

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 9/28 2016



«Не для галочки»:

обучение принципам оказания
первой помощи с использованием
симуляционных технологий



стр. 22

Мультидисциплинарный
подход к реабилитации
пациентов с двигательными
нарушениями



стр. 3

Скорая помощь – дело жизни:
увлекательный конкурс
среди специалистов
Республики Саха (Якутия)



стр. 13

Кадровая политика ССМП:
уроки успешного привлече-
ния выпускников

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ГИГИЕНЫ РУК В ВАШЕМ ЛПО



OPHARDT ПРЕИМУЩЕСТВА ОБОРУДОВАНИЯ OPHARDT HYGIENE:



Немецкое качество.
Гарантия от производителя
- 5 лет!



Широкий ассортимент
профессионального
оборудования для
медицины.
Бесконтактные дозаторы,
диспенсеры и урны.
Системы оптимизации
доступности.



Комфорт в эксплуатации.
Замена флакона и помпы
без дополнительного
оборудования и снятия
дозатора со стены.



Единый стиль.
Эргономичный дизайн,
сигнальные цвета для
привлечения внимания к
дозатору.



**Индивидуальный
подход** к каждому
клиенту.
Комплексный расчет
потребности исходя из
конкретных нужд
учреждения.

ДОЗАТОРЫ:



Ингасепт-10



Ингасепт ЕРТ



Дозатор "Лизоформ"



Ингасепт 26, 26/24
Сделано в России.
Наличие РУ ИМН



Ингасепт плюс



Ингасепт плюс
сенсорный



Ингасепт плюс,
сигнальная серия

ДИСПЕНСЕРЫ:



Ингасепт Вайп



Ингасепт Вайп
Комбинированный



Сенсорный диспенсер
для полотенец NTU 1



Держатель для
перчаток



Держатель для
контейнера-
диспенсера



Крепления для
дозаторов Ингасепт

УРНЫ:



Емкость для отходов SK



Урна для отходов
открытая



Бесконтактная урна
с педалью и дверцей



Дезинфекционная
стойка



Дезинфекционная
стойка на колесах



Мобильная станция "Зв1"
(в комплекте с дозатором,
держателем
для перчаток и урной)

ДЕРЖАТЕЛИ

ДЕЗИНФЕКЦИОННЫЕ СТОЙКИ:

 **ЛИЗОФОРМ**

Группа компаний «Лизоформ», Санкт-Петербург, 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@yandex.ru
www.lysoform.ru



Рецепт эффективной борьбы с кадровым дефицитом лежит в плоскости повышения оплаты труда, предоставления социальных гарантий, содействия в решении жилищного вопроса, создания привлекательных условий.

Уважаемые коллеги!

Приветствуем вас и искренне надеемся, что среди читателей «Вестника» найдется немало работников станций скорой медицинской помощи, фельдшерско-акушерских пунктов. Так сложились обстоятельства, что именно к этой медицинской специальности, несмотря на летние отпуска, было приковано повышенное внимание. А началось все с обращения депутатов муниципального собрания одного из российских регионов, вышедших на Правительство Российской Федерации с предложением разрешить поступление на образовательные программы по специальности «Лечебное дело» школьникам, получившим среднее образование, т. е. по окончании 9 классов. По мнению народных депутатов, такая мера в одночасье решит проблему нехватки фельдшеров в отдаленных районах, и на ФАПы массово придет работать молодежь.

Данное обращение возникло практически одновременно с появлением данных Росстата о том, что по итогам 2015 года профессия медицинской сестры и фельдшера стала самой непопулярной: из отрасли ушли 16 тысяч работников – специалистов, уже получивших профессиональное образование и уже имеющих опыт работы. Почему-то подумать о привлечении на работу в сельскую местность таких специалистов депутаты не решились. А ведь именно от них, народных избранников, зависит то, в каких условиях живут и работают сегодня тысячи фельдшеров нашей страны, хотят ли они продолжать работать. К сожалению, заметный отток специалистов из отрасли совершенно ясно говорит о том, что специалисты более не готовы терпеть и вынуждены уходить из профессии.

Выражая позицию профессионального сообщества и специализированной секции «Лечебное дело», Ассоциа-

ция медицинских сестер России заявила о недопустимости снижения порога для поступающих на программы «Лечебное дело» до 9-летнего школьного образования. Подготовка фельдшера всегда считалась углубленной, более сложной, требующей повышенной ответственности. Выпускник такой образовательной программы в качестве молодого специалиста приходит на станцию скорой медицинской помощи, на ФАП, где коллеги и пациенты от него ждут качественной работы, самостоятельных решений, медицинского мышления. Настаивая на необходимости фундаментальной подготовки фельдшеров, на том, что выбор этой специальности должны делать более зрелые выпускники школ после 11 классов, Ассоциация медицинских сестер России заявила о необходимости всесторонней поддержки этой специальности. По нашему глубокому убеждению, рецепт эффективной борьбы с кадровым дефицитом лежит в плоскости повышения оплаты труда, предоставления социальных гарантий, содействия в решении жилищного вопроса, создания привлекательных условий. Впрочем, касается это не только фельдшеров, но и медицинских сестер, и акушеров.

Сразу несколько публикаций этого выпуска «Вестника» посвящены фельдшерам скорой медицинской помощи, в том числе решению кадровых вопросов и привлечению выпускников на работу в наиболее «горячие» точки здравоохранения. Одной из важнейших рекомендаций от наших омских коллег является формирование прочных связей и взаимодействия ССМП и колледжа и внимательное отношение к будущим фельдшерам еще на этапе их обучения, которое, при данном подходе, становится действительно практико-ориентированным. Выпускники приходят на работу со знанием дела, они досконально понимают сферу своей про-

фессиональной ответственности и с первых дней работы встречают поддержку со стороны администрации и опытных коллег. Не менее важным является и период становления специалиста. Для фельдшера ССМП в это время исключительную роль играет поощрение его профессиональных амбиций и поддержка со стороны наставников.

Развитие симуляционных образовательных технологий позволяет вывести подготовку фельдшера на совершенно новый уровень. У студентов и у работающих специалистов должна быть возможность регулярной отработки различных навыков, которые могут потребоваться при оказании пациентам экстренной помощи. До настоящего времени уровень смертности от ДТП в России остается более высоким по сравнению с Японией, Германией, США. Конечно, не все определяется качеством и скоростью оказанной помощи, но нам есть над чем работать. Важно развивать не только партнерство с медицинскими колледжами, но и другими учебными заведениями, школами. Фельдшер может реализовывать свои знания в том числе в качестве приглашенного преподавателя ОБЖ. Уже одной этой мерой мы поднимем на достойный уровень медицинскую грамотность населения, поможем старшим школьникам приобрести ценные навыки оказания первой помощи пострадавшим, да и просто внесем вклад в их понимание ценности жизни и здоровья своих собственных, своей семьи, окружающих людей.

«Скорая помощь – дело жизни», – под таким девизом прошел конкурс работников ССМП в Республике Саха (Якутия). В нешуточной борьбе специалисты продемонстрировали отточенные навыки, мастерство и профессионализм. А как же иначе, если скорая помощь – дело жизни твоей и твоих пациентов.



На обложке: Смирнов А.В., фельдшер бригады анестезиологии и реанимации, старший фельдшер подстанции №2 Ленинского района г. Чебоксары, БУ «Республиканская станция скорой медицинской помощи» Минздрава Чувашии»

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ	
Скорая помощь – дело жизни: в Республике Саха (Якутия) состоялся конкурс работников ССМП	стр. 3
Главное вместе, главное дружно, а для этого лишь настроение нужно! Медицинские работники Архангельской области приняли участие в семейной спартакиаде	стр. 4
БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА	
Безопасность пациента в медицинской организации	стр. 10
ВОПРОСЫ ОБРАЗОВАНИЯ	
«Не для галочки»: обучение принципам оказания первой помощи с использованием симуляционных технологий	стр. 6
Кадровая политика ССМП.	стр. 13
Уроки успешного привлечения выпускников	
МЕДИЦИНСКИМ СЕСТРАМ ПОСВЯЩАЕТСЯ...	
Призвание (часть 6)	стр. 28
ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА	
Опыт внедрения сестринских алгоритмов в приемно-диагностическом отделении многопрофильной больницы	стр. 17
Мультидисциплинарный подход к реабилитации пациентов с двигательными нарушениями	стр. 22
Спирометрия: стандарты проведения исследования	стр. 24
Внедрение современных технологий уборки площадей в медицинской организации	стр. 30
Управляемая баллонная тампонада – эффективный метод остановки послеродового кровотечения	стр. 35
Роль сестринского персонала в организации медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы	стр. 37
ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ	
Скорая помощь – льготная пенсия?	стр. 39

Свидетельство о регистрации ПИ №ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 03.10.2016. Отпечатано в ООО «ИПК «Береста». 196084, Россия, Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28. Заказ № 1216. Тираж 15 500. Цена договорная. За опубликованные рекламные материалы редакция ответственности не несет. Фото: depositphotos.com

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: julia@medsestre.ru Подробная информация о подписке и размещении публикаций – на сайте РАМС: www.medsestre.ru

УЧРЕДИТЕЛИ И ИЗДАТЕЛИ

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

РЕДАКЦИЯ

Главный редактор – Валентина Саркисова
Ответственный редактор – Наталья Серебренникова
Отдел 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

- АНОПКО В.П.** – канд. мед. наук, президент Астраханской региональной общественной организации «Профессиональная сестринская ассоциация»
- ВИКТОРОВА В.И.** – президент Общественной организации «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников Чувашской республики»
- ГЛАЗКОВА Т.В.** – главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Комитета по здравоохранению Ленинградской области, президент Региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация специалистов сестринского дела» Ленинградской области
- ДРУЖИНИНА Т.В.** – главный специалист по сестринскому делу Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области, президент Кемеровской региональной общественной организации «Ассоциация медицинских сестер Кузбасса»
- ЗОРИНА Т.А.** – президент Омской региональной общественной организации «Омская профессиональная сестринская ассоциация»
- КУЛИКОВА Р.М.** – президент Тюменской региональной общественной организации «Тюменская областная профессиональная сестринская ассоциация»
- ЛАПИК С.В.** – д-р. мед. наук, профессор, декан ФВСО ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава
- НИКИТИНА Н.В.** – старшая медицинская сестра БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 1», президент Вологодской региональной общественной организации «Ассоциация специалистов сестринского дела»
- РУДЕЙКО И.В.** – врач-дезинфектолог высшей категории, эпидемиолог-эксперт
- РЯБКОВА В.В.** – главная медицинская сестра ФГБУ «ФЦТОЭ МЗ РФ, президент Смоленской региональной общественной организации «Ассоциация специалистов сестринского дела»
- СЛЕПУШЕНКО И.О.** – заместитель директора Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения МЗ РФ

СКОРАЯ ПОМОЩЬ – ДЕЛО ЖИЗНИ

РАБОТНИКИ СМП РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) ПРИНЯЛИ УЧАСТИЕ В УВЛЕКАТЕЛЬНОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ КОНКУРСЕ



Тыдыкова Татьяна Степановна
Главная медсестра ГБУ РС (Я)
«Нерюнгринская ЦРБ», вице-президент
АСМР РС (Я)

23 июня 2016 года в городском округе «город Якутск» проводился Республиканский конкурс профессионального мастерства «Лучшая фельдшерская бригада скорой медицинской помощи РС (Я)», посвященный празднованию 85-летия службы скорой медицинской помощи Республики Саха (Якутия).

Основными организаторами конкурса стали Министерство здравоохранения и Правление Ассоциации СМР под руководством главного внештатного специалиста по управлению сестринской деятельностью А.В. Яковлевой, главного врача ГБУ РС (Я) «ССМП» г. Якутска и главный внештатный спе-



циалист по скорой медицинской помощи А.М. Никитина.

Целью конкурса является совершенствование профессионального мастерства, повышение престижа профессии фельдшера скорой медицинской помощи, повышение творческого потенциала среднего медицинского персонала, повышение качества оказания скорой медицинской помощи населению. В столице Республики собрались фельдшеры из 17 городов и районов. В каждой команде по 2 представителя своей больницы, которые защищали ее честь.

Оценивали конкурс члены представительного жюри, в состав которого вошли руководители служб скорой медицинской помощи, учебных заведений, президент Ассоциации СМР. Председателем жюри была заместитель министра здравоохранения РС (Я) Л.И. Вербицкая: «Медики работают при любой погоде. Их работа – образец мужества и профессионализма для всех нас. Чрезвычайное происшествие может застать врасплох любого, у медика скорой по-

мощи времени на раздумья нет. Он должен собраться и делать свое дело», – отметила в приветственном слове к участникам председатель жюри заместитель министра здравоохранения РС (Я) Л. Вербицкая.

Первое испытание участников соревнования за звание лучшей фельдшерской бригады скорой помощи началось с тестирования. Второй этап проходил в историческом здании торговых рядов «Кружало», что находится на территории памятника истории Якутска в «Старом городе». Впервые в одном месте собралось более ста специалистов скорой медицинской помощи, которые выделялись своей яркой спецодеждой с логотипами своих лечебных учреждений. Здесь в праздничной атмосфере началась нешуточная борьба профессионалов, борьба за первое место.

Соревнование состояло из четырех этапов: знание теории, визитная карточка, решение ситуационных задач, домашнее творческое задание.

Все команды в своих выступлениях представили историю развития скорой медицинской помощи в регионах, рассказали о проблемах и достижениях.

По правилам конкурса участники решали профессиональные задачи, оказывая помощь пострадавшим.

Оценивая деятельность конкурсантов, жюри учитывало умение определить объем оказания медицинской по-





мощи в соответствии со стандартами, правильность и обоснованность лечебно-диагностических манипуляций, соблюдение инфекционной безопасности, умение использовать в работе современное медицинское оборудование.

К концу насыщенного дня стали известны команды-победители соревнований фельдшерских бригад скорой помощи. Лучшими по Республике Саха (Якутия) стали: фельдшерская бригада Нерюнгринской скорой медицинской помощи, занявшая первое место (приз от Минздрава Якутии – путевка на обучение в симуляционный центр Рязанской медицинской академии им. Н.П. Пирогова);

Почётное второе место выиграла бригада фельдшеров станции скорой медицинской помощи города Якутска (приз от Ассоциации средних медицинских работников Якутии – сертификат в размере 30 000 рублей); заслуженное третье место досталось в напряжённом «бою» Айхальским фельдшером (приз от ГБУ РС (Я) «Станция скорой медицинской помощи г. Якутска» – телевизор).

По нескольким номинациям были вручены дополнительные призы от Алмазэргиэнбанка, Рескома профсоюзов медработников, Якутского базового медицинского колледжа и спонсоров.

Все участники конкурса были отмечены призами за участие в виде оргтехники.

Подводя итоги конкурса, А.В. Яковлева поздравила всех участников и руководителей лечебных организаций, сказала о дальнейших планах ассоциации по подготовке и совершенствовании кадров средних медицинских работников в условиях работы Крайнего Севера.

Кроме того, торжественность мероприятия была подчеркнута награждени-

ем от Министерства здравоохранения РС (Я): фельдшеру Булунской ЦРБ присуждено звание «Отличник здравоохранения Республики Саха». Почётной грамотой Минздрава Якутии награждены Иван Токосов, Юлия Таюрская, Любовь Осипова, Константин Рожин.

Мероприятие порадовало всех присутствовавших, болельщики участниц привнесли в профессиональный конкурс настоящий соревновательный дух.

Во второй день встречи фельдшера и их руководители приняли участие в Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы организации скорой и неотложной медицинской помощи населению Республики Саха (Якутии)», на которой были представлены доклады о работе службы, о методах улучшения качества оказания скорой и неотложной помощи населению.

Впервые такое мероприятие позволило специалистам ответственного профиля встретиться вместе, пообщаться, обменяться своим опытом, что очень важно для нашей республики, где огромные расстояния не всегда позволяют проводить такие встречи.

Главное вместе, главное дружно, а для этого лишь настроение нужно!

ДЕНЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В АРХАНГЕЛЬСКЕ
ОТМЕТИЛИ ПРОВЕДЕНИЕМ СЕМЕЙНОЙ СПАРТАКИАДЫ

■ **Золотова А.В.**
Менеджер АРОО «АМРАО»

16 июня 2016 года в ДЮСШ № 1 г. Архангельска по инициативе Ассоциации медицинских работников Архангельской области (АМРАО) и Северного государственного медицинского университета (СГМУ) при поддержке АТП «Панорама-Ритейл» прошла вторая областная семейная игровая спартакиада, посвященная Дню медицинского работника.

Подготовку к спартакиаде осуществил оргкомитет под руководством пре-





зидента АМРАО А.В. Андреевой, исполнительного директора АМРАО З.К. Ивановой, руководителя группы «Добрый клоун» театральной студии СГМУ Ю.А. Клемушиной.

В спартакиаде приняли участие 9 команд, которые представили преимущественно многодетные семьи, мамы которых – члены АМРАО. Жюри возглавила одна из инициаторов спартакиады – менеджер по работе с общественностью АТП «Панорама-Ритейл» С.Ю. Романова. В судейский состав вошли: представитель министерства здравоохранения Архангельской области О.А. Шурундина; главный врач Архангельской ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 6» С.Н. Жигалов; главная медицинская сестра ГБУЗ АО «АКЦ СПИД и ИЗ» Т.С. Куликаева; редактор Архангельского телевидения Т.В. Горбик; менеджер газеты «Твоя Валентина» Е.С. Капустина; председатель Совета отцов по округу Варавино-Фактория А.А. Артемьев; член актива «Женсовет» и директор ООО «Поморский Дом» О.В. Артемьева; ветеран СГМУ А.Г. Сердечная; генеральный директор фирмы «Кроха» Ю.В. Норкина; директор салона цветов и подарков «Сан-Фло» А.В. Глебова.

На открытии спартакиады с приветственным словом выступили главный врач Первой городской больницы им. Е.Е. Волосевич С.В. Красильников и заместитель Уполномоченного при Губернаторе Архангельской области по правам ребенка Е.Н. Чичурина.

Соревнования начались с презентаций команд – представления своей семьи в творческой форме. Яркие плакаты, речевки, песни и стихи украсили начало спартакиады. Саму конкурсную программу составили 8 эстафет.

Заслуженным победителем и обладателем первого места с девизом

«Главное вместе, главное дружно, а для этого лишь настроение нужно!» стала команда «Оранжевое настроение» – семья Никитиных, в которой 6 детей. Мама семьи, Лариса Михайловна – фельдшер, заведующая медицинским пунктом Кузнецевского КСКМ. Она творческая личность, и все дети – одаренные музыканты, певцы и спортсмены. Эта семья охотно согласилась участвовать и в других мероприятиях АМРАО, где возможно представить детские таланты. Никитиных особо отметил главный редактор журнала «Magazin» Андрей Жданов, передав для детей спецприз от модельной школы Резицких.

Второе место в спартакиаде заняла команда «Медведи» – семья Орловых. Мама Виктория Александровна работает медицинской сестрой в Госпитале для ветеранов войн. По ее инициативе команда принимает участие в спартакиаде второй год подряд и планирует в следующем году продолжить свой путь к спортивно-семейной победе. Команда госпиталя имела самую большую зрительскую поддержку – под руководством главной медицинской сестры Е.Г. Рожиной и председателя профкома Е.В. Самбуровой сотрудники учреждения подготовили дополнительный патристический приз для одной из семей.

Третье место завоевала команда «Булавочки» – семья Лыбашевых. Мама Елена Анатольевна работает медицинской сестрой-анестезистом в Архангельской областной детской клинической больнице им. П.Г. Выжлецова. Зрительская поддержка была обеспечена участникам из этой организации неслучайно, от больницы в соревнованиях участвовали сразу 3 команды.

Проявить себя в борьбе, продемонстрировать отличную сплоченность и общий командный дух смогли и другие

команды: «Стрела» и «Максимум» из АОДКБ им. П.Г. Выжлецова; «Лучшие» из Архангельской городской детской поликлиники; «Жемчужина» из онкологического диспансера, «Заборские задоринки» из 6-й городской больницы и «Апельсин» из Центра лечебной физкультуры и спортивной медицины. Кроме командного участия Центр лечебной физкультуры и спортивной медицины проводил медицинское дежурство с аптечкой скорой помощи, которая, к счастью, не потребовалась!

Помимо общекомандного зачета грамотами были награждены победители номинаций:

- «Супер-папа» – Балабон Дмитрий из команды «Булавочки»,
- «Супер-мама» – Меньшикова Александра из команды «Максимум»,
- «Супер-малыш» – Боканова Мария (2 годика),
- «Суперактивный мальчик» – Заборский Андрей,
- «Суперактивная девочка» – Ивановская Софья.

Все участники провели время интересно и с пользой для здоровья, установив для себя новые рекорды. Кто-то хорошо отжимался, кто-то выше всех прыгал, а кто-то быстрее всех бегал! Диджей Антон Клемушин был на высоте!

После подведения членами жюри итогов в торжественной обстановке все участники были награждены дипломами, грамотами, призами и подарками от представителей лечебных организаций и от спонсоров, в адрес которых прозвучали отдельно слова благодарности.

Наилучшие отзывы стали высшей оценкой для организаторов, которые высказали пожелания расширения географии проекта, к которому приглашаются все неравнодушные лица.



«Не для галочки»

ОБУЧЕНИЕ ПРИНЦИПАМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ



■ **Смирнов А.В.**

Фельдшер бригады анестезиологии и реанимации, старший фельдшер подстанции № 2 Ленинского района г. Чебоксары, БУ «Республиканская станция скорой медицинской помощи» Минздрава Чувашии, инструктор симуляционного центра БУ «РССМП» МЗ ЧР, член специализированной секции РАМС «Лечебное дело», руководитель секции ПАСМР ЧР «Лечебное дело»

*«Bis dat, qui cito dat».
Publius Syrus¹*

Довольно часто случается так, что спасенный ценой невероятных усилий бригадой скорой помощи пострадавший пациент, доставленный в приемный покой больницы, не выживает, или же становится слишком поздно еще до приезда скорой помощи. Виной тому – не оказанная вовремя или вовсе не оказанная первая помощь! Проигнорированные или подавленные лекарственными препаратами по собственному назначению симптомы, позднее обращение за профессиональной медицинской

помощью на завершающих стадиях развития болезни тоже не редки, и, как следствие, потеряно время и упущены возможности.

При несчастных случаях большинство окружающих место происшествия людей не обладают навыками оказания первой помощи. Просто иметь желание помочь и сочувствие к пострадавшему недостаточно. Все ли мы относились к школьному предмету «Основы безопасности жизнедеятельности» достаточно ответственно? К тому же, у большинства выпускников, к сожалению, предмет ОБЖ изучался просто номинально: никаких занятий вообще не проводилось, а оценка ставилась в аттестат «для галочки»... А если даже занятия и проводятся, то знания учителей по ОБЖ не соответствуют актуаль-

¹ (Лат.) Кто скоро помог, тот дважды помог (народная мудрость).

ным рекомендациям и правилам. Либо, что чаще всего, приоритеты в учебных часах отданы не практике и теории оказания первой помощи в различных каждодневных потенциально опасных бытовых ситуациях, а совершенно иным направлениям знаний. Печально слышать от учителей и выпускников о том, как много они изучали вопросов второстепенной важности и как мало реально правильных и необходимых знаний и умений они получили.

Насколько оперативно и, самое главное, эффективно и безопасно вы сможете помочь человеку, с которым произошел несчастный случай, к примеру, попавшему в дорожно-транспортное происшествие (ДТП) или с остановкой сердца? Думаем, что честный ответ самому себе не будет оптимистичным.

Также хочется отметить недостаточную мотивацию к получению знаний со стороны наших граждан, ошибочно предполагающих, что именно с ними и их близкими этого никогда не случится, а знать и уметь, как грамотно остановить артериальное кровотечение, оказать помощь подавившемуся и начать реанимационные мероприятия до приезда скорой помощи нужно, в первую очередь, не для условного стороннего прохожего, а для того, чтобы сохранить шансы на выживание до приезда все той же бригады скорой помощи своим близким и родным: детям, сестрам, братьям и родителям... Чтобы потом честно и с гордостью себе сказать, что мне удалось сделать все возможное... Вновь получить возможность смотреть в эти по недогаду оступившиеся, милые и самые дорогие глазенки, заливающиеся пронзительным смехом, бесценно.

Многие страны стараются совершенствоваться и повышать готовность и мотивацию населения оказывать первую помощь и видят в этом приоритет становления развитого общества. Проводятся различные, в том числе и волонтерские курсы подготовки, семинары, мастер-классы, конкурсы, в общественных местах, таких как парки, аэропорты и вокзалы, размещаются автоматические наружные дефибрилляторы и иные устройства, облегчающие процесс оказания первой помощи силами первых очевидцев. Придуман праздник День волонтера, отмечаемый во вторую субботу сентября. Всё это направлено на повышение мотивации

граждан быть более активными и подготовленными, оказавшись первыми на месте происшествия.

В век технологий и средств коммуникации человек, ставший очевидцем происшествия, отказывающийся оказать первую помощь и вызвать на помощь спецслужбы, когда счет идет на секунды, минуты, – просто преступник. Действия не должны ограничиваться звонком в службу «103» и полицию. Оперативность спецмашин снижается из-за загруженности дорог общего пользования, заставленных машинами дворов, плохо обозначенной нумерации домов, плохой освещенности подъездов и других объективных причин. В нашем обществе не хватает уважительного отношения к движущейся на вызов машине скорой помощи. Зачастую, даже без видимых причин, машина скорой помощи вынуждена ехать относительно медленно. Это происходит по той причине, что медики продолжают оказывать помощь в пути следования в больницу, стоя на ногах, а при малейшем торможении и резком перестроении велика вероятность получения травмы как медиком, так и пациентом. Невнимательность и небрежность других участников движения приводит к авариям с участием машины бригады скорой помощи. Это снижает оперативность приезда на вызов.

По данным департамента гражданской защиты МЧС России, в нашей стране ежегодно происходит порядка 100 тысяч несчастных случаев. До 70% пострадавших погибают от безучастия и неграмотности очевидцев происшествия, безразличия и безразличия. Нежелание помочь в силу неподготовленности и незнания способов оказания помощи является основной причиной столь печальной статистики.

Внезапная внегоспитальная остановка сердца (ВГОС) как причина смерти в нашей стране регистрируется приблизительно 36 тысяч раз в год, что равноценно количеству людей, ежегодно погибающих в дорожно-транспортных происшествиях. Чаще всего это молодые люди 30–35 лет при выполнении тяжелой физической нагрузки и во время спортивных и иных мероприятий, у ко-

торых в 70–90% случаев развивалась фибрилляция сердца. По статистическим данным ВОЗ, это до 200 тысяч еженедельных случаев во всем мире, что значительно больше смертей от СПИДа, онкологии и происшествий различного рода. При этом 90% погибших умерли до приезда бригады скорой помощи, так как рядом не оказалось людей, знающих как надо оказывать первую помощь пострадавшим.

В 2013 году в России, по данным ГИБДД, произошло 204 068 серьезных ДТП с пострадавшими и погибшими. При этом число погибших в автокатастрофах за год составило 27 025 человек. Согласно итоговому статистическому отчету Госавтоинспекции, пострадавших в дорожных авариях оказалось 258 437 человек. За 2015 год произошло 184 тысячи ДТП, в которых погибло 23 тысячи человек и число пострадавших составило 231 тысячу человек, что в целом свидетельствует о некотором снижении последствий аварийности на дорогах страны.

Если произвести анализ статистики смертности в ДТП, то становится очевидным, что основной возраст жертв и пострадавших в ДТП граждан составляет 15–45 лет – это социально-ориентированные, трудоспособные граждане, которые в результате полученных в ДТП травм погибают либо становятся инвалидами.

22 мая 2014 года на заседании Совета по реализации приоритетных национальных проектов были озвучены первые итоги мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим в ДТП за 2014 год. Первый заместитель министра Министерства здравоохранения Чувашской Республики Татьяна Геннадьевна Богданова акцентировала внимание присутствовавших на том, что до приезда бригады «03» погибло 86,6% от общего числа погибших.

За 2013 год по данным Республиканского организационно-методического отдела БУ «РССМП» МЗ ЧР по скорой помощи в Чувашии 162 из 168 человек скончались до приезда бригады скорой медицинской помощи, 6 человек умерли в присутствии медицинских

Действия по спасению не должны ограничиваться звонком в службу «103» и полицию.



работников службы скорой помощи. 2526 человек оказались пострадавшими в результате 1899 ДТП, многие стали инвалидами либо умерли в стационарах республики позже. За 2014 год те же показатели составили 2355 пострадавших при 1685 случаях ДТП, в которых погибло 172 человека до приезда бригады скорой помощи и 5 человек в присутствии медицинских работников. 2015 год опять же продемонстрировал снижение общих показателей: 2045 пострадавших в 1502 случаях ДТП, где 147 из 153 человек погибли до приезда бригады скорой помощи.

Из приведенной статистики за три года видно, что на фоне улучшения общего показателя увеличивающейся безопасности автотрасс, соотношение показателя общей смертности пострадавших к показателю смертности до приезда бригады скорой помощи практически не меняется, что в очередной раз подчеркивает актуальность знаний первой помощи для населения, так как эти показатели напрямую зависят от действий, точнее совершенных преступных бездействий первых очевидцев! Считается, что до 70% пострадавших погибает от не оказанной вовремя первой помощи, причём большую часть из них можно было бы спасти, если бы окружающие люди и первые очевидцы обладали знаниями и навыками, которые должны были получить в своей автошколе, если бы с должным вниманием отнеслись к предмету. Но это чаще является исключением, нежели правилом. То же самое касается и школьного курса ОБЖ. Наша

безопасность зависит от каждого из нас, и сколь долго мы будем оставаться на прежнем уровне культуры, безответственности и неграмотности, тем дольше будем иметь 19 и более погибших на 100 тысяч населения. В Швеции, Швейцарии, Германии, Великобритании, Японии и Сингапуре тот же показатель составляет не более 5–6 человек на 100 тысяч населения.

Для спасения пострадавшего жизненно необходимо сразу же начать грамотные и умелые реанимационные мероприятия самостоятельно. В медицине существует такое понятие, как «золотой час», который предполагает начало оказания помощи как можно скорее, так как от действий, совершенных в первые минуты, зависят общий прогноз выживаемости и тяжесть последствий для пострадавшего. Реанимационные мероприятия, начатые в первые 3 минуты от начала клинической смерти, теоретически могут оказаться эффективными в 75% случаев, а спустя 5 минут – уже менее чем в 25% случаев. Среднее время прибытия бригады скорой помощи составляет около 20 минут. Однако в условиях низких температур, пробок, эпидемий это время может значительно возрастать. В режиме ЧС во время землетрясений, цунами и иных катаклизмов у пострадавших в зоне бедствия не остается никакой иной помощи, как только первая по-

мощь себе и окружающим. Самые первые профессиональные спасатели доберутся до первых пострадавших в завалах, на крышах, в подвалах лишь ближе к третьим суткам от начала трагических событий, ввиду занятости по организации и выполнению иных первоочередных задач и мероприятий. Это говорит о 100% необходимости знаний и умений оказания первой помощи и наличия индивидуальной аптечки как в машине, так и в иных местах пребывания и жизнедеятельности человека.

Помните, что в первые минуты после происшествия жизнь окружающих может зависеть только от нас самих! Эта статья – лишь шаг на пути развития культуры и грамотности нашего общества, и вам необходимо впитать эти знания, закрепить их на практике и распространить далее для нашего общего блага и безопасности.

Прорывным событием в здравоохранении последнего времени является развитие симуляционных технологий, позволяющих отработать навыки оказания первой помощи, включая все этапы сердечно-лёгочной реанимации, а также иных медицинских процедур и манипуляций для среднего и врачебного персонала.

Среди симуляционного оборудования самое широкое распространение при обучении людей с любым уровнем подготовки получили различные манекены для отработки практических навыков сердечно-лёгочной реанимации. Идеальными манекенами для первичного обучения тех людей, которые не имели практических навыков выполнения компрессий и искусственного дыхания, являются простые торсы с силиконовой кожей на груди и лице, позволяющие выполнить проверку сознания, приём освобождения дыхательных путей с проверкой дыхания, а также выполнять компрессионные сжатия грудной клетки и искусственное дыхание на манекене, как на реальном человеке. Манекен позволяет контролировать правильность глубины компрессий благодаря встроенному в него «кликеру» для того чтобы определять на слух достаточность глубины по стандартам

Затраты на манекены стоят тех умений, которые получают практиканты, и тех жизней, что они спасут, овладев умениями оказания первой помощи.

для взрослого и ребенка, выполнять тренинг без звукового контроля, контролировать правильность выполнения искусственных вдохов благодаря соответствующей экскурсии грудной клетки, которая будет наблюдаться при этом только при правильно выполненном открытии дыхательных путей и прикрытии ноздрей. Стоимость таких манекенов в России составляет 9–10 тысяч рублей, что позволяет приобрести его любой школе, автошколе, учебному центру. При этом надежность такого оборудования позволяет использовать его долгие годы даже под очень интенсивной нагрузкой.

Для обучения использованию автоматических наружных дефибрилляторов (АНД, или AED) существуют симуляторы АНД, представляющие собой копии настоящих дефибрилляторов, но без подачи реального разряда. При этом существуют симуляторы полностью на русском языке, с русскоязычными голосовыми командами, заложенным десятком различных сценариев (когда имитируется различная последовательность действий в зависимости от конкретного случая), с многоразовыми комплектами электродов для работы со взрослыми пострадавшими и детьми. Стоимость такого оборудования составляет порядка 20 тысяч рублей. Благодаря таким возможностям практикующие получают реальный опыт и не испугаются использовать медицинский прибор на благо других людей.

Для более продвинутых тренингов можно использовать более дорогие и реалистичные манекены, представляющие из себя полную конструкцию тела человека с руками и ногами, позволяющие проводить реанимационные мероприятия с регистрацией результатов в компьютерной программе. При этом данные с манекена отправляются на компьютер без проводов, что позволяет полностью нивелировать различные, отвлекающие практикантов параметры, полностью погружая в процесс отработки навыков. Манекен не просто беспроводной, он еще и автономный, со встроенным аккумулятором. А благодаря некоторым особенностям физиологии, таким как наличие пульса, светового рефлекса, реакции зрачков на проводимые действия, наряду с возможностью дополнения манекена до уровня расширенной реанимации (возможно-



сти интубации, выполнение дефибрилляции, инъекций, мониторинга показателей жизнедеятельности), его успешно могут использовать в качестве госпитального реанимационного манекена медицинские симуляционные центры. Причем стоимость манекена составляет менее 100 тысяч рублей, эта сумма стоит тех умений, которые получают на нём практиканты, и тех жизней, что они спасут, овладев этими умениями.

Также в обучении очень распространены наборы различных ран, которые можно использовать на имеющихся манекенах или самих обучающихся. Стоимость таких наборов составляет от 20 до 50 тысяч рублей, в зависимости от количества накладок и сложности.

Для обучения медицинского персонала выпускается самое обширное число различных тренажеров, симуляторов, роботов-пациентов. Они позволяют отработать до совершенства практически любую медицинскую процедуру. Наиболее совершенными и сложными из такого оборудования являются роботизированные симуляторы, позволяющие в ответ на различные процедуры и вмешательства реалистично изменять свою физиологию. Такие роботы-манекены будут кричать, плакать, выдыхать углекислый газ, у них будет имитирован цианоз, различные кровотечения, им можно вводить виртуально лекарства, преподаватель будет разговаривать от имени такого пациента через специальный коммутатор. При этом все необходимые параметры физиологии будут регистрироваться на

имитаторе медицинского монитора. Таких роботов в России можно приобрести за 1,5 миллиона рублей.

Как оказалось, обучать первой помощи без практики совершенно невозможно и бесполезно. Более того, для сохранения навыка компрессий грудной клетки и других элементов, входящих в алгоритмы, требуется заниматься два раза в год. Современные манекены максимально приближены к анатомии и физиологии человека, в связи с чем большинство практикующихся эмоционально погружаются в создаваемую инструктором атмосферу той или иной ситуации. Обучающиеся испытывают стресс в ходе интеллектуального и эмоционального напряжения, который они учатся преодолевать параллельно получаемым теоретическим и практическим знаниям. На выходе мы имеем курсантов, полных смелости и желания осуществлять на практике процедуры интубации, катетеризации и иные малые операции, которые еще лет пять назад вызывали ужас и страх перед неудачей выполнения не только у молодых, но и давно работающих специалистов. Развилась система наставничества, и период адаптации выпускников к профессии сократился многократно. Все это перетекает из уст в уста между вчерашними и сегодняшними студентами, и вот уже и выпускники идут устраиваться на работу не единичными случаями, а десятками, так как у многих нивелируется страх к серьезной и ответственной профессии «скорой помощи».

БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

ВВЕДЕНИЕ В ПРОБЛЕМУ



■ Палевская С.А.

Доктор медицинских наук, первый проректор по учебной работе Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), МВА

Безопасность пациента – это раздел современной медицины, основной задачей которого является сбор и анализ информации о неблагоприятных событиях, связанных с воздействием лечения, применением лекарственных препаратов или медицинских манипуляций. Неслучайно ВОЗ, начиная с 2004 года, реализует программу по безопасности пациентов, в которой принимают участие многие страны мира. Основные аспекты безопасности пациентов, такие как профилактика внутрибольничных инфекций, гигиена рук, идентификация пациентов и другие, являются неотъемлемой частью работы медицинской сестры.

Этой статьей мы начинаем серию публикаций по проблеме безопасности пациента в ЛПУ и роли медицинской сестры в ее решении.

По мере роста эффективности медицинская помощь усложняется. Появляются новые технологии, препараты и методы лечения. Сегодня на фоне общей тенденции старения населения медицинская помощь оказывается большому количеству пожилых и ослабленных пациентов. Эти факторы, в совокупности с недостаточным финансированием здравоохранения, могут привести к возникновению ошибок в процессе лечения.

Основу глобальному движению за безопасность пациентов в конце 1990-х годов положили две статьи – «Человеку свойственно ошибаться» (To Err Is Human, 1999; Институт медицины США) и «Организация, обладающая памятью» (An Organisation with a Memory, 2000) главного врача-консультанта правительства Великобритании. Впервые было официально признано, что оказание медицинской помощи сопровождается ошибками. Специалисты в области повышения безопасности пациента приводят статистику, согласно которой вред причиняется каждому десятому пациенту (рис. 1).

Эти статьи привлекли внимание к низким показателям качества в здравоохранении по всему миру по сравнению с большинством отраслей человеческой деятельности, связанных с высоким риском. В октябре 2004 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) начала реализацию программы повышения безопасности пациентов в ответ на резолюцию Всемирной ассамблеи здравоохранения

2002 года, призывающей ВОЗ и государства, входящие в нее, обратить по возможности наиболее пристальное внимание на эту проблему. Учреждение этой программы подчеркнуло важность безопасности пациентов как глобального аспекта здравоохранения (рис. 2).

В некоторых странах созданы специальные организации, занимающиеся вопросами безопасности пациентов: Национальное агентство по обеспечению безопасности пациентов (англ. National Patient Safety Agency – NPSA), ставшее частью Национальной службы здравоохранения Англии (NHS England); Агентство по медицинским исследованиям и повышению качества медицинской помощи (англ. Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ) в США; Канадский институт безопасности пациентов (англ. Canadian Patient Safety Institute – CPSI); Австралийская комиссия по безопасности и качеству в здравоохранении (англ. Australian Commission on Safety and Quality in Health).

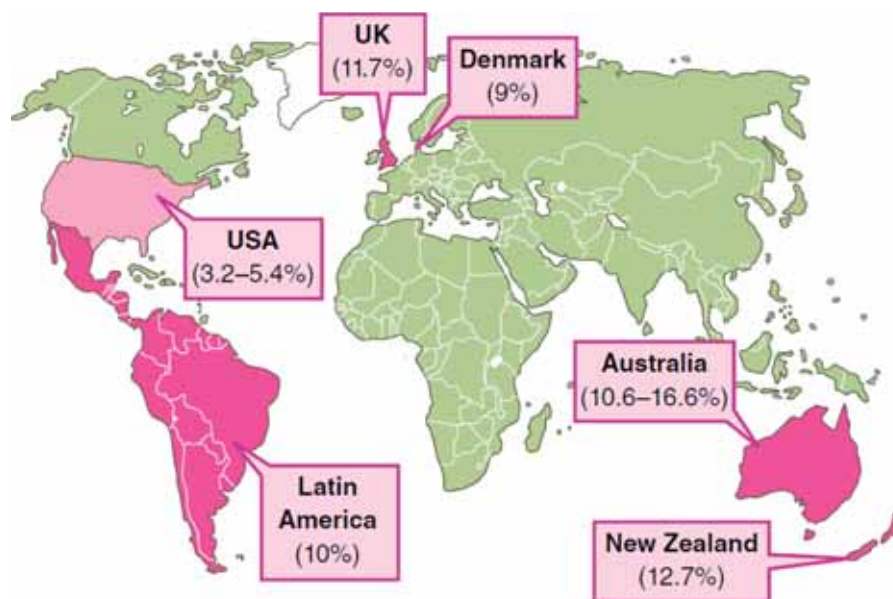


Рис.1. Частота регистрации ошибок, допущенных при лечении пациентов в медицинских учреждениях различных стран



Patient Safety
A World Alliance for Better Health Care

Patient Safety Curriculum Guide Multi-professional Edition



Рис. 2. Руководство ВОЗ по безопасности пациентов

Так, одно из ведущих учреждений США – агентство по медицинским исследованиям и безопасности пациента (AHRQ) занимается тщательным исследованием индикаторов качества медицинской помощи, отражающих различные аспекты безопасности пациента (рис. 3).

Несмотря на значительные усилия, современное состояние проблемы безопасности пациента во всем мире вызывает глубокую озабоченность.

По всему миру в средствах массовой информации регулярно освещаются случаи летальных исходов среди пациентов, что подрывает доверие к медицине в целом. Кроме того, многие события имеют тенденцию повторяться, а все меры по их предотвращению оказываются неэффективными. Это может быть отчасти объяснено принятой практикой наложения штрафных санкций, как за личные проступки, так и за выявленные недостатки системы.

Обеспечение безопасности пациента можно определить как снижение риска причинения, связанного с оказанием медицинской помощи, дополнительного вреда до приемлемого минимального уровня. Величина последнего зависит от современного состояния знаний, доступных ресурсов и условий оказания помощи и сравнивается с риском в случае отсутствия лечения или применения другого метода. Проще говоря, это предотвращение ошибок и неблагоприятных событий, связанных с оказанием медицинской помощи.

К основным терминам, обсуждаемым при изучении безопасности пациента, относят вред; инцидент без послед-

Endorsement
A number of measures have been endorsed by the National Quality Forum (NQF), which reviews the endorsement periodically. Find NQF-endorsed AHRQ measures at www.qualityindicators.ahrq.gov.

Mailing List
Sign up for free notifications about new and updated AHRQ QIs and associated software tools by registering at www.qualityindicators.ahrq.gov.

User Tools and Support

- Free software to compute AHRQ QI rates, available for SAS® and Windows®
- A detailed users' guide and technical specifications for the Patient Safety Indicators
- Parameter estimates, benchmark data tables, and methodology to create composite measures
- Guidance for designing a report using the Patient Safety Indicators
- Answers to frequently asked questions
- Access to QI Technical Support by email at QIsupport@ahrq.hhs.gov or by phone at 301-427-1949

Patient Safety Indicators

Provider-Level Indicators

- PSI 02 - Death rate in low-mortality diagnosis-related groups (DRGs)
- PSI 03 - Pressure ulcer rate
- PSI 04 - Death rate among surgical inpatients with serious treatable conditions
- PSI 05 - Retained surgical items or unretrieved device fragment count
- PSI 06 - Iatrogenic pneumothorax rate
- PSI 07 - Central venous catheter-related blood stream infection rate
- PSI 08 - Postoperative hip fracture rate
- PSI 09 - Postoperative hemorrhage or hematoma rate
- PSI 10 - Postoperative physiologic and metabolic derangement rate
- PSI 11 - Postoperative respiratory failure rate
- PSI 12 - Postoperative pulmonary embolism or deep vein thrombosis rate
- PSI 13 - Postoperative sepsis rate
- PSI 14 - Postoperative wound dehiscence rate
- PSI 15 - Accidental puncture or laceration rate
- PSI 16 - Transfusion reaction count
- PSI 17 - Birth trauma rate - injury to neonate
- PSI 18 - Obstetric trauma rate - vaginal delivery with instrument
- PSI 19 - Obstetric trauma rate - vaginal delivery without instrument
- PSI 90 - Patient Safety for Selected Indicators

Area-Level Indicators

- PSI 21 - Retained surgical item or unretrieved device fragment rate
- PSI 22 - Iatrogenic pneumothorax rate
- PSI 23 - Central venous catheter-related blood stream infection rate
- PSI 24 - Postoperative wound dehiscence rate
- PSI 25 - Accidental puncture or laceration rate
- PSI 26 - Transfusion reaction rate
- PSI 27 - Postoperative hemorrhage or hematoma rate

QR code: [QI Web Site: qualityindicators.ahrq.gov](http://qualityindicators.ahrq.gov)

AHRQ Pub. No. 13-M025-4-07
Replaces AHRQ Pub. No. 10-M053-4
September 2013

Рис. 3. Индикаторы безопасности пациента (AHRQ)

ствий; неблагоприятное событие; предотвратимое неблагоприятное событие; неблагоприятное событие, связанное с медикаментозным лечением; угроза безопасности пациента; критический инцидент. В таблице 1 даны определения этих терминов.

Модель «швейцарского сыра», или Кто виноват в ошибке?

Крупные техногенные катастрофы на нефтяных вышках, ядерных станциях и в авиации в 1980-х годах привели к развитию системного подхода к организации более безопасных рабочих мест и способствовали становлению корпоративной культуры безопасности.

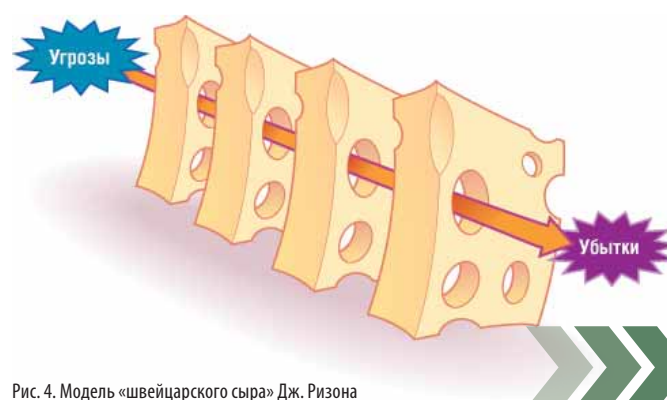


Рис. 4. Модель «швейцарского сыра» Дж. Ризона

Таблица 1

Термины, используемые в концепции безопасности пациента

№ пп	Термин	Определение
1.	Вред	Любое нарушение физического или психологического здоровья человека, как временное, так и постоянное. Как правило, классификация включает отсутствие вреда, легкий вред, вред средней тяжести, тяжкий вред и смерть
2	Инцидент без последствий	Любое происшествие, связанное с безопасностью пациента, которое могло причинить вред здоровью, однако было предотвращено, то есть в итоге констатируется отсутствие вреда (имеются альтернативные определения)
3	Неблагоприятное событие	Непреднамеренное причинение вреда пациенту вследствие оказания медицинской помощи. Традиционно для обозначения такого события применялся термин «ятрогения»
4	Предотвратимое неблагоприятное событие	Причинение вреда пациенту вследствие совершения неверных или ненадлежащих действий («ошибка вследствие нарушения протокола») или неправильного выполнения надлежащего действия («ошибка вследствие упущения»)
5	Неблагоприятное событие, связанное с медикаментозным лечением	Любой случай причинения вреда пациенту вследствие использования медицинских препаратов (как лекарственных средств, так и пищевых добавок). Эти события включают как реакции на медицинские препараты (то есть известные побочные эффекты, возникающие даже при надлежащем использовании средства), так и случаи ошибок в применении (в выборе дозы, пути введения и т. д.). Неблагоприятные события, вызванные такими ошибками в назначении медикаментозного препарата, часто называются предотвратимыми дефектами медикаментозного лечения
6	Угроза безопасности пациента	Любое непреднамеренное или неожиданное событие, которое могло причинить или причинило вред пациенту. К таким событиям относятся в том числе «инциденты без последствий». Термин «угроза безопасности пациента» предпочтительнее термина «ошибка», так как последний заранее несет более негативный оттенок
7	Критический инцидент	Термин впервые предложен в 1950-х годах и приобрел известность благодаря классическому исследованию Джона Купера (John Cooper), посвященному роли человеческого фактора в возникновении неблагоприятных событий при проведении анестезии. Купер с коллегами предложили широкой медицинской аудитории свой метод анализа критических инцидентов. При этом они определили критический инцидент как «важное или ключевое событие, как желательное, так и нежелательное». Купер и коллеги (а с тех пор и большинство ученых) сконцентрировались на событиях, имеющих потенциально нежелательные последствия. Такой подход легко объясним в свете расследования, предпринимаемого по следам события, что во многом схоже с анализом причинно-следственных связей. Поэтому признание события значимым или ключевым подразумевает наличие риска выраженного вреда или его фактическое причинение, а кроме того, возможность выявления потенциально опасных слабых мест в организации. Это хорошо отражает поговорка, популярная среди специалистов по повышению качества: «Каждый недостаток – это сокровище». Другими словами, эти события, будь то инцидент без последствий или катастрофа, причинившая значительный вред, предоставляют ценную возможность выявить субъективные и организационные факторы, устранение которых позволит предотвратить повторение подобных явлений в будущем

Такой подход применим и к здравоохранению – редко стоит возлагать всю вину на отдельно взятых врачей или медсестер, так как большую роль играют условия труда и система здравоохранения в целом.

Выдающийся психолог Джеймс Ризон (James Reason) предложил модель «швейцарского сыра» (рис. 4) для объяс-

нения роли множественных факторов в развитии неблагоприятных событий, а также последовательности их развития. Ключевыми элементами этой модели являются:

- Меры защиты, безопасности и предосторожности, предпринимающиеся для защиты пациента от определенных опасностей. Например, в

инфузионных насосах имеются сигналы тревоги, а анестезиолог напоминает хирургу о том, что необходимо убедиться в адекватной предоперационной подготовке пациента. Все эти меры могут иметь бреши наподобие дырок в швейцарском сыре. Однако в отличие от сыра эти дырки постоянно открываются, смыкаются и перемещаются. Наличие дырки лишь в одном «ломтике» обычно не ухудшает исход. Как правило, это случается, когда на некоторое время отворачивания во многих слоях выстраиваются в одну линию, создавая траекторию неблагоприятного события и приводя пациента в тесный контакт с опасностями.

Другой известный ученый, Йенс Расмуссен (Jens Rasmussen), предположил, что ошибки возникают вследствие недостатка навыков (например, в случае, если молодого хирурга просят выполнить лапаротомию), недостаточного соблюдения протоколов (например, пренебрежение мытьем рук перед процедурой) или недостатка знаний (например, неосведомленность о необходимости мониторинга уровня гентамицина в крови).

В связи с тем, что современные медицинские организации представляют собой крайне сложные системы, знание вопросов, касающихся обеспечения безопасности пациента, становится актуальным. Даже самые обычные задачи здравоохранения сегодня зависят от функционирования комплексных систем, объединяющих множество людей, процессов и технологий. В этих системах особая роль отведена медицинской сестре.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Панисар С.С. и соавт. Повышение качества медицинской помощи и безопасности пациентов в медицинских организациях. – Москва, ИГ «Гэотар-Медиа», 2016. – 160 с.
2. Institute of Medicine (IOM). To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academies Press, 2000.
3. Reason J. Human error: models and management // BMJ. 2000. Vol. 320, № 7237. P. 768–770.
4. Runciman W. et al. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms // Int. J. Qual. Health Care. 2009. Vol. 21, № 1. P. 18–21.

КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА ССМП

УРОКИ УСПЕШНОГО ПРИВЛЕЧЕНИЯ ВЫПУСКНИКОВ



■ **Локтев Павел Петрович**

Главный фельдшер бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Станция скорой медицинской помощи», председатель специализированной секции РАМС и ОПСА «Лечебное дело», г. Омск.

«Не в количестве знаний заключается образование, а в полном понимании и искусном применении всего того, что знаешь».

Адольф Вильгельм Дистервег

Служба скорой медицинской помощи является одним из важнейших звеньев в системе здравоохранения нашей страны. В настоящее время в Российской Федерации скорую медицинскую помощь обеспечивают 3268 станций и отделений, укомплектованные от общего количества бригад: в 31,4% – общепрофильными бригадами, в 7,5% – специализированными, 4,3% приходится на бригады интенсивной терапии и более чем 56% – на фельдшерские бригады. Ежегодно служба скорой медицинской помощи выполняет от 47 до 50 миллионов вызовов, оказывая медицинскую помощь более чем 50 миллионам граждан. Объем оказания населению медицинских услуг бригадами скорой медицинской помощи постоянно растет, что обусловлено снижением уровня жизни, недостаточным вниманием к профилактике заболеваний, увеличением числа травм и отравлений.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Станция скорой медицинской помощи» – крупнейшее медицинское учреждение, оказывающее скорую и неотложную меди-

цинскую помощь жителям областного центра. Актуальность системы скорой медицинской помощи бесспорна. По данным Росстата в ее услугах нуждается и обращается:

- каждый 3-й житель;
- каждый 10-й житель ежегодно госпитализируется по экстренным показаниям;
- более 60% объемов стационарной помощи оказывается в неотложном порядке;
- более 90% больничной летальности связано с экстренным порядком госпитализации, неотложными состояниями (травмы и отравления занимают первое место среди причин смерти у лиц трудоспособного возраста);
- за последние годы 80% ресурсов здравоохранения потребляется системой экстренной помощи.

В соответствии с Федеральным Законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», скорая медицинская помощь является видом медицинской помощи и оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Срочным является медицинское вмешательство, требующее соблюдения определенных требований к срокам начала его проведения, исчисляемых с момента обращения пациента, нуждающегося в медицинской помощи в экстренной или неотложной форме, в медицинскую организацию.

В нашем регионе станцию скорой медицинской помощи (СМП) представляют: 9 подразделений – подстанции территориально обособленных в городе и 32 в каждом районе области. Всего 97 бригад, что позволяет выполнить доезд до пациента в течение 20–30 минут.

На конец 2013 года процент укомплектованности специалистами, фельдшерами СМП, составлял 77,8%. Данная

ситуация ничем не отличалась от фактического положения со специалистами скорой помощи в РФ. Налицо выражена кадровая диспропорция системы скорой медицинской помощи, где доминируют специалисты со средним медицинским образованием, в том числе и специальности «Скорая и неотложная помощь» над врачебной.

По сути, фельдшер – основная единица штата СМП. В сравнении с врачебным штатом:

- более 75,5% специалистов со средним медицинским образованием;
- более 56% бригад – фельдшерские;
- более 59% вызовов обслуживаются фельдшерскими бригадами.

В 2015 году объем скорой медицинской помощи, оказанной жителям Омской области, составил 627,99 тысяч вызовов. Сегодня при сравнении количества выполненных вызовов четко отмечается увеличение процента от общего количества обслуженных пациентов фельдшерскими линейными бригадами.

На догоспитальном этапе врачебные и фельдшерские линейные бригады имеют равные возможности оказания скорой медицинской помощи населению.

Организация в структуре фельдшерских линейных бригад более экономична для системы здравоохранения, так как приводит к снижению расходов на содержание станции за счет экономии фонда оплаты труда, следовательно, прогнозируется увеличение в штате количества фельдшеров.

Основной целью деятельности службы СМП является:

- качественное оказание неотложной и скорой помощи всем категориям граждан, согласно принятым стандартам и порядкам;
- обеспечение удовлетворенности пациентов и их родственников полученной медицинской услугой.

Ситуация низкой укомплектованности фельдшерскими кадрами не могла

больше оставаться на прежнем уровне. С 2013 года было решено наладить контакт с колледжами по дополнительному профессиональному сотрудничеству по подготовке фельдшеров СМП.

В Омске действуют 3 медицинских колледжа, выпускники которых ежегодно пополняют ряды скорой помощи. Зачастую уровень подготовки в медицинских колледжах сводится к теоретической подготовке молодого специалиста, поэтому профессиональная адаптация на рабочем месте, связанная с изучением лечебно-диагностической аппаратуры, стандартов оказания СМП, затягивается на длительные временные промежутки, что может отражаться на оперативности и качестве оказания СМП. Чтобы избежать этого, начиная со второго курса мы проводим встречи и первичную профессиональную ориентацию со студентами колледжей, рассказываем о структуре, задачах службы скорой медицинской помощи. В данных мероприятиях широко принимают участие главный врач станции, заведующие и старшие фельдшера подстанций. Повышение престижа профессии и работа по привлечению кадров – вот основная цель данных встреч. В течение последующих лет обучения постоянно принимаем участие в научно-практических конференциях колледжа, конкурсах профессионального мастерства «Лучший фельдшер».

Большая работа проводится по организации и проведению выездных мастер-классов в медицинских колледжах. Заслуживает внимание организация мастер-классов по обеспечению проходимости верхних дыхательных путей, выполнению первичных реанимационных мероприятий, катеризации периферических вен, а также конференций по инфекционной безопасности, острому коронарному синдрому с отработкой практических навыков по интерпретации данных электрокардиограмм. Огромная часть практических навыков отрабатывается на преддипломной практике. Старшие фельдшеры подстанций еже-



К моменту прохождения преддипломной практики основная часть студентов уже ориентирована на работу в должности фельдшера скорой медицинской помощи.

дневно занимаются со студентами, которые на практике изучают и могут анализировать сложившуюся ситуацию, принимают решения в пределах своих должностных обязанностей и компетенций, учатся выстраиванию коммуникаций в профессиональной деятельности с соблюдением этических и психологических принципов, а также соблюдению прав пациента в процессе оказания медицинской помощи и работе с нормативно-правовой документацией. Студенты приобретают навыки обследования пациента и определение тяжести его состояния в экстренных случаях на догоспитальном этапе, при состояниях угрожающих жизни – применять первичный реанимационный комплекс, осуществлять транспортировку пациента при оказании первой медицинской помощи вследствие воздействия основных поражающих факторов природных и техногенных катастроф.

За время прохождения практики проходит практическое освоение работы со всей лечебно-диагностической аппаратурой, используемой на бригадах скорой помощи. После занятий студенты сдают практический зачет по работе с медицинским оборудованием и теоретическим знаниям инструкций, тактике и стандартам оказания СМП.

Цель подобного подхода к организации дополнительного образования – совершенствование имеющихся компетенций и приобретение специальных компетенций, необходимых для профессиональной деятельности в рамках квалификации фельдшера скорой помощи.

Главный фельдшер принимает активное участие в разработке программ профессиональных модулей, учебных и производственных практик, проводит практические занятия со студентами при прохождении практик. С 2013 года главный фельдшер является председателем Государственной экзаменационной комиссии по специальности «Лечебное дело» и внешним экспертом квалификационного экзамена профессиональных модулей БПОУ ОО «Медицинский колледж». Подобная практика тесного контакта с медицинскими колледжами по дополнительной профессиональной подготовке дала свои результаты. Все молодые специалисты, принятые на работу, быстрее проходят профессиональную адаптацию, так как основы теоретической и практической работы на скорой помощи получены в колледже и на практиках. Работа с медицинскими колледжами принесла положительный баланс и в кадровый ресурс станции. Если в 2013 году на станцию скорой медицинской помощи было принято только 39 молодых специалистов, то в 2014 году – уже 66 молодых специалистов, а в 2015 году – 79 молодых специалистов пришли на должности фельдшера скорой меди-



цинской помощи. Процент укомплектованности фельдшерами вырос за счет привлечения молодых специалистов с 77,8% в 2013 году до 91,2% в 2015 году.

Социальное партнерство между колледжами и станцией скорой медицинской помощи основано на взаимной заинтересованности в конечном результате.

Колледж получает возможность:

- осуществлять практико-ориентированное обучение студентов;
- привлекать для учебной и практической работы со студентами высококвалифицированных специалистов из ССМП;
- формировать единые требования к уровню компетентности выпускников и критерии контроля уровня подготовки;
- совместно координировать процесс профессиональной адаптации студентов;
- проводить исследовательскую работу, формируя временные творческие коллективы из сотрудников колледжа и медицинских организаций;
- участвовать в совместных мероприятиях с медицинскими организациями.

Станция скорой медицинской помощи получает возможность:

- приобретать специалистов, подготовленных на основе единства требований к уровню компетентности, требующих минимальной адаптации на рабочем месте;

- осуществлять работу по непрерывному образованию фельдшера СМП;
- получать помощь в организации и проведении конференций, семинаров, мастер-классов.

Еще один метод привлечения в свою профессию – это обретение навыков через работу младшим медицинским персоналом на подстанции. После первых встреч в колледжах на работу в должности младшего персонала приходит много студентов. На начало 2016 года из 89 работающего младшего персонала – 47 студенты медицинских колледжей, что составляет 53% от общего числа работающего младшего персонала. И, как показывает практика, ежегодно 99,4% выпускников, получивших такой опыт, устраиваются на работу в должности фельдшера СМП.

С целью профессиональной, психологической, социально-психологической и организационной адаптации молодого специалиста организована работа по наставничеству. Наставником становится опытный, имеющий квалификационную категорию специалист со стажем работы не менее 5 лет. Молодой специалист, основной целью которого, скорее всего, является получение практического опыта, стажа, во время адаптации должен убедиться в том, что именно здесь он получит воз-

можность для профессионального роста, причем как администрация, так и коллектив готовы ему способствовать и приветствуют его профессиональные амбиции. При адаптации сотрудника необходима обратная связь, поэтому существенную роль играют периодические беседы с новичком. Основная задача этих бесед – получение информации следующего характера:

- удовлетворен ли новый сотрудник содержанием и условиями выполнения работы, своим статусом, оплатой труда, перспективами, возможностями для реализации своего потенциала;
- сохраняется ли у него интерес к профессии, стремится ли он к профессиональному росту, соответствуют ли его возможностям сложность и ответственность выполняемых им задач;
- насколько комфортны для него взаимоотношения в коллективе, дает ли работа ощущение уверенности в своих силах, считает ли он справедливым оценку его работы со стороны сослуживцев и руководства;
- приемлем ли для него уровень психологического напряжения и физической усталости во время работы, не испытывает ли он воздействия каких-либо стрессовых факторов. Своевременное полу-

Молодой специалист должен увидеть, что администрация и коллектив приветствуют его профессиональные амбиции.

чение информации о проблемах в процессе адаптации поможет сгладить затруднения и сформирует у него чувство защищенности и удовлетворенности своей работой, заложит основы для последующего профессионального и карьерного роста.

С целью оптимизации системы наставничества проведено анкетирование молодых специалистов, специалистов со стажем, не являющихся наставниками и наставников. Большинство респондентов (91%) отметили положительное влияние наставничества на подготовку молодых специалистов и только 9% отметили незначительное влияние.

Большая роль в работе по привлечению молодых специалистов в профессию и их профессиональному развитию отводится специализированной секции «Лечебное дело» Омской профессиональной сестринской ассоциации. Необходимо профессионально сформировать направления деятельности специализированной секции и определить роль фельдшера СМП в повышении качества оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе. Научно-практический тандем между станцией скорой медицинской помощи и Омской профессиональной сестринской ассоциацией будет способствовать профессиональному развитию сотрудников станции и студентов медицинских колледжей.

Специализированная секция «Лечебное дело» осуществляет свою деятельность в соответствии со стратегией Ассоциации медицинских сестер России на 2015–2020 годы. Чтобы сохранить и укрепить потенциал профессии фельдшера, необходимы непрерывные, последовательные и целенаправленные усилия лидеров, отвечающих за функционирование и развитие специализированной секции. Роль специализированной секции «Лечебное дело» направлена на разработку профессиональных стандартов деятельности фельдшера СМП, которые обусловлены:

- необходимостью повышения качества медицинской помощи;
- дисбалансом между спросом и предложением квалифицированных специалистов;

- необходимостью повышения качества профессионального образования;
- потребностью систематизации профессий и должностей медицинского персонала;
- отсутствием единых квалификационных требований к трудовым функциям сестринского персонала.

Совершенствование программ наставничества что приведет к формированию благоприятного климата в коллективах, атмосфере поддержки и сотрудничества, предупреждению развития синдрома профессионального выгорания.

Внедрение системы наставничества даст ощутимые результаты, такие как:

- снижение текучести кадров во время и после испытательного срока;
- уменьшение затрат на адаптацию нового персонала;
- мотивация сотрудников на результат работы;
- обучение персонала на рабочем месте без отрыва от производства.

Обучение – это сложный и многогранный процесс. Приобретение знаний от коллег во время осмотра пациентов на рабочем месте может быть эффективным. Например, наблюдение за работой других, более опытных специалистов, или обучение у наставников. Важным в процессе обучения является не только присутствие, а активное участие в процессе обучения, заинтересованное выполнение процедур и манипуляций, самостоятельное изучение учебных материалов в библиотеке, на CD-дисках дистанционного обучения.

Работа на современном медицинском оборудовании с применением новых стандартов требует от фельдшера дополнительной подготовки. Среди дополнительных образовательных мероприятий, проводимых на станции для молодых специалистов и студентов медицинских колледжей, заслуживают внимание мастер-классы:

«Выполнение первичного реанимационного комплекса», проводимый в целях улучшения качества оказания неотложной помощи через формирование единых подходов к проведению реанимационных мероприятий;

- «Методика работы со шприцевыми насосами»;
- «Методики внутрикостной инфузии на догоспитальном этапе».

По плану постоянно проводятся технические учебы, семинары по работе с лечебно-диагностической аппаратурой. В обучающих мероприятиях всегда участвуют и студенты медицинских колледжей во время производственных практик.

Особое место в условиях реформы здравоохранения занимает система дополнительного профессионального образования. Она играет огромную роль в повышении социального престижа специалистов со средним медицинским образованием – как в самой отрасли, так и в обществе в целом.

Хотелось бы акцентировать внимание на возможности и необходимости непрерывного профессионального обучения в виде тренингов, мастер-классов. Регулярные тренинги приведут к повышению профессионализма и качеству оказания неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе. В настоящее время роль симуляционных технологий в медицинском образовании существенно возросла. Назрела необходимость использования таких технологий при обучении фельдшеров СМП и студентов медицинских колледжей.

Организация дополнительной профессиональной подготовки с применением симуляторов различной направленности в медицинских организациях может стать основной обучающей силой по формированию и совершенствованию практических навыков и внедрению накопительной системы повышения квалификации специалистов по лечебному делу и скорой медицинской помощи.

В современных условиях эффективность труда фельдшера во многом зависит от его профессионального совершенствования и требует от него постоянного развития общих и профессиональных компетенций. Таким образом, теория и практика едины в выработке у студентов творческого подхода к изучению выбранной профессии. Причем только самостоятельная деятельность студентов под руководством опытного преподавателя играет решающую роль в становлении высококомпетентного специалиста.

Опыт внедрения сестринских алгоритмов в приемно-диагностическом отделении многопрофильной больницы



Зинетулина Н.Х.

Главный врач Городской клинической больницы № 1



Аверин А.В.

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



стационар – центр ранней реабилитации, что является наиболее оптимальным с точки зрения быстрого восстановления здоровья пациентов и улучшения социального прогноза.

Приемно-диагностическое отделение

Целями работы приемно-диагностического отделения (ПДО) ГKB № 1 являются: оказание медицинской помощи в минимально короткие сроки всем доставленным и обратившимся пациентам в соответствии с утвержденными стандартами и порядками оказания медицинской помощи по профилю патологии; оказание скорой и неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе в соответствии с утвержденным порядком оказания скорой медицинской помощи; осуществление взаимодействия со всеми заинтересованными службами МО и сторонними организациями в интересах пациента; совершенствование организации, повышение оперативности и качества оказания не-

отложной медицинской помощи, а также повышение экономической эффективности деятельности МО на основе внедрения и широкого использования современных ресурсосберегающих медицинских технологий.

В соответствии с указанными целями ПДО осуществляет следующие функции:

1. **Прием, осмотр и обследование пациентов**, поступивших в ПДО по установленным каналам госпитализации (направление Минздрава Чувашии, разрешение главного врача, направление поликлиники, перевод из другой МО, самотек).

2. **Распределение потока поступающих в ПДО на плановых и экстренных больных**. Сортировка экстренных больных по характеру, тяжести и профилю заболевания, определение профильного отделения для госпитализации.

3. **Организация диагностического процесса**: проведение врачебного осмотра, выполнение необходимых диагностических лабораторных и инстру-

Городская клиническая больница № 1 (ГКБ № 1) – это многопрофильная медицинская организация (МО), которая является одной из крупнейших больниц г. Чебоксары. За год в ней проходят лечение более 18 тысяч пациентов, проводится около 7 тысяч операций. Больница представляет собой комплекс, состоящий из стационара, трех поликлиник, четырех офисов врача общей практики, двух роддомов и женской консультации.

В настоящее время в ГКБ № 1 организованы замкнутые циклы диагностики и лечения на основе имеющихся подразделений и клинических баз. Внедрен комплексный подход к лечению пациентов за счет создания системы: диагностический комплекс –

ментальных исследований, включая консультации врачей-специалистов по показаниям.

4. Динамическое наблюдение за пациентами, находящимися в ПДО до выяснения диагноза (при подозрении на инфекционное заболевание – в изоляторе) либо до купирования неотложного состояния и принятия окончательного решения по тактике ведения пациента.

5. Оказание скорой и неотложной медицинской помощи на территории обслуживания гражданам, находящимся вне МО, в пути следования, при непосредственном обращении в МО, при состояниях, не требующих срочного медицинского вмешательства.

6. Организация переводов пациентов в профильные отделения стационара или в стационары других МО; перевод на амбулаторно-поликлинический этап лечения пациентов, не имеющих показаний для госпитализации.

7. Учет доставленных и обратившихся в ПДО пациентов.

8. Проведение санитарной обработки пациентов, направляемых в отделение стационара (по показаниям).

9. Оформление и ведение в установленной форме утвержденной медицинской и учетной документации, оформление информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от медицинского вмешательства, в том числе отказа от госпитализации пациента, подлежащего стационарному лечению.

10. Получение сведений о движении пациентов и равномерная загрузка отделений согласно профилю.

11. Взаимодействие и обеспечение преемственности в работе со службами скорой медицинской помощи, службами неотложной помощи, участковыми службами и офисами общей врачебной (семейной) практики городских и районных поликлиник по оказанию неотложной диагностической и лечебной помощи пациентам при острых состояниях.

12. Передача телефонограмм в службу «02» дежурной части ГУВД г. Чебоксары обо всех случаях обращения в ГКБ № 1 граждан с телесными повреждениями насильственного характера.

13. Поддержание постоянной готовности ПДО к работе в условиях

возникновения чрезвычайных ситуаций и при выявлении пациентов с особо опасными инфекциями.

Отделение оснащено согласно таблице оборудования больниц и поликлиник и включает в себя систему кабинетов соответственно потокам пациентов. Все кабинеты в ПДО оборудованы по единым методическим рекомендациям. Оснащение ПДО дает возможность достойно справиться с самыми сложными задачами, которые ставит перед врачами диагностический поиск.

Работа ПДО такова, что оно функционально связано со всеми отделениями ГКБ № 1 и пользуется всеми лечебно-диагностическими возможностями, которыми располагает стационар.

Отделение располагается на первом этаже современного двенадцатиэтажного корпуса больницы. Имеет просторные светлые комнаты для осмотра пациентов, кабинеты, где ведут прием специалисты, реанимационную палату, куда поступают пациенты в тяжелом состоянии и пострадавшие, требующие проведения реанимационных мероприятий.

В отделении внедрены новые технологии, которые позволяют оптимизировать работу персонала. Так, распределение больных на два потока – экстренных и плановых пациентов, позволяет выделить группу пациентов, нуждающихся в неотложной помощи, организовать своевременное проведение неотложных мероприятий, необходимое обследование, консультации специалистов и первоочередное направление их на лечение в специализированное отделение. Оказание неотложной медицинской помощи в ПДО построено на реализации таких принципов, как ее доступность, оперативность и качество. Важным принципом организации работы ПДО является территориальное объединение на его базе экстренных лечебно-диагностических подразделений (рентгенологический кабинет, клинико-диагностическая лаборатория, кабинет эндоскопии, УЗИ, электрокардиографии, магнитно-резонансной томографии, процедурная и необходимые вспомогательные кабинеты). Максимальная полнота обследования, объем лечебных мероприя-

тий, достаточный для купирования неотложного состояния, позволяют существенно сократить время пребывания пациента в отделении.

В отделении работают высококвалифицированные специалисты, многие из которых имеют высшую квалификационную категорию. Огромную роль в работе отделения играет сестринский персонал. Медицинской сестрой ПДО может работать только квалифицированный специалист соответствующего уровня и профиля, компетентный, ответственный, свободно владеющий своей профессией и ориентированный в смежных специальностях, готовый к постоянному профессиональному росту.

Руководство средним и младшим медицинским персоналом отделения осуществляет старшая медицинская сестра, выполняющая следующие обязанности:

- организация труда среднего и младшего медицинского персонала отделения и контроль выполнения ими своих обязанностей;
- обеспечение рабочих условий для врачей и общий порядок в ПДО, контроль наличия необходимых медицинских бланков;
- обеспечение правильности расстановки кадров сестринского и младшего медицинского персонала с прикреплением каждого из них к определенным объектам обслуживания, с последующим утверждением заведующим отделением;
- своевременное замещение медицинских сестер и санитарок, не вышедших на работу;
- обеспечение систематического пополнения отделения медицинским инструментарием, медикаментами, предметами ухода за пациентами, их распределение и контроль использования;
- обеспечение сохранности имущества и медицинского инвентаря в ПДО и своевременный ремонт оборудования;
- контроль своевременного и точного выполнения назначений врачей медицинскими сестрами путем проведения регулярных обходов отделения;
- контроль качества санитарной обработки поступивших пациентов;

- составление графика работы, ведение табеля «Учета использования рабочего времени» сотрудников ПДО;
- контроль выполнения сестринским и младшим медицинским персоналом правил внутреннего трудового распорядка;
- контроль надлежащего санитарно-гигиенического состояния помещений ПДО;
- обеспечение правильности хранения и учета сильнодействующих, ядовитых и наркотических средств;
- контроль выполнения принципов лечебно-охранительного режима;
- контроль выполнения планов повышения квалификации сестринского и младшего медицинского персонала ПДО, проведение практических занятий с медицинскими сестрами и младшим медицинским персоналом;
- систематическое повышение своей профессиональной квалификации;
- ведение необходимой учетно-отчетной документации;
- участие в работе Совета медицинских сестер и научно-практических сестринских конференциях;
- контроль правильного сбора, хранения и удаления отходов;
- знание и соблюдение «Этического кодекса медицинской сестры».

Медицинская сестра ПДО одной из первых среди работников больницы встречает пациента, поступающего в медицинскую организацию. За короткое время она должна собрать большой объем информации о нем и принять решение о направлении его к другим специалистам. Такая специфика работы требует от этого работника особого уровня компетентности.

Роль медицинской сестры ПДО

Согласно модели организации медицинского обслуживания в ПДО медицинской сестре отведена более значительная роль, нежели ранее. Повышение качества сестринской помощи, своевременное и четкое выполнение всего объема лечебно-диагностических мероприятий – все это возможно при слаженной работе врача и медицинской сестры. В этих

условиях медицинская сестра – не просто помощник врача и исполнительница его назначений, она берет на себя определенный объем работы и выполняет ее профессионально и с полной ответственностью.

С целью оптимизации сестринской деятельности в ГКБ № 1 разработаны алгоритмы действий сестринского персонала ПДО при наиболее часто встречающихся клинических ситуациях (Приложение).

Медицинская сестра ПДО осуществляет:

- сбор жалоб пациента, поступившего «самотеком», и направление его к дежурному врачу;
- осмотр на педикулез, измерение температуры тела, выполнение процедур и манипуляций, назначенных врачом;
- вызов консультантов и лаборантов в ПДО по назначению врача;
- извещение врача ПДО в случае задержки срочных консультаций для принятия соответствующих мер;
- наблюдение за состоянием пациентов, находящихся в изоляторе, и за своевременным выполнением всех указаний врача по их обследованию и лечению;
- своевременную передачу телефонограмм в отделение полиции, активные вызовы в поликлиники города, экстренные извещения в Роспотребнадзор о подозрении или наличии у пациентов инфекционных заболеваний, укусах клещей, укусах животных;
- контроль качества санитарной обработки пациентов;
- забор кала, мочи, рвотных масс и промывных вод пациентов для лабораторного исследования;
- получение у старшей медицинской сестры ПДО медикаментов и обеспечение их хранения;
- контроль санитарного состояния в отделении и работы младшего медицинского персонала;
- ведение необходимой учетно-отчетной документации;
- систематическое повышение профессиональной квалификации путем посещения занятий и конференций, организуемых для сестринского персонала в ГКБ № 1 и ПДО;

- соблюдение «Этического кодекса медицинской сестры».

Обязанности медицинского регистратора

Медицинский регистратор осуществляет:

- подготовку своего рабочего места перед началом работы с контролем наличия необходимой документации, бланков, проверку исправности средств связи и оргтехники;
- регистрацию пациентов, поступивших в ПДО для получения медицинских услуг;
- заполнение паспортной части медицинской карты стационарного больного (форма № 003/у);
- соблюдение правил внутреннего распорядка и трудовой дисциплины;
- выполнение требований медицинской этики;
- выполнение инструкций и распоряжений при возникновении аварийных ситуаций (пожара, выявления особо опасных инфекций);
- выполнение правил по охране труда и технике безопасности с ежегодным инструктажем на рабочем месте.

Известно, что от эффективности работы ПДО в огромной степени зависит качество и результат медицинской помощи, оказанной пациенту в МО.

Внедрение сестринских алгоритмов в практическую деятельность медицинских сестер ПДО позволило повысить качество оказания сестринской помощи. Сократились временные затраты на оказание медицинской помощи, что позволило больше времени уделять пациенту. Применение сестринских алгоритмов в ежедневной практической деятельности медицинской сестры сделало ее работу более профессиональной, обеспечило безопасность и удобство выполнения основных профессиональных обязанностей, позволило быстро и качественно обеспечить реализацию лечебно-диагностического процесса. Опыт внедрения сестринских алгоритмов в ПДО ГКБ № 1, г. Чебоксары с полным основанием можно считать положительным.

Алгоритм сестринских действий при поступлении пациента с болями в области живота

I. Нозологии	II. Сестринские действия при работе с пациентом	III. Сестринские действия при работе с родственниками пациента	IV. Сестринские вмешательства
1. Острый панкреатит. 2. Острый холецистит. 3. Перфоративная язва. 4. Кишечная непроходимость. 5. Абдоминальная форма инфаркта миокарда. 6. Острый аппендицит. 7. Тромбоз мезентеральных сосудов. 8. Расслаивающаяся аневризма аорты. 9. Внематочная беременность. 10. Апоплексия яичника. РИСКИ 1. Шок (болевого, кардиогенный, гиповолемический, геморрагический и др.). 2. Коллапс. 3. Аспирация при рвоте.	1. Представиться пациенту и установить с ним психологический контакт. (Обращаться к нему по имени и отчеству). 2. Проинформировать пациента о ходе предстоящих манипуляций. 3. Ориентировать пациента на детализацию жалоб ко времени прихода врача. Указать время прихода врача. 4. Соблюдать этические аспекты деятельности: • доброжелательно вести диалог с пациентом; • давать указания четко и спокойно; • отвлечь пациента от мрачных мыслей; • не реагировать на грубые, оскорбительные высказывания пациента; • при асоциальности пациента не фиксировать внимание на его неправильном поведении. 5. Обеспечить соблюдение личной гигиены пациента. (Пациентам, способным к самообслуживанию, указать места для проведения гигиенических мероприятий; лежащим пациентам обеспечить своевременный уход и проведение гигиенических процедур).	1. Представиться родственникам пациента и установить с ними психологический контакт. 2. Использовать членов семьи для сбора информации о пациенте (в случае если пациент не контактен). 3. Соблюдать принципы Этического кодекса медицинской сестры России.	1. ЭКГ (если не выполнили на скорой). 2. Общий анализ крови, общий анализ мочи. 3. Провести измерение: • артериального давления; • частоты сердечных сокращений; • пульса; • частоты дыхательных движений; • температуры тела. Об их отклонениях от нормы доложить врачу! Вызвать дежурного врача приемно-диагностического отделения! Экстренно! Обеспечить доступ к вене пациента, подключить к ней систему для внутривенных капельных вливаний.

Алгоритм сестринских действий при поступлении пациента с открытым ранением

I. Нозологии	II. Сестринские действия при работе с пациентом	III. Сестринские действия при работе с родственниками пациента	IV. Сестринские вмешательства
1. Открытое ранение. РИСКИ 1. Шок. 2. Эвентрация внутренних органов.	1. Представиться пациенту и установить с ним психологический контакт. (Обращаться к нему по имени и отчеству). 2. Проинформировать пациента о ходе предстоящих манипуляций. 3. Соблюдать этические аспекты деятельности: • доброжелательно и вежливо вести диалог с пациентом; • давать указания четко и спокойно; • отвлечь пациента от мрачных мыслей; • не реагировать на грубые, оскорбительные высказывания пациента; • при асоциальности пациента не фиксировать внимание на его неправильном поведении.	1. Представиться родственникам пациента и установить с ними психологический контакт. 2. Использовать членов семьи для сбора информации о пациенте (в случае если пациент не контактен). 3. Соблюдать принципы Этического кодекса медицинской сестры России.	1. ЭКГ (если не выполнили на скорой). 2. Общий анализ крови, общий анализ мочи. 3. Провести измерение: • артериального давления; • частоты сердечных сокращений; • пульса; • частоты дыхательных движений; • температуры тела. Об их отклонениях от нормы доложить врачу! 4. Взять кровь на алкоголь. 5. Передать информацию в органы МВД. Вызвать дежурного врача приемно-диагностического отделения! Экстренно! Обеспечить доступ к вене пациента, подключить к ней систему для внутривенных капельных вливаний.

Алгоритм сестринских действий при поступлении пациента с желудочно-кишечным кровотечением

I. Нозологии	II. Сестринские действия при работе с пациентом	III. Сестринские действия при работе с родственниками пациента	IV. Сестринские вмешательства
- Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. - Эрозивный гастрит. - Варикозное расширение вен пищевода. - Синдром Мелори-Вейса. ↓ РИСКИ ↓ - Шок (болевого, кардиогенный, гиповолемический, геморрагический и др.). - Коллапс. - Аспирация при рвоте.	- Представиться пациенту и установить с ним психологический контакт. (Обращаться к нему по имени и отчеству). - Проинформировать пациента о ходе предстоящих манипуляций. - Ориентировать пациента на детализацию жалоб ко времени прихода врача. Указать время прихода врача. - Соблюдать этические аспекты деятельности: - доброжелательно и вежливо вести диалог с пациентом; - давать указания четко и спокойно; - отвлечь пациента от мрачных мыслей; - не реагировать на грубые, оскорбительные высказывания пациента; - при асоциальности пациента не фиксировать внимание на его неправильном поведении. - Обеспечить соблюдение личной гигиены пациента. (Пациентам, способным к самообслуживанию, указать места для проведения гигиенических мероприятий; лежащим пациентам обеспечить своевременный уход и проведение гигиенических процедур).	- Представиться родственникам пациента и установить с ними психологический контакт. - Использовать членов семьи для сбора информации о пациенте (в случае если пациент не контактен). - Соблюдать принципы Этического кодекса медицинской сестры России.	- ЭКГ (если не выполнили на скорой). - Общий анализ крови, общий анализ мочи. - Провести измерение: - артериального давления; - частоты сердечных сокращений; - пульса; - частоты дыхательных движений; - температуры тела. ↓ Об их отклонениях от нормы доложить врачу! ↓ 4. Продолжение выполнения назначений врача скорой медицинской помощи (инфузионная терапия, контроль катетера в периферической вене). ↓ Вызвать дежурного врача приемно-диагностического отделения! ↑ Экстренно! Обеспечить доступ к вене пациента, подключить к ней систему для внутривенных капельных вливаний.

Алгоритм сестринских действий при поступлении пациента с болями в области грудной клетки

I. Нозологии	II. Сестринские действия при работе с пациентом	III. Сестринские действия при работе с родственниками пациента	IV. Сестринские вмешательства
- Нестабильная стенокардия / острый инфаркт миокарда. - Расслаивающаяся аневризма аорты. - Тромбоэмболия легочной артерии. - Пневмоторакс. - Пневмония / плеврит. - Остеохондроз грудного отдела позвоночника. - Межреберная невралгия. - Травма грудной клетки. ↓ РИСКИ ↓ - Отек легких. - Кардиогенный шок. - Болевой шок. - Инфекционно-токсический шок. - Клиническая смерть.	- Представиться пациенту и установить с ним психологический контакт. (Обращаться к нему по имени и отчеству). - Проинформировать пациента о ходе предстоящих манипуляций. - Ориентировать пациента на детализацию жалоб ко времени прихода врача. Указать время прихода врача. - Соблюдать этические аспекты деятельности: - доброжелательно и вежливо вести диалог с пациентом; - давать указания четко и спокойно; - отвлечь пациента от мрачных мыслей; - не реагировать на грубые, оскорбительные высказывания пациента; - при асоциальности пациента не фиксировать внимание на его неправильном поведении. - Обеспечить соблюдение личной гигиены пациента. (Пациентам, способным к самообслуживанию, указать места для проведения гигиенических мероприятий; лежащим пациентам обеспечить своевременный уход и проведение гигиенических процедур).	- Представиться родственникам пациента и установить с ними психологический контакт. - Использовать членов семьи для сбора информации о пациенте (в случае если пациент не контактен). - Соблюдать принципы Этического кодекса медицинской сестры России.	- ЭКГ (если не выполнили на скорой). - Общий анализ крови, общий анализ мочи. - Провести измерение: - артериального давления; - частоты сердечных сокращений; - пульса; - частоты дыхательных движений; - температуры тела. ↓ Об их отклонениях от нормы доложить врачу! ↓ Вызвать дежурного врача приемно-диагностического отделения! ↑ Экстренно! Обеспечить доступ к вене пациента, подключить к ней систему для внутривенных капельных вливаний.

Мультидисциплинарный подход к реабилитации пациентов с двигательными нарушениями



■ Цибулина С.Б.

Главная медицинская сестра ГАУЗ ТО «Детский психоневрологический лечебно-реабилитационный центр "Надежда"», председатель специализированной секции «Восстановительная медицина и реабилитация» ТРОО ТОПСА

Детский церебральный паралич является самой распространенной причиной детской инвалидности. Причиной заболевания является поражение отдельных отделов головного мозга при остром или хроническом воздействии повреждающих факторов на центральную нервную систему плода в большей степени во время беременности, во время родов или в течение 7 дней после рождения. При этом важно понимать, что болезнь различается по степени тяжести и воздействию на различные группы мышц. Двигательные нарушения проявляются по-разному: от неловкой походки до полного отсутствия движений. При этом заболевании наблюдается как поражение опорно-двигательного аппарата различной степени тяжести, зачастую приводящее к тяжелой инвалидизации, так и изменения в работе внутренних органов, интеллектуальные и характерологические нарушения. Количество пациентов с ДЦП в мире варьирует от 1–3 детей на 1000 родившихся.

Изменения центральной нервной системы, приводящие к формированию церебрального паралича, излечить невозможно, но это не означает, что нельзя помочь больному церебральным параличом. При упорной реабилитационной помощи даже детям с тяжелыми формами ДЦП можно до-

биться хороших результатов. Для полноценной качественной реабилитации необходим тандем медицинских работников и родителей: родителям невозможно добиться результатов без опыта и знаний специалистов, но и труд медицинских работников не будет результативен без ежедневной кропотливой работы, постоянных занятий родителями с ребенком. Для этого важна правильно поставленная цель реабилитации, базирующаяся на объективной оценке реабилитационного прогноза, в большей степени заключающаяся в профилактике вторичных ортопедических осложнений.

Наибольшего эффекта в лечении можно добиться в совместной работе мультидисциплинарной команды – педиатр, невролог, ортопед, физиотерапевт, медицинская сестра по физиотерапии, медицинская сестра по массажу, врач по лечебной физкультуре, инструктор по лечебной физкультуре, педагог, психолог, логопед. О результатах реабилитации можно судить по изменению функционального класса с более тяжелого на более легкий.

Одним из лечебных учреждений Тюменской области, оказывающим специализированную медицинскую помощь пациентам с ДЦП, является ГАУЗ ТО «Детский психоневрологический лечебно-реабилитационный центр "Надежда"». Пропускная способность Центра (в том числе Тобольского филиала) составляет более 2500 реабилитационных курсов в год в условиях оказания амбулаторной помощи, а также круглосуточного и дневного стационаров.

Задачами Центра являются профилактика детской инвалидности; медико-психолого-педагогическая реабилитация детей-инвалидов; создание информационной системы по проблемам детской инвалидности; повышение квалификации кадров; оказание консультативно-методической помощи семьям, имеющим детей с ограниченными возможностями.

В процессе осуществления реабилитации Центр придерживается сле-

дующих принципов: раннее начало и непрерывность при этапном построении программы реабилитации; комплексность с разносторонними, но односторонними реабилитационными мероприятиями; индивидуальность в зависимости от нозологических форм, характера течения заболевания и возраста ребенка.

Используемые методики реабилитации: классический массаж; лечебная физкультура, занятия проходят по индивидуальной программе, в группах, на комплексных тренажерах, на тренажерах «Гросса», динамическая проприоцептивная коррекция с помощью костюмов «Адели», «Гравистат», занятия в пневмокомбинезоне «Атлант»; лечение методом биологической обратной связи на аппаратно-программных комплексах БОС; лечение положением (укладки); физиотерапевтические, рефлексотерапевтические методики; ботулинотерапия (введение препарата ботулотоксина типа А Диспорт в спастичные мышцы); электромиография, исследование вызванных потенциалов головного мозга.

Внедрение в деятельность Центра новых методик и направлений требует от персонала постоянного обучения. Врачи Центра в постоянном режиме проходят обучение новым методикам реабилитации пациентов с двигательными нарушениями для дальнейшего использования в работе. Полученные знания находят свое применение в практической деятельности. С пациентами работают с позиции командного подхода: врач-невролог ставит цель реабилитации, врач по лечебной физкультуре в зависимости от функционального класса и состояния ребенка разрабатывает программу, а инструктор по лечебной физкультуре и медицинская сестра по массажу не только чутко выполняют рекомендации, но и объясняют родителям важность и ценность каждого упражнения, и если есть желание у родителей обучиться основным упражнениям – то и обучают родителей.

Самое главное в реабилитации детей с двигательными нарушениями –



это не прекращать занятия физкультурой. Однако их проведение силами родителей в домашних условиях требует осторожности, так как у детей с ДЦП высок риск перелома костей из-за остеопороза. Обо всех тонкостях проведения занятий, а именно, об интенсивности, кратности проведения занятий и рассказывают инструктора по ЛФК. Специалисты Центра обучены научно обоснованным реабилитационным методикам, то есть используемые методики действительно улучшают состояние пациентов с двигательными нарушениями. Обучение проводится не только на курсах последипломного образования, но и внутри Центра по правилам работы с «особенными» детьми, детьми с нарушениями движения. Инструктор по лечебной физкультуре и медицинская сестра по массажу – специалисты полностью взаимозаменяемые, что позво-

ляет качественно улучшить медицинскую реабилитацию, так как реабилитация пациентов с двигательными нарушениями – процесс длительный, кропотливый и трудоемкий, для этого важно знать анатомические особенности развития двигательных нарушений, осуществлять профилактику возможных осложнений.

3 сентября 2015 года по инициативе и при поддержке ТРОО «Тюменская областная профессиональная сестринская ассоциация» на базе Центра «Надежда» был проведен обучающий семинар «Возможности реабилитации детей с двигательными нарушениями». На семинар были приглашены инструкторы по лечебной физкультуре, медицинские сестры по физиотерапии и медицинскому массажу учреждений города Тюмени и юга Тюменской области. Участники мероприятия обсудили разнообразные темы, касаю-

щиеся современных методов реабилитации, технических средств, физиотерапии, кинезиотерапии. Полезными стали два мастер-класса по лечебной физкультуре: проведение комплекса упражнений при помощи пневмокожуха «Атлант», тренажера «Гросса» и выполнение корригирующей укладки. В процессе работы семинара и показа мастер-классов участники имели возможность задать вопросы и получить ответ специалиста. По окончании семинара участникам были выданы сертификаты.

Самый важный аспект работы с персоналом – это обучение персонала, непосредственно оказывающего медицинскую помощь пациентам с двигательными нарушениями. Только сообща, используя свои знания и накопленный практический опыт, можно оказать качественную помощь пациентам с двигательными нарушениями.



СПИРОМЕТРИЯ:

стандарты проведения исследования



■ Неклюдова Г.В.

Ведущий научный сотрудник
лаборатории функциональной
и ультразвуковой диагностики
ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА
России, д-р. мед. наук



■ Черняк А.В.

Заведующий лабораторией
функциональной и ультразвуковой
диагностики ФГБУ «НИИ
пульмонологии» ФМБА России,
канд. мед. наук

Критерии качества спирометрии

При оценке качества выполненного исследования следует обращать внимание на следующие важные этапы и ошибки выполнения форсированного маневра.

Начало маневра. Для оценки правильности выполнения начала теста используется показатель объема обратной экстраполяции. Этот показатель не должен превышать 5% от ФЖЕЛ, или 0,150 л [1–3]. Увеличение объема экстраполяции происходит при медленном начале маневра форсированного выдоха (рис. 1). Во время исследования качество начала форсированного выдоха возможно оценить по форме петли «поток–объем»: $ПОС_{\text{выд}}$ должна быть достигнута максимально быстро после начала форсированного выдоха, участок петли между началом выдоха и

$ПОС_{\text{выд}}$ должен быть максимально прямым, при этом время до достижения пикового потока ($T_{\text{ПОС}_{\text{выд}}}$) не должно превышать 85 мс и $ПОС_{\text{выд}}$ должна превышать скорость после выдоха 25% ФЖЕЛ.

Завершение маневра. Для оценки достаточного экспираторного усилия пациента и определения момента завершения теста рекомендуется использовать 2 критерия:

1) Пациент не может продолжать выдох.

Длительность выдоха у детей от 5 до 10 лет должна составлять не менее 3 с, а у детей старше 10 лет и у взрослых – не менее 6 с. У пожилых пациентов с выраженной бронхиальной обструкцией для полного опорожнения легких нередко требуется больше 6 с, однако даже в этой ситуации не рекомендуется продолжать выдох больше 15 с. С другой стороны, выдох может быть завершен слишком рано даже при продолжительности форсированного выдоха более 6 с, если пациент перекрывает дыхательные пути надгортанником [1], что приводит к ложным результатам (рис. 2). В этом случае пациента просят отсоединиться от мундштука и еще раз подробно объясняют и демонстрируют проведение маневра форсированного выдоха.

Несмотря на активную словесную стимуляцию продолжать выдох как можно дольше, пациент может прекратить дыхательный маневр в любой момент, особенно при появлении дискомфортных ощущений.

2) Кривая «объем–время» выходит на плато, т. е. объем на спирограмме изменяется менее 25 мл за 1 с.

Если критерии завершения теста не выполнены, то полученные результаты не могут расцениваться как приемлемые.

Кашель, возникающий при выполнении теста, не должен прерывать дыхательный маневр. Кашель в первую секунду форсированного выдоха влияет на величину объема форсированного

выдоха за первую секунду ($ОФВ_1$), поэтому такие маневры не сохраняют.

Утечка воздуха из ротовой полости. При неплотном прилегании губ к загубнику возникает утечка воздуха из ротовой полости, что приводит к занижению спирометрических показателей. Некоторым пациентам со слабостью мышц, перенесшим мозговую инсульт, или просто пожилого возраста трудно герметично обхватывать загубник губами в течение всего исследования; в таких ситуациях следует рекомендовать пациенту дополнительно фиксировать губы вокруг загубника пальцами рук. Иногда причиной утечки могут быть съемные зубные протезы; в этом случае рекомендуется проводить исследование со снятыми протезами.

Обструкция загубника языком возникает, если язык попадает перед загубником.

Таким образом, технически приемлемый дыхательный маневр должен отвечать всем нижеперечисленным требованиям:

1. Выдох должен быть резким с самого начала (объем обратной экстраполяции кривой «объем–время», определяющий момент начала выдоха, должен быть менее 5% ФЖЕЛ или 150 мл (берется наибольший из этих показателей)) (рис. 3). В результатах исследования должна присутствовать величина объема обратной экстраполяции.

2. Выдох не должен прерываться кашлем на протяжении первой секунды форсированного выдоха.

3. Продолжительность выдоха должна составлять не менее 3 с для детей младше 10 лет и не менее 6 с у лиц старше 10 лет или кривая «объем–время» достигает плато (изменение объема в течение 1 с не должно превышать 25 мл).

4. Выдох должен проводиться с максимальным усилием от начала и до самого его конца (рис. 4).

5. На кривых «поток–объем» и «объем–время» отсутствуют артефакты.

Исследование считается завершенным, если выполнено не менее трех технически удовлетворительных маневра, соответствующих перечисленным критериям приемлемости (рис. 5), при этом должно выполняться правило воспроизводимости.

Воспроизводимость дыхательных маневров. Помимо технической приемлемости каждого маневра необходимо оценить степень вариабельности между ними (воспроизводимость). Критерии воспроизводимости включают [1–3] (рис. 6):

- разница между двумя наибольшими ФЖЕЛ не должна превышать 150 мл;
- разница между двумя наибольшими ОФВ₁ не должна превышать 150 мл.

Если абсолютные значения ФЖЕЛ не превышают 1 л, допустимая разница между ФЖЕЛ и ОФВ₁ должна составлять не более 100 мл.

Если разница между выполненными технически приемлемыми маневрами не соответствует этим критериям, рекомендуется провести дополнительные маневры, однако нежелательно выполнять за одно исследование более 8 маневров. Иногда между маневрами пациенту следует дать отдохнуть в течение нескольких минут. Если критерии воспроизводимости не достигнуты, то в конечном протоколе это следует указать.

Особенности спирометрии у детей

Спирометрия может выполняться у детей не моложе 5 лет [1, 2]. Большинство детей, начиная с возраста 9 лет, способны выполнить маневр форсированного выдоха, удовлетворяющий тем же критериям, которые применимы у взрослых пациентов [4], однако для детей до 9 лет необходимо соблюдать некоторые правила. Желательно, чтобы специалист, обследующий ребенка, имел опыт выполнения функциональных исследований у детей. В лаборатории, занимающейся обследованием маленьких детей, должна быть очень доброжелательная атмосфера, можно использовать игрушки, соответствующие возрасту маленьких пациентов. Перед началом исследования ребенку следует объяснить в доступной манере, что он должен делать. Хорошие результаты дает применение визуальной

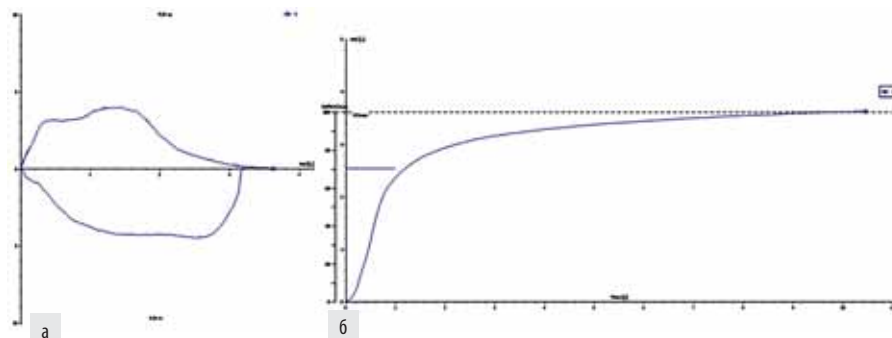


Рис. 1. Медленное начало форсированного выдоха – одна из ошибок при выполнении спирометрии:

а) кривая «поток–объем», б) спирограмма форсированного выдоха. Объем обратной экстраполяции = 6,07%, $T_{\text{пос. выд}} = 300$ мсек. Ошибка выполнения маневра лучше выявляется по кривой «поток–объем». Этот маневр не является технически приемлемым и его не следует сохранять.

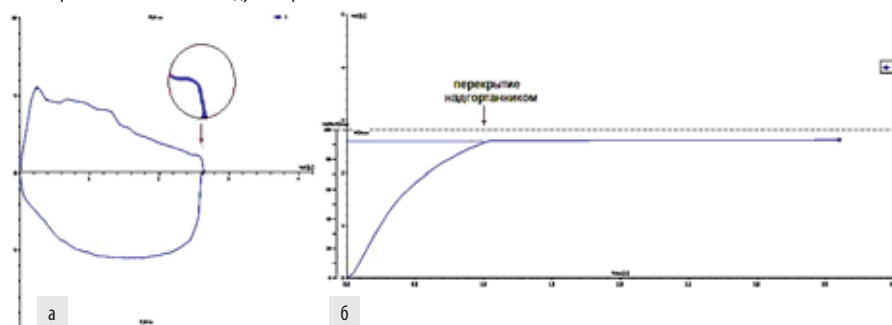


Рис. 2. Преждевременное завершение маневра – одна из ошибок при выполнении спирометрии:

а) по кривой «поток–объем» достаточно трудно оценить длительность выдоха, но резкий обрыв нисходящего колена кривой выдоха указывает на преждевременное прекращение потока в конце маневра, б) спирограмма форсированного выдоха позволяет определить, что длительность выдоха составила менее 6 с (3,58 с); также видно, что плато достигается уже через 1,1 с. Этот маневр не является технически приемлемым и его не следует сохранять.

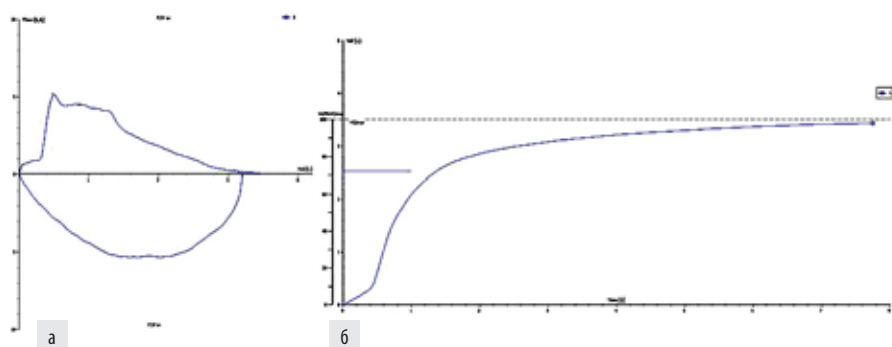


Рис. 3. Маневр форсированного выдоха с нерезким началом выдоха – одна из ошибок при выполнении спирометрии:

а) начальная часть экспираторной кривой «поток–объем» не является линейной, б) на спирограмме форсированного выдоха нарушается линейность в начале маневра. Объем обратной экстраполяции = 7,91%, $T_{\text{пос. выд}} = 95$ м/с. Этот маневр не является технически приемлемым и его не следует сохранять.

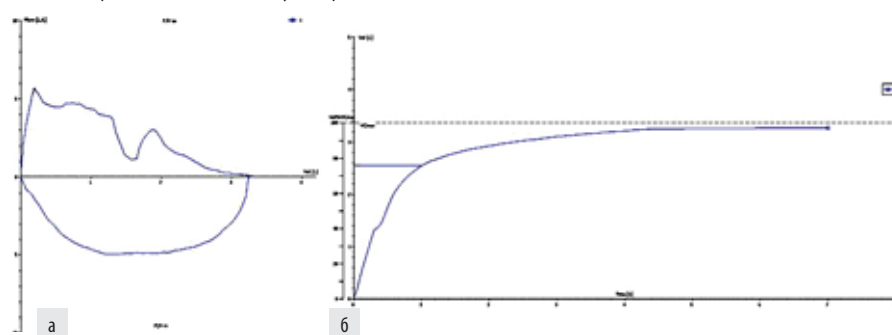


Рис. 4. Дыхательный маневр с разным усилием при выдохе – одна из ошибок при выполнении спирометрии:

а) нелинейный участок на кривой «поток–объем» между 1,2 и 2 л (кашель или изменение усилий), б) на спирограмме нарушается линейность на уровне 1,4 л (кашель или изменение усилий в течение 1 с форсированного выдоха). Объем обратной экстраполяции = 1,21%, $T_{\text{пос. выд}} = 36$ м/с, длительность выдоха более 6 с (7 с). Этот маневр не является технически приемлемым и его не следует сохранять.

«обратной связи» (изображение свечей или других картинок на дисплее спирометра, меняющихся при выполнении ребенком форсированного выдоха). Даже если первые попытки были неудачными, продолжение исследования в большинстве случаев позволяет ребенку привыкнуть к обстановке и лучше выполнить дыхательный маневр.

Во время тестирования исследователь должен внимательно наблюдать за ребенком для своевременного устранения утечки воздуха и контроля за правильностью выполнения дыхательного маневра. Для оценки качества выполненного маневра, как и у взрослых, используют метод обратной экстраполяции [2, 4]. Для детей младшего возраста преждевременным завершением маневра форсированного выдоха считается прекращение маневра на уровне более 10% от пиковой скорости выдоха. ФЖЕЛ и форсированные экспираторные потоки, полученные в таком маневре, не должны использоваться для анализа [4].

В идеале, при проведении спирометрии ребенку достаточно получить 2 приемлемые кривые «поток–объем», в которых ФЖЕЛ и ОФВ₁ отличаются не более чем на 100 мл, или 10% от максимальных значений. Но даже при получении единственной кривой, удовлетворяющей техническим требованиям, она может использоваться для анализа, однако в протоколе исследования должно быть отражено число технически удовлетворительных маневров и степень воспроизводимости результатов [2].

Выбор результата для анализа

ФЖЕЛ и ОФВ₁ выбирают не менее чем из трех воспроизводимых технически приемлемых маневров. Как у взрослых, так и у детей для анализа выбирают кривую с максимальными значениями ФЖЕЛ и ОФВ₁ [1, 3, 4]. Таким образом, проведение форсированной спирометрии можно представить следующим образом (рис. 7). Все спирометрические параметры измеряют при условиях окружающей среды ATPS (лабораторные условия): температура ($T_{атм}$) и давление ($P_{атм}$) окружающей среды, при полном насыщении водяным паром (P_{H_2O} = давление насыщенного пара при $T_{атм}$). Далее полученные данные преобразуются в условия измерения BTPS (условия организма): тем-

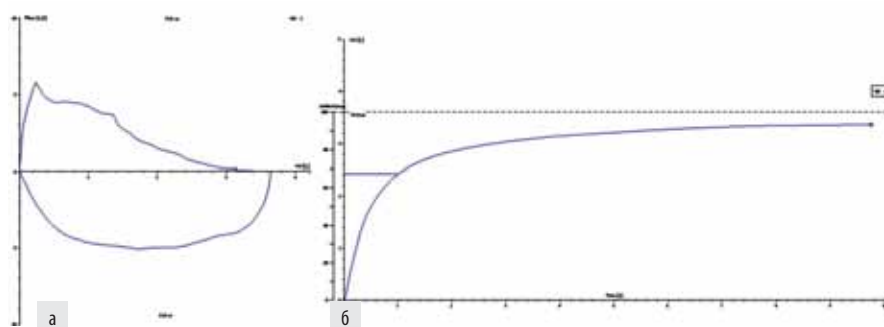


Рис. 5. Технически приемлемый дыхательный маневр с максимальными усилиями в течение всего маневра: а) на кривой «поток–объем» достаточно трудно оценить достигнуто плато или нет, б) по спирограмме форсированного выдоха видно, что длительность выдоха более 6 с (9,74 с), достигнуто плато в течение последней секунды. Объем обратной экстраполяции = 1,22%, $T_{пос. выд}$ = 43 м/с.

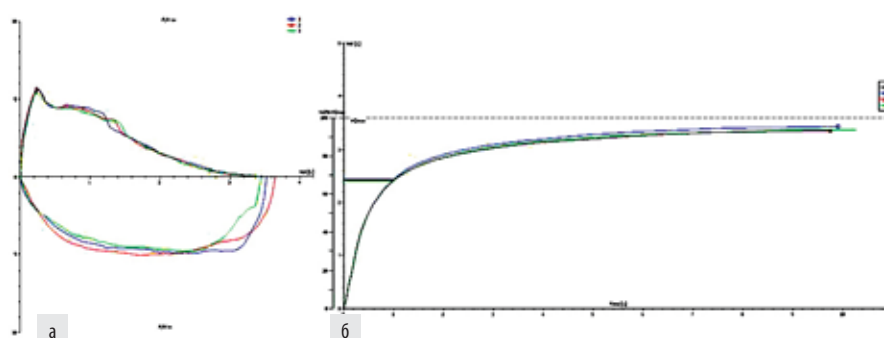


Рис. 6. Три технически удовлетворительных маневра, соответствующих критериям воспроизводимости: а) кривая «поток–объем», б) спирограмма форсированного выдоха. ФЖЕЛ, ОФВ, объем обратной экстраполяции, $T_{пос. выд}$ и длительность выдоха в 3 попытках были хорошо воспроизводимы (1 попытка: 3,43 л, 2,44 л, 1,36%, 43 м/с и 9,92 с; 2 попытка: 3,35 л, 2,42 л, 1,22%, 43 м/с и 9,74 с; 3 попытка: 3,37 л, 2,41 л, 1,32%, 46 м/с и 10,19 с, соответственно).

пература тела (37°C), нормальное атмосферное давление ($P_{атм}$ = 760 мм рт. ст.) и полное насыщение водяным паром (P_{H_2O} = 47,3 мм рт. ст.) [1]. Раньше необходимо было вручную вносить соответствующие поправки в результаты исследования, в современных приборах данная процедура производится автоматически.

Заключение

Спирометрия представляет собой достаточно простой и широко применимый метод функциональной диагностики. В последние годы разработано множество видов портативных спирометров, что делает этот метод еще более доступным, поскольку позволяет проводить исследование в любом медицинском учреждении. Однако для получения корректных результатов необходимо неукоснительно соблюдать требования, которые позволяют минимизировать техническую вариативность, такие как регулярная калибровка и проверка работы оборудования, поддержание его рабочего состояния, тщательная инструкция пациента, допуск к работе только высококвалифицированного персо-



Рис. 7. Алгоритм проведения спирометрии

нала, способного проводить исследование профессионально и в соответствии со стандартными протоколами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Miller M.R., Hankinson J., Brusasco V. et al. Standardisation of spirometry. Eur. Respir. J. 2005; 26: 319–338.
2. Чучалин А.Г., Айсанов З.Р., Чикина С.Ю., Черняк А.В., Калманова Е.Н. Федеральные клинические рекомендации Российского респираторного общества по использованию метода спирометрии, Пульмонология. 2014; 6: 11–23.
3. Чучалин А.Г., ред. Функциональная диагностика в пульмонологии. М.: Атмосфера, 2009.
4. Beydon N., Davis S.D., Lombardi E. et al. An official American Thoracic Society / European Respiratory Society statement: pulmonary function testing in preschool children. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2007; 175 (12): 1304–1345.



Активный день. Спокойная ночь. Без симптомов ХОБЛ^{1,2}



Краткая инструкция по применению препарата Бретарис® Джелуэйр®³

Регистрационный номер: ЛП-003216 от 23.09.2015.

Торговое название: Бретарис® Джелуэйр®.

Фармакотерапевтическая группа: М-Холиноблокатор.

Международное непатентованное наименование (МНН): Аклидиния бромид

Лекарственная форма: порошок для ингаляций дозированных.

Состав одну дозу: Действующее вещество: аклидиния бромид микронизированный – 0,400 мг. В одной дозе содержится 400 мкг аклидиния бромид, что эквивалентно 343 мкг аклидиния. Это соответствует доставленной дозе 375 мкг аклидиния бромид, что эквивалентно 322 мкг аклидиния. Вспомогательное вещество: α-лактозы моногидрат – 12,60 мг.

Ингалятор Джелуэйр®. Пластиковый ингалятор белого цвета с зеленой защитной крышечкой, с зеленой дозирующей клавишей и закрепленной сдвигающейся крышечкой, содержащим 30 или 60 доз препарата и счетчиком доз.

Показания к применению. Препарат Бретарис® Джелуэйр® предназначен для поддерживающей бронходилатирующей терапии с целью облегчения симптомов хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) у взрослых.

Противопоказания. Повышенная чувствительность к аклидиния бромиду, атропину и его производным (ипратропий, окситропий, или тиотропий) или к лактозе. Возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлена). Непереносимость галактозы, дефицит лактазы или глюкозо-галактозная мальабсорбция (препарат содержит лактозу).

Фертильность, беременность и лактация.

Беременность: нет клинических данных по применению аклидиния бромид у беременных женщин. **Период кормления грудью:** неизвестно, проникает ли аклидиния бромид и/или его метаболиты в грудное молоко у женщин. **Фертильность:** считается маловероятным, что аклидиния бромид, назначенный в рекомендованной дозе, воздействует на фертильность у человека.

Способ применения и дозы. Для ингаляционного применения.

Рекомендуемая доза составляет 322 мкг аклидиния (одна ингаляция) два раза в день. **Применение у пациентов пожилого возраста:** пациентам пожилого возраста корректировать дозу не требуется. **Применение у пациентов с нарушениями функции почек:** пациентам с нарушениями функции почек корректировать дозу не требуется.

Применение у пациентов с нарушениями функции печени: пациентам с нарушениями функции печени корректировать дозу не требуется.

Способ применения. Пациенты должны быть обучены правильному использованию ингалятора Джелуэйр®.

Побочное действие. Наиболее часто встречающимися побочными действиями при применении препарата Бретарис® Джелуэйр® являются головная боль (6,6%) и назофарингит (5,5%).

Передозировка. Высокие дозы аклидиния бромид могут приводить к симптомам, связанным с антихолинэргическим действием. Однократная ингаляционная доза аклидиния

бромид до 6000 мкг у здоровых добровольцев не приводила к системным побочным антихолинэргическим эффектам. Развитие острой интоксикации при случайной передозировке аклидиния бромидом является маловероятным вследствие низкой биодоступности при приеме внутрь и ингаляционным способом дозирования препарата Бретарис® Джелуэйр®.

Форма выпуска. Порошок для ингаляций дозированных, 322 мкг/доза.

30 доз порошка для ингаляций в ингаляторе: в картонной пачке 1 ингалятор в пакете из ламинированной алюминиевой фольги и 1 пакет с инструкцией по применению. 60 доз порошка для ингаляций в ингаляторе: в картонной пачке 1 ингалятор в пакете из ламинированной алюминиевой фольги и 1 пакет с инструкцией по применению.

Условия хранения. Хранить при температуре не выше 25 °С. Хранить в недоступном для детей месте.

Срок годности. 2 года. После вскрытия пакета – 90 дней.

Условия отпуска. По рецепту.

Информация предназначена для специалистов здравоохранения. Перед назначением, пожалуйста, ознакомьтесь с полным текстом инструкции по медицинскому применению препарата Бретарис® Джелуэйр®. Для получения дополнительной информации обращайтесь в ООО «АстраЗенка Фармасынтикалз»:

Россия, 125284, г. Москва, ул. Беговая, д. 3, стр. 1
Тел.: +7 (495) 799 56 99, факс: +7 (495) 799 56 98

1. Jones PW, Singh D, Bateman ED, et al. Efficacy and safety of twice-daily aclidinium bromide in COPD patients: the ATTAIN study. Eur Respir J. 2012; 40(4):830-6.

2. Kerwin EM, D'Urzo AD, Gelb AF, et al. Efficacy and safety of a 12-week treatment with twice-daily aclidinium bromide in COPD patients (ACCORD COPD II). COPD. 2012;9(2):90-101.

3. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Бретарис® Джелуэйр® 322 мкг/доза (порошок для ингаляций дозированных). Регистрационное удостоверение ЛП-003216 от 23.09.15.

ПРИЗВАНИЕ

■ Манабаева Галия

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

6.

«Всякий человек включает в себя целый мир, и это его имманентное свойство и трансцендентное качество», пытался убедить в этом изречении своих студентов каждый преподаватель университета, где училась Алина. Это, пожалуй, один из главных постулатов, который Алина вынесла из университета и запомнила навсегда. И помимо прочих знаний, связанных с пониманием человеческой души, Алине наконец-то удалось разобраться и в своем сокровенном, в процессах, происходящих в ней самой, когда она работала в психиатрии. Однажды, придя домой после лекции, она сказала мужу:

– Наконец-то я себя нашла. Я поняла и прочувствовала свое призвание в этой жизни.

– Обоснуй свое заявление, дорогая, что ты имеешь в виду?

И Алина почти наизусть процитировала в душу запавшую лекцию:

– «Душа является центром, и у нее есть огромная потребность проявить энергию бескорыстной любви, которая в ней содержится. Если мы задумаемся, то поймем, что за всем тем, что мы делаем в жизни, мы хотим всего лишь двух вещей: отдать свою любовь кому-то и от кого-то ее получить. Почему это так? Потому что потребность души является самой главной потребностью личности. Другие ее потребности тоже важны, но если не удовлетворена самая важная, все остальное особого смысла не имеет. Поэтому, пока человек не научится проявлять эту бескорыстную любовь в каждом своем поступке – во взаимоотношениях с другими, в семье, в бизнесе, в любой другой социальной деятельности, по отношению к природе, по отношению к Богу – он не сможет обрести чувство внутренней полноты и гармонии. Иначе говоря, не сможет стать счастливым. Одна из главных задач, стоящая перед психологией, состоит в том, чтобы помочь человеку понять его главную жизненную потребность и помочь ему научиться эту потребность грамотно реализовывать»...

Получая второе высшее образование, изучив в университете общую психологию и основы таких направлений в психологии, как пато-, нейро- и клиническую психологию, Алина решила для себя, что вернется в психиатрию. Психологическая работа с людьми с хроническими психическими расстройствами казалась ей малоизученной, если не сказать неизведанной, интересной, перспективной с точки зрения науки и привлекала именно своим «первопроходчеством» в нашей стране. Получив некогда опыт работы в психоневрологии с хроническими больными в качестве медсестры, она практически ощущала необходимость в таких учреждениях

работы психолога. Причем она считала, что в психологической помощи нуждаются не только пациенты, но и сотрудники, работа которых непосредственно связана с контингентом тяжелобольных. И в университете, изучая вышеназванные направления в психологии, она утвердилась в своем мнении, а в конце 4-го курса Алина засела «за интернет» в поиске психоневрологических учреждений с целью предложить свою кандидатуру как психолога. Выписав ряд телефонов подобных учреждений, она взялась за телефон и стала целенаправленно обзванивать. Большинство звонков были тщетны. На том конце провода многие, узнав о ее намерении, равнодушно отказывались от ее услуг, многие высказывали бесперспективность такой ее затеи. Была одна женщина, инспектор отдела кадров, которая безапелляционно заявила, что в их учреждении вакансии психолога никогда не было, нет и никогда не будет. Вам же хуже, иронично подумала тогда Алина и, ничуть не отчаиваясь, методично продолжала обзванивать. На очередной звонок ответил приятный женский голос:

– Отдел кадров. Я вас слушаю.

– Здравствуйте, я бы хотела узнать, есть ли у вас вакансии психологов? – как заученную фразу выпалила Алина.

– Ну, допустим, – почему-то игриво и в то же время неопределенно ответила женщина.

– В таком случае, я хотела бы предложить свою кандидатуру, – вконец осмелев, опять выпалила Алина, про себя иронизируя: «Моя фамилия Фрейд».

– Вы знаете, наш директор планирует взять психолога, я думаю, вам лучше с ней переговорить. Сейчас я вас с ней соединю.

Через несколько минут ответил, как Алине показалось, совсем не директорский голос:

– Здравствуйте, меня зовут Виолетта Васильевна. Будьте добры, представьтесь, пожалуйста.

– Меня зовут Алина, – совсем растерялась Алина.

– Очень приятно, Алина. У меня к вам два вопроса: есть ли у вас медицинское образование и сколько вам лет?

Вопросы Алину несколько не удивили, наоборот, она была готова к подобным вопросам.



– Да, у меня среднее медицинское, небольшой опыт в психоневрологии в качестве медсестры, сейчас я учусь на 4-м курсе на психолога и мне 37 лет.

– Меня пока все вполне устраивает. Когда вы могли бы подъехать для дальнейшей беседы?

– А можно сегодня? – взмолилась Алина.

Интернат находился на кардинально противоположной стороне Москвы от места проживания Алины, ей требовалось не менее полутора часов на дорогу. Но, тем не менее, Алина ни секунды не задумываясь, окрыленная надеждой на начало новой, желанной деятельности, быстренько надев на себя куртку, выбежала из дома на апрельскую улицу.

После дежурного приветствия директор, приглашая пригласить, выяснила отчество Алины для делового разговора и сразу же начала с главного:

– Алина Эдуардовна, есть ли у Вас опыт работы с детьми?

– Нет. С детьми не приходилось работать, не считая своих двоих.

– У нас детский интернат. Возраст детей от 4 до 18. Диагнозы – умственная отсталость, детская шизофрения, аутизм. Основную массу составляют дети-имбецилы. Есть дети отказники, т. е. это те дети, у которых нет родственников, от них отказались еще в роддоме. Часть детей составляют дети, имеющие номинальных родственников, т. е. по документам они есть, но на практике – родственники не признают и не посещают их совсем. И часть составляют дети с родственниками – у кого близкие родственники – родители, у кого дальние родственники – дяди, тети, двоюродные и т. д. Вот как раз эта часть детей с родственниками и составляют главную боль не только директора интерната, но и всего персонала. Вы понимаете, о чем я?

– Понимаю, – ответила внимательно слушавшая Алина. – Можно вопрос?

– Я Вас слушаю внимательно.

– Если я Вас правильно поняла, то психолог помимо своих прямых обязанностей – психодиагностики, психокоррекции детей (подопечных) – Вам требуется именно для работы с родственниками. А как же с сотрудниками? В этом отношении нет проблем?

– Умничка, – похвалила директриса Алину, – очень хороший вопрос, это то, что я хотела озвучить в последующем, Вы меня опередили. Я сейчас Вам выскажу все запросы, которые я предъявляю к психологу, а потом выслушаю Ваше решение.

Запросы, предъявляемые директором интерната, вполне соответствовали представлению и планам предстоящей работы Алины. Интернат по площади занимал огромную территорию, состоял из трех больших корпусов, не включая административную, с 700 проживающими детьми и 300 сотрудниками. Психологов в интернате ранее не работало. «Непочатый край, подумала Алина, вот где раздолье – строй свою работу как хочешь!» И директриса была того же мнения. Она обещала обеспечить отдельным кабинетом, и вообще всем необходимым, и полную свободу действий.

– Самое главное, Алина Эдуардовна, – было бы желание работать, – резюмировала в конце Виолетта Васильевна.

– Желание огромное, – засияла одухотворенная Алина, которая впервые в жизни, в одночасье стала Алиной Эдуардовной. – Я попробую!

...И заволочло Алину в пучину научного знания, исследований особенностей и закономерностей возникновения, формирования и развития (изменения) психических процессов, психических состояний и психических свойств человека, то есть психики как особой формы жизнедеятельности.

«Чудная у меня профессия, – не без удовольствия думала Алина. – Психолог, пожалуй, не профессия, а особый образ мышления»...

Продолжение следует...



МЕТОДИЧЕСКАЯ ЛИТЕРАТУРА АССОЦИАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ



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

в разделе: Информационные ресурсы Литература

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

Справки по телефону Ассоциации: 8 (812) 575-80-51

Заявки можно направлять на электронную почту: julia@medsestre.ru

Внедрение современных технологий уборки площадей в медицинской организации



■ Ибрагимова Наталья Александровна

Главная медицинская сестра бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клинический медико-хирургический центр министерства здравоохранения Омской области» (БУЗ ОО «КМХЦ МЗОО»), канд. мед. наук

В бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Клинический медико-хирургический центр министерства здравоохранения Омской области» (далее – БУЗ ОО «КМХЦ МЗОО») возникла необходимость серьезных преобразований системы уборки, связанных с повышением эффективности, эргономикой и поиском управленческих механизмов контроля, минимизирующих человеческий фактор; кроме того, в санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (СанПин 2.1.3.2630-10), с 2010 года включен специальный раздел, который законодательно закрепляет необходимость использования современных технологий уборки в МО и возможность привлечения к этой деятельности клининговых компаний либо организации централизованных отделов профессиональной уборки, и реорганизация уборки входит в план мероприятий по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в 2016 году.

Использование современных технологий уборки позволяет:

- снизить расход уборочного материала и увеличить срок эксплуатации уборочного инвентаря – 1 «мопа» (насадки) хватает от 400 до 700 стирок, в то время как обычной ветоши до 200 стирок;

- разная цветовая маркировка уборочного инвентаря позволяет исключить возможность контаминации микроорганизмами обрабатываемых поверхностей;
- исключается возможность переноса микроорганизмов с ветошью (как при обычной уборке), переходя из палаты в палату;
- отсутствует контакт с рабочей поверхностью и грязной поверхностью обслуживающего младшего персонала, тем самым снижается риск распространения внутрибольничных инфекций (ВБИ);
- 1 «моп» позволяет обрабатывать от 20 до 30 м², что, как следствие, снижает расход дезинфицирующих рабочих растворов – достаточно одной емкости (6–8 л) с дезинфицирующим средством, в которую закладывается 20 «мопов», т. е. на 1 м² расходуется 20 мл дезинфицирующего раствора. В настоящее время 100 мл дезинфицирующего раствора используется для обработки 1 м² поверхности, что в 5 раз больше;
- при использовании системы сменных «мопов» каждое новое помещение или участок поверхности от 20 до 30 м² обрабатывается новым, чистым «мопом», использованный «моп» повторно в дезинфицирующий раствор не опускается, а подлежит замене (бесконтактная смена «мопов»);
- снижаются трудозатраты персонала, исключая перенос тяжелых ведер.

БУЗ ОО «КМХЦ МЗОО» – многопрофильный лечебно-диагностический комплекс, ориентированный на проведение специализированного лечения по всем основным направлениям медицины, имеет в своем составе несколько подразделений: стационар, консультативно-диагностическую поликлинику, центр восстановительной терапии «Русь», загородный филиал восстановительной терапии «Зеленая роща».

Стационар мощностью на 630 коек состоит из отделений терапевтического профиля (кардиология, неврология, терапия), хирургического профиля (отделение реконструктивно-пластической хирургии, гинекологии, гнойной хирургии, урологии, гастрохирургии), травматолого-ортопедического профиля (травматологии, ортопедии, отделение вертебологии, микрохирургии кисти, спортивно-баглетной травмы). Консультативно-диагностическая поликлиника является структурным подразделением центра, рассчитана на 485 посещений в смену с дневным стационаром на 60 коек. Центр восстановительной терапии «Русь» осуществляет различные профили восстановительного лечения и реабилитации пациентов. Центр восстановительной терапии «Зеленая роща» располагается в загородной зоне поселка Чернолучье, имеет уникальные условия для лечения пациентов, оздоровления и отдыха. Вспомогательные отделения БУЗ ОО «КМХЦ МЗОО» представлены приемным отделением, операционным блоком, отделением анестезиологии-реанимации, диагностическим отделением, эндоскопическим, рентгеновским, физиотерапевтическим, клинко-диагностической лабораторией, лабораторией клинической микробиологии, патологоанатомической лабораторией, оперативным отделом. На базе лечебного учреждения развернуты специализированные центры: межрегиональный центр хирургии крупных суставов, межрегиональный центр микрохирургии и хирургии кисти, областной центр хирургии поджелудочной железы, вертебологический центр, центр для лечения пациентов с муковисцидозом, фониатрический центр.

Структура БУЗ ОО «КМХЦ МЗОО» определяет его основные задачи, главной из которых является оказание высококвалифицированной помощи населению города и области, как с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Таблица 1

Затраты обычного метода организации системы уборки

№	Наименование расходов	Сумма, руб.
Единовременные расходы (хирургические отделения)		
1.	Инвентарь и оборудование	
1.1.	Хирургия 1	нетканое полотно 1 рулон – 3 500 ведра 3 шт. – 300 тазы 3 шт. – 300 швабры 4 шт. – 800 ветошь 20 шт. – 300 Итого: 5200,0
1.2.	Хирургия 2	нетканое полотно 1 рулон – 3 500 ведра 3 шт. – 300 тазы 3 шт. – 300 швабры 4 шт. – 800 ветошь 20 шт. – 300 Итого: 5200,0
1.3.	Гнойная хирургия	нетканое полотно 1 рулон – 3 500 ведра 3 шт. – 300 тазы 3 шт. – 300 швабры 4 шт. – 800 ветошь 20 шт. – 300 Итого: 5200,0
1.4.	Гинекология	нетканое полотно 1 рулон – 3 500,0 руб., ведра 3 шт. – 300 руб., тазы 3 шт. – 300 руб., швабры 4 шт. – 800 руб., ветошь 20 шт. – 300 руб. Итого: 5200,0
1.5.	Урология	нетканое полотно 1 рулон – 3 500 ведра 3 шт. – 300 тазы 3 шт. – 300 швабры 4 шт. – 800 ветошь 20 шт. – 300 Итого: 5200,0
Итого единовременные расходы:		26 000,0
Постоянные расходы (ежемесячные)		
2.	Зарплата санитарок хирургических отделений (фонд оплаты труда – ФОТ)	285 028,74 ФОТ/количество физ. лиц = средняя з/п. 285 028,74:30 = 9 500,96
3.	Расход химических средств (моющие – дезинфицирующие средств) на хирургические отделения.	Дезинфицирующие средства – 24 662 Порошок – 30,5 кг · 90 руб. = 2745 Мыло хоз. – 13,8 кг · 50 руб. = 690 Мыло туал. – 5,7 кг · 120,5 руб. = 686,85 Чист. ср-во. – 15,5 кг · 85 руб. = 1 317,5 Ср-во сант. (для дезинфекции) – 13 л · 135 руб. = 1755,0 Сода кальцинированная – 35,5 кг · 50 руб. = 1 775 Итого: 33 631,35
Итого постоянные (ежемесячные) расходы:		318 660,09
Расходы всего		344 660,09

тельного аппарата, так и с различной хирургической и терапевтической патологией.

С учетом специфики БУЗ ОО «КМХЦ МЗОО» дефицита помещений (не во всех отделениях имеются помещения для хранения уборочного инвентаря), с целью оптимизации процесса уборки и дезинфекции, внедрения современных

Таблица 2

Затраты децентрализованного метода организации системы уборки (профессиональной уборки)

№	Наименование расходов	Сумма, руб.
Единовременные расходы на открытие (хирургические отделения)		
1.	Инвентарь и оборудование: тележка больничная многофункциональная большая, МОП (насадки), держатели (швабры) для МОП (насадок), салфетки из микрофибры, насадка для моечной машины пластиковая.	84 900,0
2.	Стиральная машина	15 000,0
3.	Поломоечная машина	150 000,0
Итого единовременные расходы:		249 900,0
Постоянные расходы (ежемесячные)		
4.	Зарплата санитарок хирургических отделений (фонд оплаты труда – ФОТ)	266 026,82 ФОТ/количество физ. лиц = средняя з/п. 266 026,82:28 = 9 500,96 руб.
5.	Зарплата двух уборщиков	36 000,0
6.	Зарплата старшего бригады	3 000,0
7.	Расход химических средств (моющие – дезинфицирующие средств) на хирургические отделения уменьшенный в 40 раз.	841,0 руб.
Итого постоянные (ежемесячные) расходы:		305 867,82 руб.
Расходы всего		555 767,82

технологий, обеспечения эффективности и предупреждения внутрибольничного инфицирования пациента и персонала, эргономики и экономических затрат было принято решение о создании **децентрализованного метода организации системы уборки** (Приложение 1).

Для перехода на децентрализованную систему уборки в БУЗ ОО «КМХЦ МЗОО» был утвержден план реализации проекта профессиональной уборки и дезинфекции с определением ответственных исполнителей и сроков исполнения.

Переход на децентрализованный метод организации системы уборки был поэтапным. На первоначальном этапе была организована хирургическая бригада, которая обслуживает отделения: хирургии 1, хирургии 2, гнойной хирургии, гинекологии, урологии. Руководителем бригады назначили сестру-хозяйку гнойной хирургии. Был проведен анализ количества ставок в вышеуказанных отделениях и физических лиц, определены две палатные санитарки, которых перевели на должности уборщиц служебных помещений сектора профессиональной уборки хозяйственной службы. В отделениях было проведено перераспределение на- грузки, приобретено необходимое оборудование:

- тележка больничная многофункциональная большая – 1 шт.;
- МОП (насадки) – 60 шт.;
- держатели (швабры) для МОП (насадок) – 2 шт.;
- салфетки из микрофибры – 100 шт.;
- насадка для моечной машины пластиковая (для обработки наливного пола).

Сравнительный экономический анализ целесообразности перехода с обычного метода организации системы

уборки на децентрализованный метод (профессиональную уборку) представлен в таблицах 1, 2.

Экономия денежных средств связана со снижением расхода моюще-дезинфицирующего раствора.

Потребление моюще-дезинфицирующего раствора сокращается в 40 раз. Так, на ведерный метод уборки необходимо на 1 палату (20 кв. м) – 1 ведро (10 л раствора), а на безведерный метод уборки (метод предварительного замачивания МОПов) на 1 палату (20 кв. м) – 1 насадка (0,25 л раствора).

Такое уменьшение расходования моюще-дезинфицирующего рабочего раствора происходит за счет меньшего объема рабочего раствора (всего 250–300 мл), необходимого для смачивания одного профессионального МОПа, чем требуется для смачивания и выполаскивания (10 л) одной традиционной тряпки из ветоши, кроме того, выполаскивание грязной тряпки требует определённого количества воды.

Из представленных табличных данных можно сделать вывод, что затраты на профессиональную уборку с учетом единовременных расходов на открытие больше на **211 107,73 руб.** Однако постоянные ежемесячные расходы пяти хирургических отделений ниже на **12 792,30 руб.** (за год 153 507,6 руб.). При переводе на децентрализованный метод уборки травматолого-ортопедической и терапевтической службы сумма экономии денежных средств за год составит **460 522,8 руб.**

Кроме того, использование современных технологий уборки позволяет:

- **снизить затраты времени на уборку** за счет сокращения производственных потерь времени. По представленным данным¹ ведерный метод уборки: полоскание и отжим каждые 20 м² – время уборки площади 2 часа 25 минут. Безведерный метод уборки: подготовка и смена насадок – время уборки такой же площади 20 минут. Сокращение времени уборки на 2 часа 5 минут для каждого работника;



- **увеличить норматив ручной уборки помещений** с 350 м² полов, покрытых керамической плиткой, 425 м² полов, покрытых линолеумом (согласно приказу МЗ РФ от 09 июня 2003 года № 230 «Об утверждении штатных нормативов служащих и рабочих...»), до 1000 м² для каждого специалиста по уборке лечебных и административных помещений и 3000 м² для уборки помещений поломоечными машинами за счет снижения трудоемкости и увеличения средней производительности работ;

- **облегчить труд специалистов по уборке (эргономика уборки):** за счет уменьшения мышечного напряжения – нет необходимости носить ведра с водой (в контейнеры укладывается от 20 до 40 МОПов, замачиваются рабочим раствором и готовы к работе, что эквивалентно 20–40 наполненным ведрам). МОП-насадки имеют регулировку по высоте и подвижные соединения держателя с ручкой;

- **рост заработной платы специалистов по уборке:** за счет увеличения

норматива уборки до 1000 кв. м удалось увеличить заработную плату санитарки-уборщицы с 10 000 рублей до 18 000 рублей;

- **контроль над ВБИ:** санитарная обработка поверхностей в помещениях лечебно-профилактических учреждений является одним из звеньев в цепи санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на профилактику внутрибольничных инфекций и обеспечивает разрыв механизмов передачи внутрибольничной инфекции. Клининг по методике предварительной подготовки МОПов позволяет точно соблюдать требуемый расход рабочего раствора (следует замачивать и расходовать 250–300 мл рабочего раствора на 1 МОП на 20 кв. м площади, убираемой ручным способом).

Клининг является современным и перспективным проектом организации в проведении профессиональной уборки, а также повышает качество и экономическую эффективность уборки помещений в целом по учреждению.

¹ Пенжоян Г.А. Опыт внедрения профессиональных клининговых технологий в многопрофильной бюджетной городской больнице № 2 г. Краснодара / Г.А. Пенжоян, И.В. Анишук, С.Ч. Чемсо // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 11. – С. 46–51.

Децентрализованная система уборки в БУЗ ОО «Клинический медико – хирургический центр МЗОО»

№	Наименование бригад сектора профессиональной уборки	Наименование отделений обслуживаемых бригадами	Базирование оборудования	Ответственные лица / режим работы	Необходимое оборудование
1	Хирургическая бригада	Хирургии 1 Хирургии 2 Гнойной хирургии Гинекологии Урологии	Санитарная комната отделения хирургии 2	Старший бригады*: сестра – хозяйка отделения хирургии 2 (или урологии) Санитарки (уборщицы) – 2 чел. Режим работы: 1 чел.: с 8.00–16.00; 1 чел.: с 14.00–22.00	Тележка больничная многофункциональная большая – 1 шт. Моп (насадки) – 60 шт. Держатели (швабры) для МОП (насадок) – 2 шт. Салфетки из микрофибры – 100 шт. Машина моечная
2	Травматологическая бригада	Травматология 1 Травматология 2 Травматология 3 Ортопедия 1 Ортопедия 2	Санитарная комната отделения ортопедии 1	Старший бригады*: сестра – хозяйка отделения ортопедии 1 Санитарки (уборщицы) – 2 чел. Режим работы: 1 чел.: с 8.00–16.00; 1 чел.: с 14.00–22.00	Тележка больничная многофункциональная большая – 1 шт. Моп (насадки) – 60 шт. Держатели (швабры) для МОП (насадок) – 2 шт. Салфетки из микрофибры – 100 шт.
3	Терапевтическая бригада	Терапии Неврологии Кардиологии Рентгенологическое отделение Физиотерапевтическое отделение	Санитарная комната отделения кардиологии	Старший бригады*: сестра – хозяйка отделения кардиологии Санитарки (уборщицы) – 2 чел. Режим работы: 1 чел.: с 8.00–16.00; 1 чел.: с 14.00–22.00	Тележка больничная многофункциональная большая – 1 шт. Моп (насадки) – 60 шт. Держатели (швабры) для МОП (насадок) – 2 шт. Салфетки из микрофибры – 100 шт.

* Основная функция старшего бригады контроль за качественной санитарной обработкой.

Подготовка и распределение принадлежностей и оборудования для уборки, а также их прием и обработка после уборки осуществляется на базе определенных отделений.

Стирка и дезинфекция использованных МОП-насадок и салфеток осуществляется в стиральной машине закрепленного отделения.

Хранение чистых моп-насадок и салфеток осуществляется так же в закрепленном отделении.



Чистота и гигиена в учреждениях здравоохранения

vileda
PROFESSIONAL

Метод предварительной подготовки для ЛПУ

- Предотвращение перекрестного загрязнения
- Гигиеничность уборочных мероприятий
- Максимальная производительность труда
- Экономия бюджетных средств на закупку ДС и МС

Решение для точечной дезинфекции



Готовые решения
для профессиональной гигиены ЛПУ

Телефон горячей линии: **8 800 3333 600**
www.vileda-professional.ru

FREUDENBERG

Больше комфорта, больше молока – естественно



Разработанный совместно с ведущими экспертами в области грудного вскармливания, инновационный молокоотсос Philips Avent позволяет сцедить больше молока для малыша с комфортом для мамы и, при необходимости, хранить его в специальных контейнерах или пакетах так долго, как это потребуется.¹

Индивидуальный банк грудного молока, созданный с помощью решений Philips Avent позволит маме сохранить кормление малыша грудным молоком в случае непредвиденных ситуаций или если ей необходимо отлучаться из дома.



1. Сцеживание

2. Хранение

3. Кормление

Молокоотсосы Philips Avent серии Natural – на **25%** больше молока!

Клинические исследования, проведенные в ФГАУ «Научный центр здоровья детей» доказали, что молокоотсос Philips Avent серии Natural позволяет маме сцедить на 25% больше молока, чем при использовании классического молокоотсоса.² За счет чего это достигается?



Первый в России банк донорского грудного молока

Миссия Philips Avent – больше грудного молока большему количеству детей как можно дольше, поэтому не случайно, что первый в стране банк донорского грудного молока был создан в ФГАУ «Научный центр здоровья детей» при поддержке бренда. Philips Avent гордится участием в такой социально важной инициативе, в рамках которой стало возможным обеспечить ценным грудным молоком особо уязвимых недоношенных малышей в ситуациях, когда молоко матери отсутствует.



Удобная поза при сцеживании для более легкого выделения молока

Уникальная конструкция молокоотсоса позволяет женщине принимать более удобную позу при сцеживании, без необходимости наклоняться вперед. Это способствует большему комфорту и расслаблению мамы, естественным образом обеспечивая более легкое выделение молока, и, как результат, в большем количестве.



Имитация сосания ребенка для эффективного сцеживания

Во время работы молокоотсос имитирует естественное перистальтическое сосание груди ребенком, совмещая массаж околососковой области, который воспроизводит «лепестковый» массажер, с деликатным вакуумом. Силиконовый массажер в форме пяти лепестков имеет теплую на ощупь бархатистую поверхность, позволяющую маме еще больше расслабиться во время сцеживания.



Режимы стимуляции и сцеживания молока

В самом начале сцеживания молокоотсос работает в режиме стимуляции выделения молока, имитируя частые поверхностные сосательные движения малыша. Далее, когда молоко начнет поступать, мама может выбрать один из трех режимов силы сцеживания, который для нее наиболее комфортен.³

¹Максимально рекомендованный срок хранения грудного молока в контейнерах Philips Avent - 3 месяца. Влияние замораживания и длительности хранения сцеженного грудного молока на его пищевую, биологическую ценность и микробиологическую безопасность. Авторы: Лукоянова О. Л., Боровик Т. Э., Беляева И. А., Маянский Н. А., Катосова Л. К., Калакуцкая А. Н., Зубкова И. В., Мельничук О. С. *Вопр. совр. педиатрии*. 2011; 10 (1): 24–29. ²Клиническая оценка эффективности применения ручных молокоотсосов Philips AVENT серии Natural и серии Classic. Авторы: Лукоянова О. Л., Боровик Т. Э., Беляева И. А., Научный центр здоровья детей РАМН, Москва. Указаны данные для объема сцеженного молока за 15 минут сцеживания. *Вопр. совр. педиатрии*. 2012; 11 (4): 182–186. ³Для электронной модели.

Реклама **ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО
ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ**

PHILIPS
AVENT

Управляемая баллонная тампонада – эффективный метод остановки послеродового кровотечения



Швецова Наталья Семеновна
Главная медицинская сестра ГБУЗ ТО
«Перинатальный центр», г. Тюмень,
руководитель Секции РАМС
«Акушерское дело»



Гондилова Ирина Анатольевна
Акушерка родового отделения ГБУЗ ТО
«Перинатальный центр», г. Тюмень

Главной проблемой акушерства в мире остается материнская смертность. Акушерские кровотечения составляют 27% материнских потерь в мире и, по данным ВОЗ, входят в тройку основных причин материнской смертности и послеродовой материнской заболеваемости. В отличие от развивающихся стран, где преобладают травматические причины кровотечений, в России лидируют причины гипотонические (50%). Факторы риска и основные причины развития гипотонических послеродовых кровотечений хорошо известны. Однако на практике акушерское кровотечение – осложнение зачастую не прогнозируемое, может возникнуть у пациентки с неосложненным течением беременности и родов. До недавнего времени к методам профилактики и начальной борьбы с кровотечением относились только утеротонические средства, при неэффективности которых требовался переход к хирургическим методам. В

случаях, когда после применения консервативных методов сохранялась гипотония матки, в недавнем прошлом акушеры-гинекологи широко использовали такие манипуляции, как шов на шейку матки (В.А. Лосицкой), наложение кишечных клемм на своды влагалища (метод М.Е. Тиканадзе), наложение швов (по Соловьеву) в переднем своде влагалища, швов (по Воробьеву) в заднем своде, наложение клемм на параметрии (по Н.С. Бакшееву), захват параметрия щипцами Мюзо и другие. Все больше современников научного и практического акушерства указанные мероприятия признают излишними, несостоятельными, малоэффективными, занимающими драгоценное время в случаях, когда требуется надежный хирургический гемостаз.

С 2005 года в отечественную акушерскую практику внедрена сравнительно новая методика – управляемая баллонная тампонада матки, являющаяся немедикаментозным и нехирургическим методом профилактики и остановки послеродового кровотечения. В областном перинатальном центре г. Тюмени с 2009 года освоен и широко применяется метод баллонной тампонады матки Жуковского. Тампонада внесена в алгоритм борьбы с акушерскими кровотечениями в учреждении и заняла прочное место между консервативным и хирургическим лечением послеродового кровотечения.

Внедрение новой технологии по остановке гипотонического послеродового кровотечения проводилось в два этапа:

- проведены учебные занятия, мастер-классы по тактике персонала;
- для акушеров разработан и внедрен в работу пошаговый алгоритм ведения послеродового кровотечения (см. схему).

Комплект для тампонады представляет собой баллонный катетер, который прикрепляется к резервуару (для жидкости) через соединительную трубку (рис. 1). Силиконовый баллон

устанавливается в матку, легко расправляется теплым стерильным раствором и заполняет всю полость матки. Заполненный жидкостью эластичный баллон создает компрессию открытых спиральных артерий плацентарной площадки, вне зависимости от ее локализации, тем самым по принципу давящей повязки обеспечивая надежный гемостаз. В процессе нормализации маточного тонуса уменьшаются размеры полости матки, жидкость из баллона вытесняется в резервуар. В течение 30–90 минут происходит самостоятельная экспульсия баллона через шейку матки во влагалище, что является признаком окончания тампонады матки.

С момента внедрения методики в практике областного перинатального центра г. Тюмени баллонная тампонада матки Жуковского применена в 162 случаях гипотонического кровотечения после родов через естественные родовые пути. В значительной доле случаев – 98,15% (n = 159) кровотечение было остановлено, не потребовался переход к хирургическим методам остановки. Итоговый объем кровопотери, при котором кровотечение остановлено, варьировал от 700 до



Рис. 1. Комплект для баллонной тампонады матки

1900 мл. В 1,85% ($n = 3$) случаях возникла необходимость дополнительных мероприятий, применения хирургических методов. На этапе транспортировки в операционную и подготовки пациенток к лапаротомии процесс тампонады матки не прерывался, обеспечивая тем самым более низкий темп и объем кровопотери. Во всех клинических случаях удалось избежать гистерэктомии, сохранить пациенткам репродуктивную функцию.

Выводы. Таким образом, результаты внедрения методики баллонной тампонады матки в акушерскую практику позволяют сделать следующие выводы:

- Баллонная тампонада матки Жуковского является немедикаментозным и нехирургическим методом остановки гипотонического послеродового кровотечения.
- Преимуществом метода является простота использования, возможность экстренного применения акушеркой.
- Применение позволяет оказать помощь в раннем послеродовом периоде в максимально короткое время от начала кровотечения.

Использование баллонной тампонады возможно при любой кровопотере, метод позволяет патологической кровопотере не достигнуть своего критического уровня, что минимизирует переход к хирургическим методам.

Баллонная тампонада матки – эффективный метод борьбы с гипотоническими послеродовыми кровотечениями.

Баллонная тампонада – малоинвазивная технология, позволяющая остановить акушерское кровотечение при

Первый этап Начальные действия и лечение

Манипуляции:

- внутривенный катер (два);
- мониторинг жизненно важных функций (АД, пульс, сатурация кислорода, дыхание, диурез);
- катетеризация мочевого пузыря

Установление причины:

- нарушение свертывающей системы крови;
- нарушение сокращения матки: гипо- или атония;
- задержка частей плаценты или сгустков в полости матки;
- травма родовых путей, разрыв матки

Исследования:

- клинический анализ крови;
- коагулограмма;
- определение группы крови и индивидуальной совместимости

Вызвать: дополнительную акушерку, второго акушера/хирурга, анестезиолога, трансфузиолога, лаборанта, дежурную медсестру, дополнительного члена дежурной бригады. При массивном кровотечении разворачивается операционная.

Меры остановки кровотечения:

- ручное исследование послеродовой матки, удаление остатков плацентарной ткани и сгустков (однократно);
- наружно-внутренний массаж;
- назначение лекарственных средств для лечения гипотонии;
- зашивание разрывов тканей родовых путей;
- коррекция нарушений в системе гемостаза;
- инфузионно-трансфузионная терапия.

Второй этап Продолжающееся кровотечение

Продолжение трансфузионно-инфузионной терапии

Баллонная тампонада

неэффективности утеротонической терапии, избежать необходимости применения хирургических методов гемостаза.

Не вызывает сомнения тот факт, что применение технологий, отличающихся малой инвазивностью, простотой и быстротой применения, должны быть доступны в лечебных родовспомогательных учреждениях любого уровня оказания медицинской помощи не только в условиях перинатального центра. Баллонная тампонада матки как нехирургический метод должна более активно и смело применяться в практике при борьбе с гипотоническими послеродовыми кровотечениями. Применение эффективных кровоостанавливающих методик при кровопоте-

ре 500–1500 мл позволяет предотвратить массивную акушерскую кровопотерю, тем самым уменьшить риск критических состояний.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. – 4-е изд., перераб. и доп. / под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Клинический протокол «Послеродовое кровотечение (профилактика, лечение, алгоритм введения)» // ФГУ НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова / Е.М. Шифман, О.Л. Полянчикова, О.Р. Баев, Р.Г. Шамаков, Т.А. Федорова, С.В. Сокологорский, А.В. Пырегов, П.А. Кириченко.
3. Журнал «Акушерство и гинекология», 2011, № 4, стр. 31–34. Жуковский Я.Г., Кукарская И.И.
3. Управление риском: режим тотального контроля (баллонная тампонада Жуковского и новая акушерская практика) Status-Praesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2013. – № 3(14). – С. 28–33



Роль сестринского персонала в организации медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы



Богущ Е.Н.

Главная медицинская сестра ГБУЗ Астраханской области «Областной кардиологический диспансер»

Болезни системы кровообращения занимают в России второе место в структуре общей заболеваемости населения и первое место в структуре смертности. В Астраханской области наблюдается аналогичная ситуация. Основными причинами смерти являются инфаркт миокарда, сердечная недостаточность и инсульт, которые, в свою очередь, являются осложнениями таких заболеваний сердечно-сосудистой системы, как атеросклероз, ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертония.

В нашем регионе в настоящее время создана четко отлаженная система оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В Астрахани можно получить всю помощь – от диагностики до сложных высокотехнологичных вмешательств.

В Астраханской области практически вся консультативная, диагностическая и лечебная помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, отбор и подготовка пациентов к оказанию специализированной, в том числе высокотехнологичной помощи, диспансерное наблюдение сосредоточены на базе областного кардиологического диспансера, который был открыт пять лет назад. Это современное, оснащенное по последнему слову медицинской науки, укомплектованное квалифицированными кадрами лечебное учреждение.



В областном кардиологическом диспансере прием ведут 13 взрослых кардиологов, 2 детских кардиолога, а также «узкие» специалисты (эндокринолог, офтальмолог, ангионевролог, отоларинголог, уролог) для диагностики и лечения коморбидных состояний, имеющих большое значение при определении тактики ведения пациента, в том числе принятия решения о направлении пациента на кардиохирургическую операцию.

Областной кардиологический диспансер оснащен необходимым оборудованием для современной диагностики сердечно-сосудистых заболеваний. Используются различные виды электрокардиографического обследования: стандартная ЭКГ, стресс-ЭКГ, суточное и многосуточное мониторирование ЭКГ, а также суточное мониторирование артериального давления, чреспищеводная электрокардиостимуляция (для диагностики редких и сложных нарушений ритма сердца). Большая роль при обследовании отводится ультразвуковому исследованию сердца и сосудов, причем выполняется как базальная трансторакальная эхокардиография, так и стресс-эхокардиография

(пробы с нагрузками) и чреспищеводная эхокардиоскопия (для уточнения наличия тромбов в левом предсердии).

В связи со сложившейся тенденцией к сокращению коечного фонда круглосуточных стационаров и использованием высокотехнологичных хирургических методов лечения пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в организации медицинской реабилитации указанной категории пациентов основная роль отводится амбулаторному звену.

С этой целью в структуре диспансера развернуто отделение медицинской реабилитации, включающее в себя кабинеты лечебной физкультуры, массажа, физиотерапевтических (в том числе бальнеотерапия) и психотерапевтических методов лечения, лазерной терапии, а также кабинет гипербарической оксигенации.

Пациенты, направленные специалистами консультативного отделения диспансера и врачами дневного стационара, проходят реабилитацию после оперативных вмешательств на сердце и магистральных сосудах.

Для каждого пациента врачом разрабатывается индивидуальная про-



грамма комплексной реабилитации, которая обеспечивает преемственность, последовательность и непрерывность реабилитационных мероприятий. А вот оптимальная реализация данной программы ложится на плечи сестринского персонала, который в нашем диспансере профессионально подготовлен, активен и творчески направлен. Лечебная физкультура, медицинский массаж, физиотерапевтические процедуры выполняются только медицинскими сестрами. От их четкого выполнения назначенной программы, чуткого и внимательного отношения к пациенту напрямую зависит результативность реабилитационных мероприятий.

Роль сестринского персонала проявляется не только в выполнении назначений врача, но и в поддержании в пациенте веры в выздоровление, рекомендациях относительно режима дня и лечебного питания, консультациях по всем интересующим вопросам. Корректные действия и профессионализм медицинских сестер сохраняют и повышают качество жизни пациентов, способствуют их скорейшему выздоровлению и возвращению к полноценной жизни.

В мае 2015 года в областном кардиологическом диспансере начал работать кабинет гипербарической оксигенации, который входит в структуру отделения медицинской реабилитации. Процедуры гипербарической оксигенации включаются в реабилитационные программы пациентов с сердечно-сосудистой патологией, в том числе после перенесенных операций на сердце и сосудах.

Сущность ГБО сводится к повышению содержания кислорода в тканях организма, что достигается путем на-

сыщения его медицинским кислородом под повышенным давлением. При всех заболеваниях, когда доставка кислорода к органам и тканям нарушена, развивается гипоксия (кислородное голодание). Жизненно важные органы (сердце, мозг, почки, печень) крайне чувствительны к недостатку кислорода и не могут нормально функционировать при его дефиците. Гипоксия может наступить по различным причинам – это и нарушение проходимости сосудов, кровоснабжающих орган (атеросклероз, воспаление, отек и пр.), и понижение количества гемоглобина, и множество иных причин, связанных с патологией дыхания, сердечной деятельностью и пр. Для лечения этих состояний разработаны различные способы кислородотерапии (оксигенотерапии).

Гипербарическая оксигенация оказывает следующие эффекты:

- стимулирует заживление ран;
- усиливает действие целого ряда фармакологических препаратов (антибиотиков, сердечных гликозидов, диуретиков и многих других);
- оказывает тонизирующее действие на организм;
- значительно улучшает общее состояние человека при переутомлении, стрессе;
- обладает омолаживающим эффектом на организм;
- способствует быстрейшему сжиганию жиров и нормализации обмена белков и углеводов.

Следует отметить ещё одно важное преимущество применения метода ГБО – этот метод позволяет свести к минимуму применение лекарственных средств. Применяя метод ГБО (от-

дельно или в комплексе с другими методами), удалось добиться хороших результатов в лечении многих заболеваний, существенно сократить сроки выздоровления, помочь ослабленному организму справиться с последствиями болезни, а также улучшить качество жизни у пациентов с рядом тяжелых хронических заболеваний.

Высока роль слаженной работы врача и медсестры кабинета ГБО. Они должны уметь устанавливать контакт с больным. Это особенно важно для пациента, который на протяжении сеанса находится в непривычных для него условиях, а именно замкнутое пространство, избыточное давление, непривычная влажность, отсутствие звуков и естественно 100% кислород. Беседа медсестры с пациентом перед сеансом позволяет напомнить и проверить соблюдение им техники безопасности, что особенно важно в данном кабинете, также она контролирует смену одежды пациентом на хлопчатобумажную. Важно, чтобы пациент не скрывал таких важных ощущений, как боль в ушах и тревога при нахождении в барокамере. Во время процедуры медсестра постоянно наблюдает за пациентом (учащение пульса и дыхания свидетельствует об отрицательном влиянии процедуры).

Учитывая пятилетний опыт работы областного кардиологического диспансера по организации медицинской реабилитации пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, можно сделать вывод о положительном влиянии реабилитационных мероприятий на состояние пациентов, на их более быструю адаптацию к повседневной жизни и о важной роли и значении сестринской деятельности в процессе реабилитации пациентов.

Скорая помощь – льготная пенсия

О НАЗНАЧЕНИИ ЛЬГОТНОЙ ПЕНСИИ ФЕЛЬДШЕРУ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ВОПРОС: Уважаемые коллеги, просим помочь в решении проблемы, возникшей у нас при приведении штатного расписания в соответствие с нормативными документами МЗ РФ, регулирующими деятельность службы скорой медицинской помощи.

В соответствии с приказами:

1. МЗ и СР РФ № 541Н от 23.07.2010 г. «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих». Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения;

2. Приказ МЗ РФ № 1183н от 20.12.2012 г. «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников»;

3. Приказ МЗ РФ № 388н от 20 июня 2013 г. «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»

мы обязаны переименовать должность «фельдшер» в должность «фельдшер скорой медицинской помощи». Но по Постановлению Правительства РФ от 29 октября 2002 г. № 781 «О списках работ, профессий, должностей, специальностей и учреждений, с учетом которых досрочно назначается трудовая пенсия по старости в соответствии со статьей 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», и об утверждении правил исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в соответствии со статьей 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», должности «фельдшер скорой медицинской помощи» в списках нет. Есть должность «фельдшер».

Сохранится ли льготный стаж за фельдшерами скорой медицинской помощи при переименовании должности?



На вопрос отвечает
Председатель
специализированной
секции РАМС «Лечебное дело»
П.П. Локтев

На основании Приказа Министерства здравоохранения РФ от 22 января 2016 г. № 33н «О внесении изменений в Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н» утверждены рекомендуемые штатные нормативы станции Скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи:

В пункте № 17 определена специальность фельдшера скорой медицинской помощи.

Фельдшер скорой медицинской помощи – 5,25 для обеспечения круглосуточной работы общепрофильной фельдшерской выездной бригады скорой медицинской помощи (при наличии в ее составе одного фельдшера скорой медицинской помощи); 10,5 для обеспечения круглосуточной работы общепрофильной фельдшерской выездной бригады скорой медицинской помощи (при наличии в ее составе двух фельдшеров скорой медицинской помощи); 5,25 для обеспечения круглосуточной работы общепрофильной врачебной выездной бригады скорой медицинской помощи

(при наличии в ее составе одного фельдшера скорой медицинской помощи); 10,5 для обеспечения круглосуточной работы общепрофильной врачебной выездной бригады скорой медицинской помощи (при наличии в ее составе двух фельдшеров скорой медицинской помощи); 5,25 для обеспечения круглосуточной работы специализированной педиатрической выездной бригады скорой медицинской помощи; 6,0 для обеспечения круглосуточной работы специализированной психиатрической выездной бригады скорой медицинской помощи.

На основании приказа МЗ РФ от 10 февраля 2016 г. № 83н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием» утверждена специальность и соответствующие должности:

Специальность «Скорая и неотложная помощь»	
Уровень профессионального образования	Среднее профессиональное образование по специальности «Лечебное дело»
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности «Скорая и неотложная помощь» при наличии среднего профессионального образования по специальности «Лечебное дело» Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Фельдшер скорой медицинской помощи, старший фельдшер, фельдшер по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи

Итак, по назначению досрочной трудовой пенсии по старости, а также по льготному порядку исчисления стажа, дающего права на досрочное назначение трудовой пенсии, в случае работы в учреждениях здравоохранения в сельской местности или в поселке городского типа, поясняя, что на основании **приказа № 435 МЗ и СР РФ от 31.05.2006 «Об установлении тождества наименований должностей «фельдшер выездной бригады», «фельдшер скорой помощи», «фельдшер выездной бригады станции (отделения) скорой и неотложной медицинской помощи» наименованию должности «фельдшер».**

В соответствии с пунктом 2 Постановления Правительства Российской Федерации от 11 июля 2002 г. № 516; НГР:Р0203620 «Об утверждении Правил исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в соответствии со статьями 27 и 28 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации»» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, № 28, ст. 2872) приказываю:

Установить по согласованию с Пенсионным фондом Российской Федерации тождество наименований должностей «фельдшер выездной бригады», «фельдшер скорой помощи», «фельдшер выездной бригады станции (отделения) скорой и неотложной медицинской помощи», «фельдшер выездной бригады станции (отделения) скорой медицин-

ской помощи» и «фельдшер выездной бригады скорой медицинской помощи» наименованию должности «фельдшер», предусмотренному Списком должностей и учреждений, работа в которых засчитывается в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, в соответствии с подпунктом 11 пункта 1 статьи 28 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 29 октября 2002 г. № 781; НГР:Р0205145 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, № 44, ст. 4393).

Таким образом, фельдшер скорой помощи имеет право на назначение досрочной трудовой пенсии по старости, а также на льготный порядок исчисления стажа, дающего права на досрочное назначение трудовой пенсии, в случае работы в учреждениях здравоохранения в сельской местности или в поселке городского типа.

Прошу обратить внимание, что на основании Постановления № 781 от 29.10.2002 из перечня профессии был исключен фельдшер по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам СМП. В Пенсионном фонде отказ обуславливают отсутствием лечебной деятельности по этой должности.

РОСМЕДОБР-2016

Система непрерывного медицинского и фармацевтического образования (НМО) и информатизация отрасли вошли в пятерку приоритетных проектов, которые будет реализовывать Минздрав России в ближайшее время. Эти темы получили горячее обсуждение среди медицинских работников, представителей органов власти в сфере охраны здоровья, руководителей профессиональных обществ и образовательных организаций на VII международной конференции «РОСМЕДОБР 2016. Инновационные обучающие технологии в медицине» и V Съезде Российского общества симуляционного обучения в медицине.

Эти направления были названы в числе основных для здравоохранения на заседании Президиума Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам. Кроме того, на XV Международном инвестиционном форуме «Сочи-2016» председатель правительства РФ Дмитрий Медведев озвучил, что обучение врачей намерены «вывести на новый уровень – благодаря portalу НМО. На нём в ближайшие годы будет размещено около 2 тыс. учебных модулей для повышения квалификации по всем врачебным специальностям. А к 2018 году повышение квалификации с использованием этих модулей должно пройти не менее 260 тыс. врачей».

На вопрос о том, будет ли аналогичная система работать и для медицинских сестер, директор департамента медицинского образования и кадровой политики Минздрава России Татьяна Семенова ответила утвердительно. Правда сейчас она действует только для специальности «Управление сестринской деятельностью».



Тем не менее, Ассоциация медицинских сестер России ведет активную работу над созданием учебных модулей и организацией первых аккредитованных в рамках модели НМО мероприятий.

Их участники, а таких на 1 октября уже более 1800 человек, получают Свидетельства с образовательными кредитами. Те из участников, кто имеет специальность «Управление сестринской деятельностью», могут данными кредитами воспользоваться и внести в свое образовательное портфолио, зарегистрировать повышение квалификации в личном кабинете на портале www.sovetnmo.ru. Участники мероприятий, не имеющие высшего образования, пока воспользоваться кредитами не смогут, но, как отметила Татьяна Семенова, Минздрав об этой проблеме знает и работает над ее решением.

Дезактив-Гель

АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ

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

ОПИСАНИЕ

Готовый к применению гель в виде прозрачной вязкой жидкости.

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

СОСТАВ

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

НАЗНАЧЕНИЕ

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

Срок годности средства—3 года.



МИКРОБИОЛОГИЯ

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

ПРИМЕНЕНИЕ

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

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

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

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



ПЕДИКУЛИЦИДНЫЕ СРЕДСТВА СЕРИИ “МЕДИЛИС”

МЕДИЛИС-СУПЕР

RU.77.99.88.002.E.017368.12.12

24% ФЕНТИОН

МЕДИЛИС-ПЕРМИФЕН

RU.77.99.88.002.E.008546.10.13

4% ПЕРМЕТРИН + 16% ФЕНТИОН

МЕДИЛИС-МАЛАТИОН

RU.77.99.88.002.E.005275.06.13

40% МАЛАТИОН

МЕДИЛИС-БИО

RU.77.99.37.002.E.002102.02.11

ГВОЗДИЧНОЕ МАСЛО

МЕДИЛИС-И

RU.77.99.27.002.E.051744.12.11

5% ПЕРМЕТРИН



- ГОЛОВНОЙ ПЕДИКУЛЕЗ
- ПЛАТЯНОЙ ПЕДИКУЛЕЗ
- ЛОБКОВЫЙ ПЕДИКУЛЕЗ
- ДЕЗИНСЕКЦИЯ ПОМЕЩЕНИЯ
ОТ ВШЕЙ И ЧЕСОТОЧНЫХ КЛЕЩЕЙ



+7(499)678-03-66
(многоканальный)
+7(495)315-16-65
+7(495)315-17-10

MEDILIS.RU