12.2013 № 421-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона “О специальной оценке условий труда”» вступил в силу с 01.01.2014.

28 октября 2014 года Минтруд разместил на своем официальном сайте (rosmintrud.ru) информацию «Типовые вопросы и ответы по специальной оценке условий труда», где разъяснил, что работникам, принятым на работу в 2014 году, компенсации предоставляются в соответствии с законодательством Российской Федерации, действующим с 01.01.2014.

Однако, считаю, что ни указанное разъяснение Минтруда, ни проведение специальной оценки условий труда и утверждение отчета о проведении специальной оценки условий труда на рабочем месте, само по себе не являются основанием для одностороннего изменения условий трудового договора, в том числе для отмены ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска за работу во вредных и (или) опасных условиях труда (далее – дополнительный оплачиваемый отпуск). Отмена предусмотренного трудовым догово-

ром дополнительного оплачиваемого отпуска возможна лишь после внесения изменений в трудовой договор с работником.

Порядок изменения условий трудового договора регламентирован ст. 72 ТК РФ. В силу указанной нормы изменение определенных сторонами условий трудового договора допускается только по соглашению сторон трудового договора, за исключением случаев, предусмотренных ТК РФ.

В данном случае возможны два варианта действий:

1) После утверждения отчета о проведении специальной оценки условий труда стороны (работник и работодатель) могут заключить дополнительное соглашение к трудовому договору, которым могут изменить класс вредности (согласно результатам проведенной оценки) и отменить предоставление ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска. При этом право на дополнительный оплачиваемый отпуск прекращается со следующего дня после заключения дополнительного соглашения. Указанный вариант применим только в случае согласия работника заключить дополнительное соглашение к трудовому договору.

2) Если работник не согласен заключать дополнительное соглашение и добровольно изменять условия трудового договора, работодатель вправе применить правила ст. 74 ТК РФ, т. е. предупредить работника письменно за 2 месяца об изменении условий трудового договора (в части класса вредности и отпуска). При этом период предупреждения (2 месяца) засчитывается в стаж работы, дающий право на дополнительный отпуск. Если работник не согласен работать в новых условиях, то работодатель обязан в письменной форме предложить ему другую имеющуюся у работодателя работу (как вакантную должность или работу, соответствующую квалификации работника, так и вакантную нижестоящую должность или нижеоплачиваемую работу), которую работник может выпол-

нить с учетом его состояния здоровья. При отсутствии указанной работы или отказе работника от предложенной работы трудовой договор прекращается в соответствии с п. 7 ч. 1 ст. 77 ТК РФ.

Из представленных документов следует, что медсестра не подписывала предложенное ей дополнительное соглашение от 27.10.2014 без номера к трудовому договору № 9 от 02.02.2014 (при этом обращаю внимание, что дополнительным соглашением предлагается внести изменения не в пункт 6.5 трудового договора, а в пункт 6.4, регламентирующий продолжительность ежегодного основного оплачиваемого отпуска).

В случае, если работник не был предупрежден работодателем об изменении условий трудового договора в порядке, установленном ст. 74 ТК РФ, пункт 6.5 трудового договора № 9 от 02.02.2014 о предоставлении ей ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска продолжительностью 21 календарный день является действующим.

В случае, если работник был предупрежден работодателем об изменении условий трудового договора в порядке, установленном ст. 74 ТК РФ, право на дополнительный оплачиваемый отпуск прекращается со следующего дня после истечения двухмесячного срока предупреждения, при этом за истекший период, начиная со 2 февраля 2014 года такой отпуск должен быть ей предоставлен.

В случае несогласия работника с результатами специальной оценки условий труда он может обратиться в орган исполнительной власти по охране труда субъекта РФ для проведения экспертизы качества специальной оценки условий труда или в Государственную инспекцию труда в субъекте РФ по месту нахождения работодателя, а также вправе обжаловать результаты проведения специальной оценки условий труда в судебном порядке.



Дезактив-Универсал

СОСТАВ

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

НАЗНАЧЕНИЕ

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

ПАКЕТОВАНИЕ

флаконы по 1 л.,
канистры по 5 л.



ОПИСАНИЕ

Прозрачная жидкость от бесцветной до
желтоватого цвета с запахом отдушки.
Дезактив-Универсал отличается высо-
кой антимикробной активностью в
отношении грамположительных и
грамотрицательных микроорганизмов,
в т.ч. *Mycobacterium terrae*,
Mycobacterium Avium, B5, возбудителей
ВБИ и аэробных инфекций, ООИ, в т.ч.
сибирская язва; всех известных патоген-
ных вирусов (ВИЧ-инфекция, гепатиты, в
т.ч. гепатит В, «птичий грипп H5N1, H5N2,
H7N3, H9N2», «атипичная пневмония» (S
AB5), др. вирусы; грибов рода Кандида и
Трихофитон, плесневых грибов. Облада-
ет овоцидными свойствами в отноше-
нии возбудителей паразитарных
болезней (цист и ооцист простейших,
яиц и личинок гельминтов остриц),
моющим и дезодорирующим эффектом.

ПРОИЗВОДИТЕЛЬ

ООО «Дезснаб-Трейд», Россия.



Дезактив-Универсал

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



Как оснастить лечебное учреждение мебелью и потом не пожалеть об этом?

Часто мебель, заказанная у непроверенных поставщиков, в процессе эксплуатации оказывается некачественной. Как избежать такого варианта событий? Чтобы быть уверенным в положительном результате, всегда обращайтесь к профессионалам. Компания ЕЛАМЕД производит надежную и функциональную медицинскую мебель.

Отличительные особенности мебели компании ЕЛАМЕД

Износостойкость и долговечность
Мы используем только качественные материалы, получившие санитарно-эпидемиологическое заключение, с устойчивым к средствам дезинфекции покрытием.

Удобство и функциональность
Благодаря наличию собственного научно-технического центра, наша мебель разрабатывается в соответствии с учетом ваших потребностей и пожеланий.

Всегда в наличии

У нас собственное мебельное производство и широкий ассортимент готовой продукции.

Мы всё сделаем за вас:

- Полное сопровождение сделки, контроль на всех этапах: согласование, подготовка, проведение;
- Собственный тендерный отдел для самостоятельного участия в закупках без посредников и наценок;
- Дизайн-проект и проектная документация;
- Доставка и сборка;
- Гибкая система скидок;
- Индивидуальный подход к клиентам с разными финансовыми возможностями;
- Обширная складская сеть по регионам.

НОВИНКИ



Столик для венепункций «ЕЛАТ»

Наличие мягкой столешницы, выдвижного ящика для хранения жгутов, ваты, перчаток и бокового крепления для размещения ЕСО выгодно отличает данный столик от других.

ЛИДЕРЫ ПРОДАЖ



**ШМЛ-01
«ЕЛАТ»**

шкаф лабораторный, код 888



КС-01 «ЕЛАТ»

кушетка смотровая, код 1442



**КФ-01
«ЕЛАТ»**

Кушетка физиотерапевтическая

Имеет прочный деревянный каркас покрытый водостойкой краской, устойчивой к воздействию дезинфицирующих средств, обивка - винилискожа с поролоновой прокладкой.



ШМФ-01 «ЕЛАТ»

шкаф для медикаментов, код 837



СМС-01 «ЕЛАТ»

стол медицинский
для медицинской сестры,
код 821



ШР-01 «ЕЛАТ»

Ширма раздвижная

Можно соединить неограниченное число секций. Легкое складывание секций в одну обеспечивает удобное и легкое перемещение ширмы, как в сложенном, так и раздвижном виде.



Ваш надежный партнер и поставщик!

Позвоните нам или напишите на электронную почту: latim2008@elamed.com

Назовите кодовое слово "МЕБЕЛЬ" и мы предоставим вам скидку - 10%.

Телефон бесплатной горячей линии: **8-800-350-02-13**.

Адрес: 391351, Рязанская область, р.п. Елатьма, ул. Янина, 25

www.elamed.com