

# ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 1/30 2017



**Контроль хирургического дыма – залог безопасной операционной среды**



**стр. 6**

**Сохраняя традиции, устремляемся в будущее: медицинские сестры Омской области отметили 60-летие Совета по сестринскому делу**



**стр. 35**

**Увлекательно и нестандартно: в Вологде прошёл очередной сестринский семинар**



**стр. 26**

**Участники всероссийской конференции обсудили пациент-ориентированные технологии в медицинской реабилитации**

**ОГРОМНЫЙ АССОРТИМЕНТ  
АКСЕССУАРОВ И РАСХОДНЫХ  
МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ХРАНЕНИЯ И  
СТЕРИЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ  
ИЗДЕЛИЙ**



**УПАКОВОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ  
СТЕРИЛИЗАЦИИ**



**ПРЕДОХРАНИТЕЛЬНЫЕ ИЗДЕЛИЯ**



**ЛИСТОВЫЕ МАТЕРИАЛЫ  
ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ**

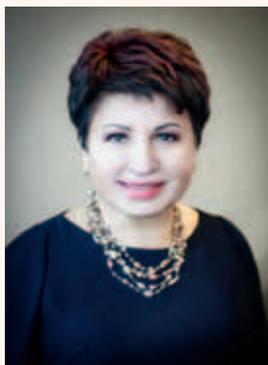


**ЦВЕТОВАЯ КОДИРОВКА**



**БЕЗОПАСНАЯ МАРКИРОВКА**





**■ Ассоциация медицинских сестер России объявляет о начале сбора примеров передовой практики медицинских сестер и акушерок, чтобы достижения отдельных регионов стали достоянием всей профессии.**

Уважаемые коллеги и дорогие читатели «Вестника»!

Приветствуя вас в первом выпуске журнала в 2017 году, хочу обратить ваш взгляд в будущее и приоткрыть некоторые планы Ассоциации.

Многие из вас знают о том, что Ассоциация осуществляет большую работу по развитию непрерывного медицинского образования (НМО). Многие регионы к этой деятельности подключились и, надо сказать, добились определенных результатов. Аккредитованные по специальности «Управление сестринской деятельностью» мероприятия уже прошли и пройдут в ближайшее время в Иваново, Омске, Астрахани, Санкт-Петербурге, Ростове, Петрозаводске, Тюменской области, Воронеже, Вологде, охватывая все большее число медицинских сестер. Однако развитие НМО в формате очного участия имеет свои ограничения – затраченные на организацию ресурсы не сопоставимы с тем, какое количество специалистов таким обучением необходимо охватить. С тем чтобы существенно повысить доступность непрерывного медицинского образования для медицинских сестер, акушерок и фельдшеров, уже сейчас РАМС разрабатывает стратегию онлайн вещания, телеконференций, принимая участие в которых члены организации даже из самых отдаленных уголков России смогут получить знания экспертного уровня из «первых рук». И целью такого обучения станет даже не формальное накопление баллов НМО, хотя для специалистов важным будет и это, а содействие единому пониманию требований нормативной документации, внедрению как стандартных, так и образцовых практик сестринской помощи. Подробнее эти вопросы уже в ближайшее время будут рассмотрены членами Правления и Координационного совета РАМС.

Другим не менее важным разделом методической работы Ассоциации станет сбор примеров образцовой и расширенной практики медицинских сестер и акушерок. Несколько лет назад такая попытка уже предпринималась. Более того, усилия организации были направлены на то, чтобы число таких примеров в России неуклонно росло. Расширение зоны ответственности медицинской сестры – будь то в первичном здравоохранении, в оказании стационарной помощи или в помощи на дому – это всегда свидетельство повышения ее доступности и эффективности. Объем и спектр видов сестринской помощи, которые сегодня появляются в мире, связаны с необходимостью более полноценного использования сестринских кадров в эпоху растущих потребностей общества и повышенных ожиданий к системам здравоохранения. Хочется верить, что многие из вас на призыв РАМС откликнулись, определив и направления развития сестринских служб, и предприняв конкретные шаги. Теперь вы с гордостью сможете поделиться достигнутыми результатами со всеми коллегами не только в России, но и за рубежом. Примеры эффективной и передовой практики выходят на ведущие позиции при обсуждении ситуации в здравоохранении на уровне самых авторитетных международных организаций.

Осуществляя сбор российских примеров передовой практики, считаем важным информировать членов Ассоциации и своих читателей о технологиях, которые в ближайшее время, в том числе с вашей помощью, могут прийти в отечественное здравоохранение. В этом выпуске в центре внимания, конечно же, технологии операционной практики – простые и современные решения актуальных проблем пациентов могут быть реализованы уже завтра, если сегодня вы будете готовы уделить их внедрению часть своего вре-

мени. вспомните, что будущее профессии – в ваших руках.

Европейский день операционной медицинской сестры в этом году проходит под девизом: «Контроль хирургического дыма – залог безопасной операционной среды». Вместе с коллегами из Европейской ассоциации операционных сестер мы обращаем внимание специалистов на то, что с распространением новых видов хирургического лечения с применением электроинструментов, лазеров, стоит уделить особое внимание вопросам безопасности и персонала, и пациентов. Согласно исследованиям, хирургический дым ничуть не менее опасен, чем табачный. Более того, он может являться источником бактерий и вирусов, нести реальную угрозу здоровью оперирующей бригады. Обеспечить операционные специальными устройствами по эвакуации дыма медицинские сестры не в силах. Но проинформировать коллег и руководителей об угрозах и рисках, открыть дискуссию, предпринять действия по решению проблемы могут и должны именно медицинские сестры! В канун Европейского дня операционной медицинской сестры РАМС искренне поздравляет вас с профессиональным праздником, желает интересной, увлекательной профессиональной деятельности, а также сохранения здоровья, профессионального долголетия и признания!

Конец зимы и начало весны связаны и с другими приятными для нас датами. Хочется поздравить всех мужчин в сестринской профессии с Днем защитника Отечества, а милых и прекрасных дам – с Международным женским днем 8 марта! Надеюсь, что выпуск «Вестника», который вы держите в руках, станет для вас приятным праздничным сюрпризом, поможет открыть новые страницы в вашей профессиональной деятельности!



**На обложке:** врач-хирург Николай Вячеславович Сипачёв и операционная медицинская сестра Екатерина Олеговна Айнетдинова, операционный блок ГБУЗ ТО «ОКБ № 1»

## СОДЕРЖАНИЕ

НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ	
Новый проект РАМС: Создание базы данных примеров расширенной сестринской и акушерской практики	стр. 22
Всероссийская научно-практическая конференция «Пациент-ориентированные технологии в медицинской реабилитации, инновации и профессиональные компетенции»	стр. 26
СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ	
Положить конец эпидемии СПИДа. Акции медицинских сестер Вологодской области	стр. 3
Новогоднее чудо	стр. 4
Сохраняя традиции, устремляемся в будущее: профессионализм, инновации, качество	стр. 6
ЕВРОПЕЙСКИЙ ДЕНЬ ОПЕРАЦИОННОЙ МЕДСЕСТРЫ	
Роль операционной медицинской сестры при выполнении современных высокотехнологичных операций	стр. 12
Технологии будущего в операционной практике: современные решения актуальных проблем	стр. 14
Официальная позиция Ассоциации медицинских сестер России по хирургическому дыму	стр. 16
Управление рисками в оперблоке: Сколько стоят инфекции области хирургического вмешательства?	
ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА	
Организация работы патронажной службы паллиативной помощи детям. Опыт Кемеровской области	стр. 9
Метаболический мониторинг гомеостаза в условиях экспресс-лаборатории	стр. 23
СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	
Роль сестринского персонала в реабилитации пациентов после ОНМК	стр. 27
Использование технологий тайм-менеджмента в профессиональной деятельности главных медицинских сестер	стр. 36

Свидетельство о регистрации ПИ №ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 03.02.2017. Отпечатано в ООО «ИПК «Береста». 196084, Россия, Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28. Заказ №1117. 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](mailto:julia@medsestre.ru) Подробная информация о подписке и размещении публикаций – на сайте РАМС: [www.medsestre.ru](http://www.medsestre.ru)

## УЧРЕДИТЕЛИ И ИЗДАТЕЛИ

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

## РЕДАКЦИЯ

**Главный редактор** – Валентина Саркисова  
**Ответственный редактор** – Наталья Серебренникова  
**Научный редактор** – Валерий Самойленко  
**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](mailto:rna@medsestre.ru)

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

- АНОПКО В.П.** – канд. мед. наук, президент Астраханской региональной общественной организации «Профессиональная сестринская ассоциация»
- 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

# ПОЛОЖИТЬ КОНЕЦ ЭПИДЕМИИ ВИЧ

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ ВОЛОГДЫ ОРГАНИЗОВАЛИ АКЦИИ ПРОТИВ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ

1 декабря 2016 года Вологодская региональная общественная организация «Ассоциация специалистов сестринского дела» приняла участие во Всероссийской акции «СтопВИЧ/СПИД», которая прошла в рамках Всемирного Дня борьбы со СПИДом.

Впервые этот день отмечался 1 декабря 1988 года в соответствии с решениями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Генеральной Ассамблеи ООН. Этот день был установлен для того, чтобы привлечь внимание мировой общественности к распространению ВИЧ-инфекции, которая приняла масштабы глобальной пандемии, распространяющейся по всем регионам мира. Организованные усилия были направлены на укрепление общественной поддержки программ профилактики распространения ВИЧ/СПИД, на организацию обучения и предоставления информации по всем аспектам ВИЧ/СПИД.

Напомним, первый случай ВИЧ-инфекции в России был официально зарегистрирован в 1987 году. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) разрушает и ослабляет функцию иммунных клеток, поэтому у инфицированных людей постепенно развивается иммунодефицит. Если не начать лечение, то через 10–12 лет после заражения ВИЧ переходит в последнюю стадию – СПИД, который сопровождается разрушением иммунной системы, и человек умирает. По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом в Российской Федерации на 30.09.2016г. зарегистрировано 1087339 случаев ВИЧ-инфекции,

умерло 233 152 ВИЧ-инфицированных пациента.

Символом надежды всего человечества на будущее без СПИДа стала красная ленточка в виде перевернутой буквы V. Ее с 2000 года носят активисты, а 1 декабря – все прогрессивно настроенные люди.

В 2016 году в рамках Всемирного дня борьбы со СПИДом проведена информационная кампания «Я за! #профилактика ВИЧ». Главной целью сегодня является развитее успехов в борьбе с ВИЧ-инфекцией, достижение стабилизации в распространении заболевания в мире. Одна из основных задач заключается в расширении форм деятельности сестринского персонала в области профилактики ВИЧ-инфекции.

В мероприятиях Всероссийской акции «СтопВИЧ/СПИД» приняли участие 286 специалистов сестринского дела, представляющих семь лечебно-профилактических организаций области: городские поликлиники № 1 и № 4 города Вологды, детские городские поликлиники № 1 и № 5 г. Вологды, Вологодская городская больница № 1, Грязовецкая ЦРБ, Кирилловская ЦРБ. Для населения, в том числе для учащихся, проведены беседы на темы «ВИЧ – чума XXI века», «Осторожно, СПИД!», «ВИЧ. Мифы и реальность», «Узнай свой ВИЧ-статус», «Беременность и ВИЧ», «О чем говорит красная лента», «Профилактика ВИЧ/СПИДа». Состоялось интерактивное общение в рамках круглого стола «Не будь равнодушен к своему здоровью. 1 декабря – День борьбы со СПИДом», лекция на тему «Этиология, клиника, диагностика и профилактика ВИЧ». Выпущены листовки, брошюры, бук-



леты, плакаты, санбюллетени. Состоялись демонстрации видеороликов «Знать не страшно ВИЧ, страшно не знать!» и «Всемирный день борьбы со СПИДом» для учащихся

средних специальных учебных заведений, для учащихся техникумов, а также их трансляция в поликлинике № 1 г. Вологды в течение 3 дней. Проведено анкетирование населения, в котором приняли участие 429 человек. Более 120 человек бесплатно сдали кровь на ВИЧ, все желающие получили консультацию инфекциониста.

Кроме этого, организован фотоконкурс «Профилактика ВИЧ». В адрес руководителей образовательных организаций области направлено информационно-методическое письмо о формах и методах профилактической работы по предупреждению ВИЧ-инфекции в образовательных организациях.

Общение в рамках акции проходило в теплой, доброжелательной обстановке. Информационный материал был представлен в доступной форме, на все интересующие вопросы получены исчерпывающие ответы. Всего в мероприятиях акции задействовано более 6400 жителей области, примерно треть из них – учащиеся общеобразовательных школ и организаций среднего профессионального образования.



# НОВОГОДНЕЕ ЧУДО

■ **Романова А.А.**

Главный специалист по управлению  
сестринской деятельностью ДЗ  
Брянской области

Накануне январских праздников правление Ассоциации сестринского персонала Брянщины во главе с президентом Ларисой Анатольевной Третьяковой, вместе с Дедом Морозом и Снегурочкой – в роли которых выступили Владимир Дмитриевич Соловов, заместитель главного врача, и Марина Николаевна Есина, медицинская сестра ГАУЗ «Брянский клинично-диагностический центр», посетили ГБУЗ «Брянская областная детская больница».

Маленьким пациентам, которые попали сюда в канун праздника, подали новогоднее представление по мотивам мультфильма «Бременские музыканты». В игровой программе с конкурсами и подарками участвовали актеры брянского областного Театра юного зрителя.

Дед Мороз заглянул в каждую палату, чтобы навестить и поздравить ребят, находящихся из-за травмы или заболевания на постельном режиме, вручить им подарки и пожелать скорейшего выздоровления. Ни один ребенок не остался без внимания Дедушки Мороза!



Наши коллеги в США также считают важным во время праздников оказывать пациентам дополнительную поддержку и уделять больше внимания. Нэнси Брент отмечает в своем блоге (Nancy J. Brent, MS, JD, RN), что пациент может переживать лечение как тяжелое и гнетущее событие, стресс в любой момент времени. Никому не нравится плохо себя чувствовать, ложиться на операцию и принимать лекарства. А если это происходит во время праздников, то испытываемые человеком негативные эмоции ощущаются еще острее.

Работая в стационаре, в поликлинике или оказывая помощь на дому, в праздничные новогодние дни каждая медицинская сестра может окружить своих пациентов вне зависимости от их возраста еще большей добротой и теплом.

Пациенты, особенно в домах сестринского ухода, в праздничные дни чувствуют себя забытыми и брошенными. Ситуацию могут изменить простые знаки внимания – связанные вручную перчатки или носки или сделанная своими руками открытка.

Рецептов праздника может быть множество – незатейливое новогоднее убранство в отделении, на сестринском посту, заразительная улыбка, адресованная пациентам, дополнительное время на общение с ними – все это может поднять настроение.

А еще можно обратить внимание, что в декабре отмечаются и другие праздники, в том числе религиозные. Если пациент не хочет принимать участие в праздничном мероприятии, он должен иметь возможность этого избежать, но пригласить следует всех.

По информации

<https://www.nurse.com>

# МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР г. ЯКУТСКА

## УСПЕШНЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ

**Егорова А.В.**

Главная медсестра, ГАУ РС(Я)  
«Медицинский центр г. Якутска»

Прошло уже около четырех лет с момента открытия первого «пилотного» проекта среди учреждений первичного звена ГАУ РС(Я) «Медицинский центр г. Якутска», образованного вследствие слияния трех больниц, расположенных на территории двух муниципалитетов: ГО Якутск и ГО Жатай. И сейчас, спустя время, можно говорить об успешном опыте работы уникальной больницы в условиях «вечной мерзлоты».

Предыстория: с 1 июля 2012 года финансовые средства больниц определяются количеством прикрепленного населения, соответственно те больницы, которые имеют небольшое количество населения при переходе на «подушевой» принцип, теряют средства и могут быть объявлены банкротами. В связи с этим коллегией Минздрава республики было принято решение об объединении трех больниц: ЯГБ №4, ЯГБ №5, Жатайской МБ, и 23 января 2013 года был создан новый медицинский центр г. Якутска.

Организация такого центра – это целый комплекс организационно-экономических мероприятий, направленных на обеспечение доступности медицинского обслуживания населения и улучшения качества первичной помощи в рамках программы модернизации здравоохранения.

Одной из целей такого объединения является организация доступной высококвалифицированной первичной медико-санитарной и специализированной помощи, при этом предполагается более эффективное использование человеческих и материальных ресурсов. Это привлечение специалистов экспертного класса, использование дорогостоящего оборудования, расходных материалов.

Одним из острых моментов считается кадровый дефицит, особенно



среди узких специальностей, сложившийся в течение последних лет по всей территории России, актуальный и для Якутска. Благодаря слиянию учреждений этот вопрос удалось решить.

В процессе деятельности и многократной «отработки маршрутизации» было принято решение о выделении отдельных служб (взрослая, детская, женская) в соответствии с требованием санитарных норм и правил, чего мы не могли позволить себе, работая в условиях дефицита площадей. В первую очередь была выделена служба акушерства и гинекологии, что позволило расширить рамки женской консультации, объединить мощности двух учреждений и создать Центр семьи и репродуктивного здоровья. Если раньше мы не могли обеспечить кадрами по отдельности каждую женскую консультацию, то теперь к нам идут специалисты с международными сертификатами экспертного уровня, а пациенты получают возможность пройти обследование в своей больнице по месту прикрепления.

3 октября 2016 года после капитального ремонта торжественно открыли поликлиническое отделение педиатрической службы, которое представлено в форме единого комплекса с усиленной консультативно-диагностической службой, реабилитационным отделением и стационаром дневного пребывания с разграничением потоков здоровых и больных детей.

Терапевтическая служба с мощным диагностическим подразделением, централизованной лабораторией, специализированной службой располагается в отдельном здании на 600 посещений с трехсменным графиком работы. В настоящее время активно ве-

дется работа по формированию профилактического отделения с Центром здоровья.

Внедрение данной модели позволило компенсировать неравномерность развития амбулаторной медицинской помощи, что необходимо для повышения качества и доступности медицинской помощи для населения, преимущественно по участково-территориальному принципу. Выполнение данной задачи в полном объеме позволит рационально использовать дорогостоящее оборудование и медицинскую технику, а также снизить сроки ожидания медицинской помощи и компенсировать дефицит врачей-специалистов по необходимому профилю. Наша задача – стремиться к тому, чтобы наш центр стал таким, каким он был задуман – передовым по всем направлениям.

Мы понимаем, нужно время, чтобы население почувствовало положительные сдвиги в оказании медицинской помощи. С началом работы мы встречали и негативные отзывы пациентов по поводу нововведений, но в последнее время радуется, что как со стороны коллектива, так и со стороны населения наблюдается больше понимания, положительных отзывов и желания сотрудничать.

Конечно, хочется, чтобы у всех был настрой на качественную работу, стремление идти вперед, внедрять новые технологии, формы работы, чтобы наше учреждение стало лучшим в городе. Сегодня неприемлемо быть инертным, нельзя стоять в стороне, жизнь заставляет быть активным. Ведь работа медика связана с людьми, их здоровьем, и от нас требуется полная профессиональная, интеллектуальная самоотдача, иначе нельзя.

# Сохраняя традиции, устремляемся в будущее: профессионализм, инновации, качество



## ■ Тимофеева Е.В.,

Старшая медицинская сестра  
1 наркологического отделения  
БУЗОО «Наркологический диспансер»,  
ключевой член, член  
Профессионального комитета Омской  
профессиональной сестринской  
ассоциации

## «Будущее начинается с истории...»

Удивительное историческое событие, значимая веха в летописи сестринского дела, свидетелями которого мы стали, состоялось 23 декабря 2016 года. Первый региональный форум «Общественное сестринское движение Омской области 1956–2016 гг.», прошел под девизом «Сохраняя традиции, устремляемся в будущее: профессионализм, инновации, качество» навсегда останется в наших сердцах и войдет в историю региона в год 300-летия Омска. Подготовка к форуму началась за год до даты его проведения, организационный комитет разрабатывал программу, занимался подбором материалов к книге и фильму, организацией выставки, подготовкой докладов и многим другим. Специально к форуму была разработана эмблема мероприятия, в которой нашли отражение знакомые всем медицинским сестрам региона символы сестринской ассоциации и элементы общегородского юбилейного логотипа трехсотлетия Омска. Такое масштабное мероприятие стало возможным благодаря Омской профессиональной сестринской ассоциации и прошло при поддержке Министерства здравоохранения Омской области, администрации Областной клинической



больницы и с участием активных членов Советов по сестринскому делу медицинских организаций региона.

Если окунуться в историю, то зарождение общественного сестринского движения Омского региона началось в ноябре 1956 года на общепольничной сестринской конференции, когда был создан первый Совет медицинских сестер в Областной клинической больнице. Целью его создания было сплочение медицинских сестер в коллектив единомышленников для объединения усилий в повышении профессионализма и осуществлении качественного ухода за пациентами. В настоящее время интерес к сестринской профессии, ее истории необычайно возрос, и очень важно помнить, с чего начиналось и как проходило становление сестринского движения в Омском регионе. Сегодня общественное сестринское движение Омской области играет важную роль в формировании единой политики сестринского дела – как в регионе, так и в России, вносит неоценимый вклад в создание системы непрерывного профессионального образования и развитие личностных качеств сестринского персонала, в развитие сестринских исследований, новых технологий, в совершенствование системы ухода за пациентами и сохранение этических аспектов деятельности самой милосердной профессии.

Программу мероприятий форума начали с торжественного открытия выставки «Достижения в сестринском деле Омской области: расширенная сестринская практика, исследования, инновации, образование», где Советы по сестринскому делу из 15 медицинских организаций – Областная клиническая больница, Областная детская клиническая больница, Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников, Наркологический диспансер, Госпиталь ветеранов войн, Калачинской и Большереченской центральных районных больниц, Городской клинический перинатальный центр (педиатрический стационар), Городская детская клиническая больница № 3, Городская больница № 6, ГКБ № 1 им. А.Н. Кабанова, ГКБ скорой медицинской помощи № 1, Городская больница № 9, Врачебно-косметологическая лечебница, Нежинский геронтологический центр, а также Центр повышения квалификации работников здравоохранения, колледж Омского государственного медицинского университета МЗ РФ и Омская профессиональная сестринская ассоциация представили свои достижения, поделились опытом и методическими наработками.

Более 400 участников форума имели возможность посмотреть премьеру фильма «Сохраняя традиции, устремляемся в будущее: профессионализм, ин-



новации, качество», снятый Омской профессиональной сестринской ассоциацией, посвященный 60-летию юбилею общественного сестринского движения Омской области. В его основу были положены как исторические справки и кадры, так и интервью наших современников, лидеров и ветеранов о том, что и как нам удалось за эти годы. Посмотреть фильм можно на сайте Омской профессиональной ассоциации.

Особые приветственные слова участники и гости Форума услышали от министра здравоохранения Омской области А.Е. Стороженко, который поддержал все начинания медицинских сестер региона, поблагодарил всех за хорошую работу и вручил почетные грамоты министерства здравоохранения Омской области лидерам сестринского движения региона – Т.Ф. Моисеевой, Г.А. Балацан, Н.Я. Враковой, Г.Е. Бут, Е.В. Поливоде. Нагрудным знаком «Отличник здравоохранения Омской области» удостоена президент Омской профессиональной сестринской ассоциации Т.А. Зорина.

К делегатам форума с напутственными словами обратились: председатель Федерации омских профсоюзов С.В. Моисеенко, председатель Омской областной организации профсоюза работников здравоохранения С.В. Быструшкин, исполнительный директор Омской региональной ассоциации врачей Е.К. Медведчиков, председатель региональной общественной организации «Ветераны здравоохранения Омской области» Н.А. Юняев. Каждый из выступающих отметил важность сотрудничества для развития здравоохранения, в том числе и сестринского дела, высказывал слова благодарности и пожелания плодотворной работы форуму.

На форуме был обобщен опыт совместной работы Советов по сестринскому делу медицинских организаций, образовательных медицинских учреждений и Омской профессиональной сестринской ассоциации по развитию сестринского дела в регионе за 60 лет. Все эти годы мы преодолевали препятствия, терпели неудачи, но всегда добивались успеха и стремились к повышению статуса профессии в обществе. Нам хотелось рассказать о людях, чей ежедневный труд, знания и умения открывают новые грани нашей профессии подталкивали и двигали нас вперед. Особое внимание хочется уделить презентации книги «Общественное сестринское движение Омской области 1956–2016 гг.». Это поистине уникальное издание, где отражены ключевые события в развитии сестринского дела Омской области 1956–2016 гг., описан путь Ассоциации в общественном сестринском движении. Страницы, где отражены исторические факты и ключевые события в деятельности 106 Советов по сестринскому делу медицинских клиник региона, представлена работа 11 специализированных секций, 3 комитетов и 17 учебно-методических кабинетов. В разделах «Лучшие из лучших», «Галерея славы» нашли отражение славные имена наших коллег и малоизвестные исторические факты. Мы убеждены, что листая эти страницы, следующие поколения медицинских сестер проникнутся нашей любовью и уважением к профессии, продолжат и приумножат наши достижения.

Многое для нас на этом форуме было впервые. Например, впервые к работе на форуме были привлечены волонтеры из числа студентов и молодых специалистов, на плечи которых легли масштабные задачи по безукло-

### « К юбилею...»

60 – так много и так мало –  
Эта дата значима для нас.  
Мы верны ей с самого начала,  
Исполняя Родины наказ.

Вспомним мы сейчас, как начиналась  
Важная и светлая пора –  
Медсестер «движенье» зарождалось  
В дни советских лет календаря.

Малыми тогда еще рядами  
Шли медсестры омских горбольниц  
Но потом, окрепшие с годами,  
Мы достигли прочности «границ».

Следуя за старшим поколеньем,  
Знания мы копили день за днем,  
И сейчас их с трепетным умением  
Молодым медсестрам отдаем.

Мы достигли новых технологий,  
Стал богаче уровень идей.  
Но всегда мы помним тех, не многих,  
Так родных для нас учителей.

**Ирида Братковская,**  
медцинская сестра  
Городской поликлиники № 1

ризированной организации мероприятия. Мы положили начало сотрудничеству и надеемся на поддержку «подрастающего» поколения специалистов. В завершение основной части форума участники открытого микрофона высказали свое мнение в вопросах становления и перспективах развития сестринского движения в регионе. Приятно было услышать и мнение гостей из Республики Тыва.

Ярким финалом форума стала торжественная церемония награждения, организованная эффектно и празднично. Четырнадцать творческих музыкальных номеров, подготовленные силами Советов, перемежались награждением. Вручались награды победителям регионального этапа Всероссийского кон-



курса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием 2016 года» в номинациях «За верность профессии», «Лучшая старшая медицинская сестра», «Лучший лаборант», «Лучшая медицинская сестра», «Лучший акушер». Активным участникам сестринского движения вручены почетные грамоты Федерации независимых профсоюзов, Омской областной профсоюзной организации работников здравоохранения, Омской профессиональной сестринской ассоциации. Свидетельства и памятные подарки получили Советы по сестринскому делу, участвующие в выставке. Торжественно прошло посвящение в почетные члены Омской профессиональной сестринской ассоциации и Областной клинической больницы.

Признания вручены 25 Советам, отметившим юбилейные даты в текущем году. Мы еще раз хотим поздравить Советы по сестринскому делу медицинских организаций с 5-летним юбилеем: Детского легочного туберкулезного санатория и Врачебно-косметологической лечебницы; с 10-летним юбилеем: Нежинского геронтологического центра, Городской больницы № 9, Детской городской поликлиники № 4, Городской стоматологической поликлиники № 3; с 15-летним юбилеем: Клинического родильного дома № 6, Городской больницы № 6, Городской поликлиники № 1, Городской поликлиники № 8, Стоматологической поликлиники; с 20-летним юбилеем: Русско-Полянской центральной районной больницы и Центра медицинской реабилитации; с 25-летним юбилеем: Детской городской больницы № 4, Городской клинической больницы № 11, Городской клинической больницы скорой медицинской помощи № 1; с 30-летним юбилеем: Тевризской и Му-

ромцевской центральных районных больниц, Крутинской центральной районной больницы им. профессора А.В. Вишневого; с 35-летним юбилеем: Городской клинической стоматологической поликлиники № 1; с 40-летним юбилеем: Госпиталя ветеранов войн, Клинического противотуберкулезного диспансера № 4, Большереченской центральной районной больницы; с 55-летним юбилеем: Тарской центральной районной больницы; с 60-летним юбилеем: Совет по сестринскому делу Областной клинической больницы – первый, созданный в регионе Совет, который дал толчок к развитию сестринского движения и все эти годы являлся флагом, сохраняя и приумножая традиции, внедряя передовые технологии. С 2016 года Совет признан школой передового опыта в развитии сестринского дела региона.

И, как полагается, в финале участников ждал юбилейный праздничный торт и свечи. Все закончилось торжественным празднованием юбилея и наступающего Нового года. Всех присутствующих поздравили Дед Мороз и Снегурочка. Мы не спешили расходиться, строили планы на будущее, делились своими мечтами и надеждами на год грядущий. Мы точно знаем, что у нас все получится, ведь пока мы вместе – МЫ СИЛА! Этот день уже стал

### Когда судьба встречается с мечтой...

Когда судьба встречается с мечтой,  
Наперекор всем бедам и сомнениям.  
Быть медсестрой – не легкий труд порой,  
Но этот труд достоин уважения!

Мы начинали наш тернистый путь  
Шагами робкими и тягой к новым знаниям.  
В профессию другую жизнь вдохнуть,  
Задач и планов наше осознание.

Советы акушерок, медсестер,  
Команды, коллективы, сектора.  
Движение наше, пламенный костер,  
И каждый день дела, дела, дела...

Нам 60 – счастливых зим и лет!

За это время мир менял сюжеты.

Но вместе мы нашли на все ответ,  
Объединив усилия в Советы.

Нам есть о чем мечтать и чем гордиться!  
Забот и дел за день не перечесать.

Но узнают в России наши лица,  
Быть впереди для нас БОЛЬШАЯ ЧЕСТЬ!

Когда судьба встречается с мечтой,  
Наперекор всем бедам и сомнениям.

Вы поднимитесь ввысь над суетой  
И принимайте наши поздравления!

**Елена Тимофеева,**

*старшая медицинская сестра  
Наркологического диспансера*

страничкой нашей современной истории, а теплые воспоминания об этом дне нашли отражение в стихах наших коллег, которые еще долго будут «будоражить» наши сердца.



# Организация работы патронажной службы паллиативной помощи детям

## ■ Попова Л.А.

Старшая медицинская сестра выездной службы паллиативной помощи детям ГБУЗ КО «Новокузнецкая городская детская клиническая больница № 3»

## ■ Букина Т.А.

Председатель педиатрической секции РАМС, главная медицинская сестра ГБУЗ КО «Новокузнецкая городская детская клиническая больница № 3»

## ■ Дружинина Т.В.

Президент КРОО ПАМСК, заслуженный работник здравоохранения



Организация паллиативной помощи детям – тема чрезвычайно актуальная, она включает этические, экономические, социальные и другие аспекты жизни пациента и его семьи. Патронаж – одна из эффективных форм паллиативной помощи. Каждый ребенок, независимо от тяжести заболевания, хочет находиться дома – в кругу семьи, в привычных для него условиях, с любимыми игрушками, книжками, с возможностью общения с родственниками и друзьями. Больные дети, так же, как и их близкие, нуждаются в комплексной поддержке и самых разных видах помощи. Всестороннее удовлетворение их потребностей требует участия профессионалов самых разных специальностей – как медицинских, так и немедицинских. Нет ничего лучше мобильной команды из таких специалистов, которые могут оказывать адресную помощь больному ребенку и его семье с учетом их потребностей.

С февраля 2016 года в Детской городской больнице № 3 на базе хосписного отделения паллиативной помощи детям начала свою работу выездная служба паллиативной помощи.

**Цели деятельности выездной службы:**

- изучение структуры патологии детей, взятых на обслуживание;
- разработка мер, направленных на оказание эффективной паллиативной помощи.

**Для достижения данных целей были поставлены следующие задачи:**

- изучение нормативной правовой базы о патронажной службе паллиативной помощи;
- разработка локальных актов и Положения для работников паллиативной помощи;
- разработка должностных инструкций для бригады патронажной службы паллиативной помощи;
- изучение структуры пациентов, находящихся на лечении (по локализации основного процесса, количеству осложнений основного процесса, наличию сопутствующих патологий, тяжести состояния);
- разработка мер, направленных на оказание эффективной паллиативной помощи.

Организация выездной службы паллиативной помощи детям осуществляется в соответствии с Положением, утвержденным главным врачом боль-

ницы. В своей работе патронажная служба руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, приказами Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Комитета здравоохранения РФ, другими нормативными актами.

Для более эффективной работы службы были разработаны информационные буклеты, которые были направлены во все детские лечебные учреждения города. Кроме того, необходимая информация была размещена на официальном сайте больницы. Совместно с участковыми педиатрами проводилась работа по отбору больных, нуждающихся в паллиативной помощи.

Наши подопечные имеют самые разные проблемы со здоровьем. В группе патологий у детей, нуждающихся в паллиативной помощи, наибольший процент занимают болезни нервной системы. В данную категорию входят дети с детским церебральным параличом, эпилепсией, тяжелыми поражениями ЦНС. Высокий процент занимают врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения. К ним также относятся врожденные пороки разви-

тия различных органов и систем. Наименьший процент в структуре патологий составляют болезни эндокринной системы и обмена веществ, а также травмы (рис. 1).

Отбор детей, нуждающихся в паллиативной помощи, позволил выявить 84 ребенка, в том числе 44 девочки (52,0%) и 40 мальчиков (48,0%) в возрасте от 1 года до 18 лет (рис. 2).

Большая часть семей (59,9%) – это не полные и малообеспеченные семьи.

Более глубокое знакомство с детьми и их семьями позволило распределить их на 3 основные группы:

- нуждающиеся в постоянном наблюдении и уходе (12,8%);
- нуждающиеся в периодическом (еженедельном) уходе (64,3%);
- нуждающиеся в дистанционном (интернет-ресурс) уходе (22,9%).

В целях установления имеющихся проблем в семьях мы провели анкетирование родителей. Анализ полученных данных позволил определить основные потребности семей, включая:

- медицинскую реабилитацию и социальную передышку для детей в отделении паллиативной помощи;
- социальную адаптацию детей и родителей;
- психологическую помощь детям и родителям;
- индивидуальные занятия детей с педагогом-дефектологом;
- индивидуальные занятия детей с педагогами дополнительного образования творческими видами деятельности и развития познавательных процессов;



Рис. 1. Распределение больных по нозологиям

- досуговую деятельность детей и родителей (развлекательно-познавательные мероприятия, мастер-классы и пр.).

Понятно, что потребности растущего организма существенно отличаются от потребностей взрослого человека, поэтому паллиативная помощь детям – это всегда очень тонкое взаимодействие профессионалов различного профиля.

Согласно Положению о патронажной службе паллиативной помощи детям, разработанной в больнице, выявленным в семьях проблемам с учетом специфики заболеваний наших подопечных и видам оказываемой помощи, был определен состав бригады выездной службы. В неё вошли:

- заведующая выездной патронажной службой, врач-педиатр;
- старшая медицинская сестра;
- медицинская сестра;
- социальный педагог;
- педагог-психолог;
- медицинский регистратор.

На каждого специалиста были разработаны должностные инструкции, исключающие дублирование функций.

Важной составляющей частью в работе с семьей является работа медрегистратора, который принимает вызовы от родителей, выявляет возникающие проблемы и передает информацию заведующей патронажной службой.

Заведующая патронажной службой, в свою очередь, определяет состав выездной бригады, зависящий от конкретных условий и потребностей детей и их семей.

Старшая медицинская сестра выездной службы рационально органи-



Рис. 2. Распределение детей, взятых под опеку патронажной службы в 2016 году, по возрастам

зует работу бригады, осуществляет контроль за обеспечением медикаментами, изделиями медицинского назначения и медицинским инструментарием; осуществлением надлежащего ухода за тяжелобольными пациентами и проведением медицинских манипуляций.

Медицинская сестра проводит лечение, назначенное ребенку: адекватное обезболивание, противосудорожную, противопролежневую и другую поведенческую терапию, проводит постановку внутримышечных и подкожных инъекций, осуществляет забор крови и других анализов.

Специалисты бригады выездной патронажной службы проводят массаж детей на дому, ведут запись ЭКГ, УЗИ.

На начальном этапе организации выездной патронажной службы было закуплено специальное медицинское оборудование, необходимое для качественного ухода за тяжелобольными детьми на дому.

В результате деятельности медицинских работников организован качественный уход за больными в домашних условиях. Регулярно проводится обучение родителей правилам ухода за тяжелобольными и использованию медицинского оборудования.

При необходимости для работы с семьями привлекаются психолог и социальный педагог патронажной службы, а также общественные и волонтерские организации.

Социальный педагог выездной службы анализирует потребности, выявляет социальные проблемы в семьях, имеющих больных детей, и ищет возможности для их реализации; оказывает помощь в оформлении инвалид-

ности, получении юридических консультаций.

Психолог выездной службы осуществляет визиты на дом к больным детям для занятий арт-терапией, сказкотерапией; обучает релаксационным, дыхательным техникам, упражнениям на развитие мелкой и крупной моторики; проводит занятия по снятию напряжения, тревоги, агрессии, страхов; дает рекомендации родителям по вопросам воспитания и развития ребенка, способам общения с ним и другими членами семьи.

Общественные и волонтерские организации проводят для этих семей досуговые мероприятия, организуют посещения театра, концертов, спортивных и других мероприятий.

Согласно плану работы, в больнице ведётся работа по обучению специалистов на семинарах, конференциях, мастер-классах по вопросам оказания паллиативной помощи детям.

Старшая медицинская сестра и медицинская сестра бригады выездной службы прошли обучение на тематическом цикле «Паллиативная помощь». В целях улучшения качества жизни больных детей сотрудники патронажной службы в свою очередь проводят обучение родителей, организуя мастер-классы, обучающие семинары по уходу за больным ребенком в домашних условиях. В помощь родителям нами было разработано методическое

пособие «Уход за ребенком в домашних условиях».

За 11 месяцев текущего года бригадой выездной службы паллиативной помощи было осуществлено 587 выездов, в том числе к тяжелобольным детям, врачом-педиатром – 54 (9,2%), «узкими» специалистами – 41 (7,0%), медицинской сестрой – 332 (56,6%), а также педагогом-психологом – 83 (14,1%) и социальным педагогом – 77 (13,1%) (рис. 3).

В целях достижения высокого качества оказываемых услуг, совершенствования работы патронажной службы паллиативной помощи нами было проведено повторное анкетирование родителей пациентов. В анкетировании приняли участие все 84 семьи, находящиеся на учете патронажной службы. Результаты повторного анкетирования позволили наметить следующие направления в работе патронажной паллиативной службы:

- создание «Школы здоровья» по уходу за тяжелобольными детьми;
- разработка электронной (единой с амбулаторной) карты паллиативного больного;
- создание электронного кабинета для родителей с разделами: юридическая справка, психологическая поддержка, дистанционная он-лайн консультация, установление скайп-связи;
- проведение обучающих семинаров для медицинских работников,



Рис. 3. Количество посещений тяжелобольных детей на дому специалистами выездной службы паллиативной помощи детям

волонтеров по навыкам общения с больными детьми.

Таким образом, создание патронажной паллиативной помощи позволило:

- детям получить квалифицированную медицинскую помощь в привычной, домашней обстановке;
- родителям получить психологическую, социальную помощь;
- улучшить качество жизни детей посредством обучения родителей навыкам ухода, процедурам кормления, перемещения, а также способам профилактики возникновения осложнений;
- организовать досуговые мероприятия и волонтерскую поддержку детям и их семьям, показав им, что они не одни со своей бедой и проблемами.

# С ДНЕМ ЗАЩИТНИКА ОТЕЧЕСТВА!

**В**ерных сыновей и дочерей Отечества поздравляем с 23 февраля – праздником смелых, мужественных и преданных Родины защитников. Желаем вам волевого характера, энергичности, взаимопомощи и взаимовыручки, сострадания, доброты и других положительных качеств, в которых нуждается настоящий воин, способный всегда защитить свою Родину от врага!  
И, конечно же, желаем крепкого здоровья, всегда сопровождающей удачи, оптимизма в каждом дне и много сил, чтобы защищать Родину на всех рубежах.

**23  
ФЕВРАЛЯ**

# Роль операционной медицинской сестры при выполнении высокотехнологичных операций



■ Сафина Р.Ф.

Операционная медицинская сестра  
ГБУЗ ТО «Перинатальный центр»  
(г. Тюмень)



■ Швецова Н.С.

Главная медицинская сестра ГБУЗ ТО  
«Перинатальный центр» (г. Тюмень)

Согласно мировым данным до 53 % женщин отмечают те или иные проявления пролапса тазовых органов (М. Ю. Гвоздев, Н. В. Тупикина, Г. Р. Касян, Д. Ю. Пушкарь). Основными причинами развития пролапса тазовых органов являются: травма тазовой диафрагмы в результате разрывов промежности в родах и/или большой массы плода, экстрагенитальные заболевания, приводящие к нарушению трофики, иннервации, микроциркуляции тканей, постменопауза, системная несостоятельность соединительной ткани.

Актуальность оперативного лечения пролапса гениталий обусловлена его негативным влиянием на качество жизни женщин, затрагивающих различные сферы: физическую, психоэмоциональную и сексуальную.

В данной статье нам хотелось поделиться многолетним опытом работы операционного блока гинекологического отделения ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень), а конкретно – нарабатками выполнения тех обязанностей

операционной медсестры, которые оказывают прямое влияние на качество и результат хирургической операции.

В современной гинекологии широкое применение получили малоинвазивные операции для восстановления тазового дна. В гинекологическом отделении БУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень) с 2008 года внедрены и успешно применяются методы оперативного лечения TVT (автор U. Ulmsten, 1995 г.) с использованием системы реконструкции тазового дна GYNECARE PROLIFT, лапароскопическая сакровагинопексия с применением синтетических протезов.

Любая операция, выполняемая бригадой в составе хирурга (хирургов), анестезиолога, операционной медсестры и сестры-анестезиста, подразумевает определенный риск как для здоровья, так и для жизни оперируемого пациента. У каждого члена бригады имеются конкретные функциональные обязанности, ответственное отношение к ним должно обеспечить высокий качественный уровень выполнения оперативного пособия, что является лучшей профилактикой возможных осложнений.

Операционный блок медицинской организации – это подразделение высокого риска. Операционная для гинекологических операций методикой TVT Obturator должна соответствовать стандартным требованиям:

- Асептичность.
- Специальный уровень подготовки персонала.
- Ограничение количества людей в операционной во время установки импланта.

Выполнение современных высокотехнологичных операций диктует необходимость высококвалифицированных действий бригады, в которой операционная медицинская сестра, являясь неотъемлемым помощником хирурга, играет важную роль: обеспечивает безопасность и комфортность сложного многопланового вмешательства. Такими же многоплановыми являются и ее обязанности и ответственность.

Необходимо учитывать тот факт, что успех операции во многом зависит не только от хирурга, но и от степени готовности операционной. Операционная медицинская сестра обязана выполнять ряд следующих задач:

1. Своевременная доставка пациентки в операционную, правильное размещение на операционном столе.

2. Обеспечение работоспособности оборудования, необходимого набора хирургического инструментария, перевязочных, лечебных средств, медикаментов, операционного белья.

3. Обеспечение электрохирургической безопасности посредством правильного расположения пассивного электрода, предотвращения контакта тела пациента с металлическими частями операционного стола.

4. Учет использованного материала и инструментария по ходу оперативного вмешательства (оформление чек-листа).

5. Соблюдение принципов асептики и антисептики.

Все компоненты Системы TVT Obturator поставляются стерильными. Перед началом операции необходимо проверить качество упаковки устройства Системы TVT Obturator, шовного материала, а также предстерилизационную подготовку, дезинфекцию и стерилизацию операционного инструментария.

Ответственность операционной медсестры за качество и результат хирургической операции не ограничивается строго регламентированными обязанностями. Общеизвестно, что операционная сестра отвечает за строгое соблюдение правил асептики и антисептики в ходе выполнения операции. Таким образом она отвечает не только за свою личную «стерильность», но и за «стерильность» других членов бригады. Вместе с оперирующим хирургом операционная медсестра несет не только морально-этическую, но и юридическую ответственность за исход оперативного лечения.

Результаты нашей гинекологической практики свидетельствуют о высокой

клинической эффективности и безопасности операций TVT, они обеспечивают быструю реабилитацию пациенток. В период 2010–2016 годов проведено 350 операций пациенткам в возрасте от 30 до 78 лет. По возрасту распределение пациенток следующее: 30–40 лет – 12 (3%), 41–50 лет – 57 (16%), 51–60 лет – 192 (55%), 60–70 лет – 55 (15%), старше 70 лет – 34 (9%). Проведены хирургические вмешательства:

- установка системы переднего пролифта – 216,
- установка системы заднего пролифта – 90,
- тотального пролифта – 34,
- лапароскопическая сакрорагинексия – 10.

В 10% случаев операции выполнены одновременно с петлевыми уретропексиями. Установка системы Prolifttotal с одновременным проведением влажной гистерэктомии произведена 22 пациенткам (6,2%). Интраоперационные осложнения (ранение мочевого пузыря) наблюдалось в 5 случаях (1,4%). У 16 (4,5%) женщин ранний послеоперационный период осложнился формированием гематом (выполнялось тампонада, вскрытие и дренирование гематом). Нагноение протеза наблюдалось у 5 женщин (1,9%), выполнено удаление протеза. Длительность операций варьировала от 30 до 90 минут. Кровопотеря во время операции не превысила 250 мл и в среднем составила 125 мл.

Преимущества установки сетчатого импланта:

- Мини-инвазивная процедура – быстрое выздоровление пациентки.
- Минимум травмы ткани.
- Надежная фиксация в тканях без подшивания.
- Тонкая регулировка степени натяжения, снижающая риск развития послеоперационной задержки мочи.
- Отсутствие растяжения и деформации импланта в течение последующего времени.

По результатам проведенного опроса женщин, находящихся в раннем послеоперационном периоде, 98% достаточно легко перенесли оперативное вмешательство, на вторые сутки отмечают повышение двигательной активности, не отмечают болевой симптом. Выписка из стационара осуществляется на третьей сутки. В дальнейшем с целью контроля качества хирургического ле-

Результаты анкетирования за 2015–2016 годы

№ п/п	Вопрос	3 месяца		6 месяцев		12 месяцев	
		Всего опрошено 139 женщин					
		«Да»	«Нет»	«Да»	«Нет»	«Да»	«Нет»
1	Чувствуете ли Вы инородное тело в промежности	1%	99%	0	100%	0	100%
2	Беспокоит ли Вас недержание мочи	4%	96%	3%	97%	1%	99%
3	Ощущаете ли Вы дискомфорт половой жизни	17%	83%	9%	91%	1%	99%
4	Нет ли ограничения активной жизни после операции	0	100%	0	100%	0	100%

чения проводятся плановые осмотры через 1–3–6–12 месяцев, анкетирование пациентов для выявления качества жизни после операции.

Операционная медицинская сестра является организатором, основным исполнителем и контролером санитарно-гигиенических и профилактических мероприятий, которые обеспечивают инфекционную безопасность в операционной стационара.

Добросовестное выполнение ею своих профессиональных обязанностей играет главную роль в профилактике осложнений, повышении качества и результативности хирургического вмешательства. Ежегодно в России по данным официальной статистики регистрируется 30 тыс. случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ОСМП) страдают до 2,5 млн пациентов и около 320 тыс. медицинских работников. Проблема усугубляется еще и тем, что инфекция, полученная больным в стационаре, увеличивает стоимость лечения в 3–4 раза, так как предполагает использование дорогостоящих антибиотиков, и увеличивает сроки госпитализации в 2–3 раза.

### Комплекс мер профилактики осложнений

**Дооперационный период.** Санация очагов инфекции, коррекция углеводного обмена, анемии, антибиотикопрофилактика, коррекция биоценоза влагалища.

**Интраоперационный период.** Обработка операционного поля, рук хирурга, неоднократная смена перчаток на этапах установки имплантов, сокращение продолжительности операции, совершенствование операционной техники.

**Послеоперационный период.** Обработка швов во влагалище, дренирование при необходимости, коррекция биоценоза во влагалище.

К основным рискам операционного вмешательства, определяющим содержание и объем сестринской помощи, относятся:

1. Риск операционного стресса (особенно при проведении операции под местной анестезией);

2. Риск интраоперационных осложнений, связанных с поломкой аппаратуры, возможными особенностями пациента, использованием электрооборудования, климатом операционной;

3. Риск инфицирования пациента, требующий строгого соблюдения установленных протоколов всеми членами операционной бригады;

4. Риск развития пролежней и нарушения трофики тканей в процессе операции. Минимизируется правильным позиционированием пациента, использованием технологических возможностей операционного стола, специальных приспособлений и валиков.

В современных условиях эффективность труда операционной медицинской сестры во многом зависит от профессионального совершенствования, что требует от нее постоянного улучшения теоретической подготовки, практических умений и навыков. Большое значение в решении этой задачи отводится непрерывному медицинскому образованию, которое сокращая единовременное пребывание медработника в стенах образовательного учреждения, обеспечивает мобильное включение новой информации в практическое здравоохранение. И только благодаря непрерывному профессиональному образованию за счет развития самостоятельной творческой активности, возможно повышение профессиональной компетентности, совершенствование мышления и личных качеств, требуемых для оказания квалифицированной, безопасной сестринской помощи.

# ТЕХНОЛОГИИ БУДУЩЕГО В ОПЕРАЦИОННОЙ ПРАКТИКЕ: СОВРЕМЕННЫЕ РЕШЕНИЯ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ

■ **Самоиленко В.В.**

Исполнительный директор РАМС

Трудно назвать отрасль сестринской практики, которая в последние десятилетия развивалась бы быстрее и интенсивнее, чем операционное дело. Стремительное развитие технологий кардинально меняет деятельность наших коллег уже не от поколения к поколению, как это было 30 лет назад, а практически каждый год. Нет оснований сомневаться, что технологизация процесса будет продолжена, и возможно через 10 лет сегодняшние операционные будут казаться наивными и устаревшими. В преддверье Европейского дня операционной сестры мы решили предложить нашим читателям небольшой обзор совсем новых технологий, появившихся в мировой клинической практике в последние 2–3 года.

Начнем с проблемы оценки интраоперационной кровопотери. Одна из фундаментальных проблем операционного процесса – объем кровопотери во время операции, определяет, в конечном счете, решение важнейших вопросов ведения пациента: надо ли переливать препараты крови, если да, то в каком количестве.

Традиционные пути решения проблемы предполагали либо динамическую оценку лабораторных показателей, что требует значительных временных и материальных затрат, либо (реже используемая, но по-прежнему существующая технология) – взвешивание операционного перевязочного материала до и после операции: метод требует дополнительного времени операционных сестер и весьма неточен.

Группа исследователей, в которую входили доктора, медицинские сестры и программисты, работавшая под руководством доктора Allen A. Holmes (Техасский университет, США), разработала систему автоматического учета потери крови на базе iPad – уже привычного для нас планшета (рис 1).



Рис. 1

По новой технологии операционная сестра, прежде чем сбрасывать использованное отработанное операционное белье, на 2–3 секунды расправляет его перед камерой установленного на штативе планшета (рис. 2). Планшет производит снимок и автоматически пересылает его на облачное хранилище, где сервер, работающий по принципам искусственного интеллекта, по площади пятна и интенсивности окрашивания определяет объем крови на салфетке. При этом система распознавания в состоянии отличить пятна крови от пятен других жидкостей (включая антисептики, физиологический раствор и т. д.).<sup>1</sup>

Все показатели суммируются и в течение нескольких секунд передаются обратно на планшет, высвечивая для операционной бригады общее количество кровопотери во время операции (рис. 3). Эффективность работы системы, которую исследователи назвали Triton System, была подтверждена в проспективном многоцентровом исследовании, результаты которого исследователи опубликовали в журнале *Anesthesia & Analgesia* в 2014 году. В мае 2014 года методика была утверждена FDA (Food and Drug Administration – Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов, дающее разрешения использовать медикаменты и медицин-

ские технологии на территории США) для использования в клинической практике.

Интересно отметить, что во вводной части своей статьи авторы сослались на публикацию 2012 года авторитетного *Western Journal of Emergency Medicine*, в которой описывался эксперимент, в ходе которого опытных хирургов и медицинских сестер просили оценить объем кровопотери в ходе только что прошедшей операции, опираясь только на наблюдения. Значительное количество наблюдений показало, что только в 20% случаев визуальная оценка соответствовала истине, а средняя стандартная ошибка для всех оценок составила 116% с диапазоном от 0% до 1233%. Как утверждают ученые, медицинские работники склонны переоценивать малые потери (<150 мл) и недооценивают крупные (>150 мл).

Еще одна интересная инновация представлена госпиталем Джона Хопкинса (Johns Hopkins Hospital) – университетской клиникой и центром биомедицинских исследований Медицинского факультета университета Джона Хопкинса. Все помещения операционного блока были оснащены пневматической почтой, технология которой позволяет обеспечить полную стерильность пересылаемых отправок (рис. 4). Системой пневмопочты связаны все подразделения, так или иначе связанные с операционным блоком. Таким образом, появилась воз-

<sup>1</sup> *Anesth Analg*. 2014 Sep; 119(3): 588–594.



Рис. 2



Рис. 3

возможность оперативно пересылать в лабораторию материалы биопсии и образцы тканей, заказывать в операционную необходимые препараты и дополнительные материалы.

Оценка эффективности методики показала, что, с одной стороны, она значительно сокращает время исполнения необходимых в ходе операций исследований, а, с другой, – способствует сохранению стерильности операционных залов за счет исключения ненужных теперь перемещений медработников за его пределы. Ну и, конечно, автоматизация процесса облегчила работу операционных сестер (рис. 4, фотография взята из интереснейшего фоторассказа об университетском операционном блоке уролога Рустама Галимова в его блоге на портале [livejournal.com](http://livejournal.com)).

И третья, выбранная нами новация, особенно интересна тем, что предложена и реализована она была двумя операционными сестрами из Британии Натали Рейд (Natalie Reid) и Фионой Картрайт (Fiona Cartwright) (на ставшей знаменитой в сестринском сообществе фотографии они стоят рядом со своей пациенткой (рис. 5). На протяжении многих лет, работая в операционной с женщинами, они наблюдали тот выраженный дискомфорт, который их пациентки испытывали из-за необходимости обнажать грудь во время транспортировки и нахождения в операционном зале. Бесспорно, на фоне сугубо хирургических проблем, технологий, спасающих жизни и компьютерных устройств, наполняющих операционные, проблема могла бы показаться незначительной, но мучительные чувства

каждой конкретной женщины, вынужденной обнажаться перед большим количеством незнакомых людей, не могут и не должны остаться без внимания.

Для того чтобы помочь своим пациенткам переносить операцию более комфортно, Натали и Фиона предложили использовать одноразовые стерильные бумажные бюстгалтеры, которые позволили одновременно соблюсти строгие требования операционной и желание женщин сохранить интимность и чувство собственного достоинства.

Обращаясь к коллегам, Натали и Фиона писали: «Наша цель сохранить достоинство наших пациентов, насколько это возможно. В соответствии с требованиями Этического кодекса, у нас есть обязанность в любой ситуации уважать пациентов и защищать их достоинство. Высокие стандарты практики и сестринского ухода должны быть приоритетом в нашей работе. Мы уверены, что можем предоставить нашим пациентам, которые приходят к нам для хи-

рургического лечения, возможность сохранять свою скромность, особенно в те моменты, когда они ощущают себя наиболее уязвимыми.

Мы провели небольшое исследование, опросив 100 пациенток, с тем чтобы выяснить их мнение. Из 100 опрошенных женщин 95 не предполагали, что в ходе лечения им придется обнажаться полностью и 99 заявили, что хотели бы получить средства, защищающие их...» (прим. редакции – в опросе принимали участие женщины, которым предстояли операции не на молочной железе и не в области грудной клетки, где обнажение груди очевидно и неизбежно).

На сегодняшний день (всего за 4 года) в практику работы операционных сестер Великобритании прочно вошли одноразовые шорты и брюки (как для мужчин, так и для женщин) и бюстгалтеры, которые пользуются большим уважением у пациенток всех возрастов.



Рис. 4



Рис. 5

# Официальная позиция РАМС по хирургическому дыму

Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестер России»,

- разделяя позицию международного сестринского сообщества,
- поддерживая позицию ведущих сестринских ассоциаций,
- опираясь на данные научно обоснованной сестринской практики,
- поддерживая инициативу секции «Операционное дело. Стерилизация» РАМС,
- развивая тему Европейского дня операционной медицинской сестры 2017 года «Контроль хирургического дыма – залог безопасной операционной среды»,

настоящим документом формулирует свою позицию в отношении хирургического дыма и мер защиты от него.

## 1. Определение

Хирургический дым или газ – это побочный газообразный продукт, результат взаимодействия биологической ткани и хирургических инструментов, нагревающих/разрушающих ткани, которые используются для диссекции и гемостаза. Он образуется во время работы электрокоагулятором, лазером, ультразвуковым ножом и иными электрическими хирургическими инструментами. Хирургический дым несет потенциальную опасность как для персонала, так и для пациентов. Для защиты настоятельно рекомендуется использовать эвакуатор дыма и обеспечивающие защиту дыхательных путей персонала средства индивидуальной защиты.

## 2. Теоретическое обоснование проблемы

Все электрохирургические, радиохирургические и лазерные операции сопровождаются выделением дыма, паров, неприятного запаха. Большая задымленность при проведении операции снижает обзор и мешает медицинскому персоналу качественно выполнять свою работу. В выделяющихся парах содержатся продукты горения, многочисленные высокотоксичные вещества, жизнеспособные вирусы и микроорганизмы. Во время работы электрокоагулятором, лазером и ультразвуковым ножом образуются дым и аэрозоли с различными патогенными свойствами. Средний размер образующихся частиц зависит от выбранной методики.

Электрокоагулятор образует частицы с самым малым размером – 0,07 мкм; во время абляции (выпаривания) тканей лазером образуются боль-

шие частицы – 0,31 мкм, а самые большие частицы образуются во время работы ультразвуковым ножом – от 0,35 мкм до 6,5 микрон. В целом, меньшие частицы представляют собой смесь химических компонентов, а частицы с большими размерами относятся к биологическим компонентам. Потенциальный риск проявляется в раздражении и воспалении дыхательных путей, передаче инфекции и генотоксичности, возможной канцерогенности. Медицинский персонал операционных блоков, отделений и кабинетов должен осознавать степень этих рисков.

Хирургический дым распределяется по всему пространству операционного зала и может рассматриваться как фактор риска даже при наличии специализированной системы вентиляции операционной.

## 3. Рекомендации по защитным мерам при работе с операционным оборудованием, образующим хирургический дым

1. Пагубное воздействие хирургического дыма на сотрудников операционных отделений должно рассматриваться как важная проблема. Меры защиты медицинского персонала и пациентов должны быть направлены на минимизацию вреда в процессе хирургической операции.

2. Медицинский персонал, принимающий участие в проведении медицинских процедур, сопровождающихся образованием хирургического дыма, должен быть ознакомлен с информацией о рисках для медицинских работников и пациентов, а также о рекомендуемых мерах защиты от пагубного воздействия хирургического дыма. Данная информация должна вхо-

дить в структуру программ обучения базового сестринского образования и дополнительных профессиональных программ по специальности «Операционное дело».

3. Системы корпоративного обучения медицинских сестер, проводимого силами медицинских организаций, также должны включать изучение вопросов борьбы с хирургическим дымом.

4. Руководителям сестринских служб необходимо составить подробные и исчерпывающие списки процедур, сопровождающихся образованием хирургического дыма, проводимых в медицинской организации, и медицинских сестер, участвующих в их проведении.

5. Руководители общебольничных сестринских служб и сестринских служб операционных отделений должны принимать непосредственное участие в составлении перспективных планов развития операционных отделений, поддерживая принятие мер защиты операционных сестер от пагубного воздействия хирургического дыма.

6. Системы вентиляции и кондиционирования воздуха должны обеспечивать нормируемые параметры микроклимата и воздушной среды помещений, в которых осуществляется медицинская деятельность, согласно СанПиН 2.1.3.2630, п. 6.24. Воздух, подаваемый в помещения чистоты классов А подвергается очистке и обеззараживанию устройствами, обеспечивающими эффективность инактивации микроорганизмов на выходе из установки не менее чем на 99% – для класса А, а также эффективность фильтрации, соответствующей фильтрам высокой эффективности (Н11–Н14).

7. Работники анестезиологических служб должны быть информированы о

проведении операционных вмешательств без использования эвакуаторов дыма в связи с возможным искажением показателей пульсоксиметрии и развитием нераспознанной гипоксии.

8. Необходимо применять специальные системы эвакуации дыма во всех случаях образования хирургического дыма. Эвакуатор дыма (другие названия – «аспиратор дыма», «дымоотсос») предназначен для защиты операционной команды и пациента от дыма и паров, возникающих при электрохирургических, лазерных вмешательствах. Недопустимо использовать аспираторы жидкостей и иные виды аспираторов, не предназначенные для эвакуации хирургического дыма.

9. Наконечник эвакуатора дыма важно располагать максимально близко к месту процедуры, не дальше 5 см или максимально близко, если это возможно.

10. Для достижения максимальной эффективности необходимо выбирать эвакуатор дыма, мощность всасывания которого соответствует масштабам хирургической деятельности.

11. Следует своевременно заменять бактериологические фильтры в соответствии с указаниями производителя и периодически полностью дезинфицировать все элементы аспиратора дыма.

12. Использованные фильтры должны рассматриваться как инфицированный материал и утилизироваться в соответствии с требованиями законодательства об утилизации медицинских отходов.

13. В системах эвакуации дыма должна быть предусмотрена тройная фильтрация с предварительным фильтром грубой очистки, предназначенным для улавливания и удаления макрочастиц, паров воды и пыли, ультратонким воздушным фильтром (ULPA) и угольным (HEPA) фильтром для удержания токсичных веществ.

14. Недопустимо рассматривать как средство защиты от хирургического дыма стандартные медицинские маски.

15. Для обеспечения полной безопасности пациента и операционной бригады во время проведения лапароскопических процедур необходимо применять фильтры против хирургического дыма, прикрепленные к используемым троакарам.

16. Настоящие рекомендации должны в равной степени использоваться в хирургических подразделениях стационаров и амбулаторных медицинских организаций.

Использование эвакуатора дыма для охраны здоровья является руководящим принципом международного стандарта безопасности и здоровья и настоятельно рекомендуется для безопасности медицинских работников следующими организациями:

- ANSI – Американский национальный институт стандартов; Американский международный стандарт по безопасному использованию лазеров в медицине, США.
- Association of periOperative Registered Nurses AORN – Ассоциация периоперативных медицинских сестер;
- Australian College of Perioperative Nurses – Австралийский колледж операционных медицинских сестер;
- EORNA – Европейская ассоциация операционных медицинских сестер;
- NBOSH – Национальный комитет по профессиональной безопасности и здоровью, Швеция;
- NIOSH – Национальный институт по профессиональной безопасности и здоровью, США;
- Operating Room Nurses Association of Canada – Ассоциация операционных медицинских сестер Канады;
- OSHA – Управление по профессиональной безопасности и здоровью, США;
- The International Federation of Perioperative Nurses (IFPN) – Международная федерация периоперационных медсестер.

BELGIUM

BELGIUM

CROATIA

CYPRUS

CZECH REP.

DENMARK

ESTONIA

UNITED KINGDOM

TURKEY

FRANCE

GERMANY

GORNA GREECE

HUNGARY

IRELAND

ICELAND

ISRAEL

ITALY

NORWAY

POLAND

PORTUGAL

RUSSIA

SERBIA

SWITZERLAND

SWEDEN

SPAIN

SLOVENIA

**ЕВРОПЕЙСКИЙ ДЕНЬ ОПЕРАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ**  
**15 февраля 2017**

**Контроль хирургического дыма – залог безопасной операционной среды**

[www.eorna.eu](http://www.eorna.eu)

Ассоциация медицинских сестер России и Европейская ассоциация операционных медицинских сестер поздравляют вас с Европейским днем операционной медицинской сестры. В этом году тема связана с обеспечением безопасности всех лиц, находящихся в операционном зале: «Контроль хирургического дыма – залог безопасной операционной среды».

Хирургический дым представляет значительную химическую и биологическую угрозу. Мы призываем вас к созданию и поддержанию здоровой среды во время проведения операций.

Желаем вам активного проведения Европейского дня операционной медицинской сестры и безопасности на рабочих местах.



Все для  
операционных



Создавая здоровое  
будущее

# Хотите сократить время пребывания в операционной на 23 минуты?\*

## Используйте операционное белье и комплекты ПАУЛЬ ХАРТМАНН.

\* Экономия времени в 23 минуты, согласно исследованию производителя, достигается за счет эргономично сложенного операционного белья и операционных комплектов. Возможно изменение этого значения в зависимости от опыта использования продукции конкретным медицинским работником



ООО «ПАУЛЬ ХАРТМАНН»  
Москва, ул. Кожевническая, д. 7 стр.1

8 800 505 12 12  
[www.paulhartmann.ru](http://www.paulhartmann.ru)



# Управление рисками в оперблоке

## СКОЛЬКО СТОЯТ ИНФЕКЦИИ ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА?



**■ Александр Подымов**  
Продакт-менеджер по продукции  
для операционной  
ООО «ПАУЛЬ ХАРТМАНН»

*Собраться вместе есть начало.  
Держаться вместе есть прогресс.  
Работать вместе есть успех.*  
**Генри Форд**

### Для чего мы говорим об инфекциях в области хирургического вмешательства (ИОХВ)?

Хирургические раневые инфекции являются источником многих осложнений и причиной высокой летальности, особенно у пациентов, относящихся к группам риска. Затраты на лечение осложнений ежегодно занимают значительную долю в структуре расходов лечебных учреждений. При этом комплексный подход к решению данной проблемы применяется в единичных случаях и требует дополнительного обсуждения в медицинском сообществе.

### Актуальность проблемы

По данным Magill S.S., инфекции области хирургического вмешательства являются наиболее распространенными среди всех инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Их

доля составляет 31% у пациентов, прошедших лечение в скорпомощных стационарах.

В 2010 году в США было выполнено 16 млн оперативных вмешательств. При этом частота инфекций области хирургического вмешательства составила 1,9%. Этот показатель остается на достаточно стабильном уровне в связи со старением населения и увеличением количества проводимых операций в год. Смертность у пациентов с ИОХВ находится на уровне 3%. В исследовании, проведенном в 2002 году в США, был выполнен анализ частоты ИОХВ и летальности, связанной непосредственно с инфекциями хирургической раны. У пациентов с ИОХВ показатель смертности составил 14,5% против 1,8% у пациентов без ИОХВ.

По европейским данным ежегодно регистрируется 4 млн случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. 37 000 из них заканчиваются летальным исходом. Инфекции области хирургического вмешательства значительно увеличивают срок пребывания пациента в стационаре, нередко требуют проведения дополнительных хирургических вмешательств, лечения пациента в отделениях ОРИТ.

Экономический ущерб от ИОХВ заключается в прямых дополнительных затратах на пребывание и лечение пациента в стационаре, а также в косвенном экономическом ущербе в результате увеличения сроков временной нетрудоспособности пациента.

По данным Donald E. Fry, дополнительные затраты на лечение поверхностных раневых инфекционных осложнений составляют не менее 400 долларов

США. Лечение более сложных случаев, таких как инфекция эндопротеза сустава или инфекции стерильной области после кардиохирургических вмешательств, могут потребовать до 10 000 и более тыс. долларов. В структуре затрат ЛПУ лечение ИОХВ может занимать до 1% годового бюджета.

Таким образом, инфекции области хирургического вмешательства занимают значительную долю в структуре нозокомиальной инфекции в стационарах хирургического профиля и требуют более тщательного анализа причин возникновения, эпидемиологии, мер профилактики и лечения.

### Какие факторы влияют на развитие ИОХВ?

Все факторы, приводящие к инфицированию операционной раны, делятся на 2 большие группы: экзогенные и эндогенные.

Ведущую роль в развитии ИОХВ играют эндогенная микрофлора кожных покровов, слизистых оболочек и полых органов. При разрезе кожи и слизистых оболочек происходит перенос микробной флоры в открытые ткани. Чаще всего эндогенная флора представлена грамположительными кокками (стафилококками). При вскрытии просвета кишечника микробный состав может быть представлен грамотрицательными палочками (кишечная палочка).

Некоторые исследователи выделяют еще один путь инфицирования операционной раны. Это перенос бактерий из отдаленного очага инфекции. Чаще всего таким очагом может служить протез или имплантат, установленный ранее.

Экзогенные источники инфицирования включают в себя персонал операционной, воздух операционной, а также инструментарий, используемый в операционной. Чаще всего это микроорганизмы, попадающие в рану с кожных покровов членов операционной бригады. Выдыхаемый воздух также рассматривается как источник микроорганизмов. Чаще всего микроорганизмы представлены грамположительными кокками (стафилококками).

Таким образом, риск развития ИОХВ определяется степенью бактериальной контаминации раны и резистентностью организма.

$$\frac{\text{Доза бактериальной контаминации}}{\text{Резистентность организма}} = \text{Риск развития ИОХВ}$$

### Основные пути профилактики ИОХВ

В данном обзоре мы рассмотрим наиболее часто упоминаемые в литературе пути профилактики развития инфекционных осложнений в области операционной раны.

Американскими исследователями проблемы профилактики ИОХВ выделяются основные направления, которые доказали свою эффективность в многолетней практике. В качестве основной меры предлагается периоперационная антибиотикопрофилактика.

Среди других необходимых мер профилактики ИОХВ авторы выделяют контроль уровня глюкозы у пациентов с оперативными вмешательствами на сердечно-сосудистой системе, удаление волос (не бритье) в области оперативного вмешательства, поддержание нормотермии у пациентов с колоректальной патологией.

Методы профилактики экзогенного инфицирования операционной раны упоминаются в меньшем количестве исследований и во многом затрагивают подход к выбору и оценке средств индивидуальной защиты медицинского персонала. Основными средствами защиты являются шапочки, маски, операционные халаты и хирургические костюмы.

В исследовании Karen K. Leonas приведены данные о влиянии количества стирок операционных халатов на бактериальную проницаемость. В результате эксперимента было выявлено, что материалы, содержащие хлопок, после 25 и 50 стирок теряют отталкивающие

свойства из-за изменения в структуре материала и не способны препятствовать экзогенному инфицированию.

Микробная проницаемость тканых и нетканых материалов, используемых для изготовления хирургических халатов и простыней, отличается в зависимости от плотности и структуры материала. Не все они способны противостоять протеканию жидкости с инфекционными агентами на протяжении разных периодов времени. Обычный хлопок и лен и необработанная специальная водоотталкивающая хлопчатобумажная ткань становятся проницаемыми для бактерий практически сразу же. Среди нетканых материалов, используемых для изготовления хирургических халатов и простыней, способностью противостоять протеканию жидкостей с инфекционными агентами на протяжении всех тестов обладал только композиционный материал с пластиковой пленкой.

Немаловажную роль в передаче инфекции от хирургического персонала к пациенту играют хирургические костюмы. Традиционные операционные костюмы из хлопчатобумажной ткани с неплотным переплетением сравнивались с одеждой из нетканых материалов; предметом сравнения было то, насколько эффективно они препятствуют переходу бактерий, населяющих кожу, в воздух операционных залов. Минимальные уровни микробного загрязнения воздуха операционных обнаруживались в том случае, когда костюмы из нетканых материалов использовали все члены операционной бригады.

Таким образом, лишь комплексный подход к проблеме предотвращения развития инфекций послеоперационной раны может рассматриваться как обоснованный. Использование рациональной антибиотикопрофилактики, контроль глюкозы, поддержание нормотермии, тщательная асептическая обработка операционного поля спиртовыми антисептиками, выбор качественного операционного белья, халатов, хирургических костюмов позволяют рассчитывать на снижение микробной контаминации операционной раны.

### Распространенность и состояние проблемы ИОХВ в России

Официальные данные о частоте развития ИОХВ в России крайне недо-

стоверны по ряду причин. Подавляющее число больниц скрывают факты развития ИОХВ в связи с тем, что это может привести к санкциям со стороны страховых компаний и отказу в оплате лечения пациента. Поэтому статистика, предоставляемая по результатам анализа медицинской документации, содержит показатель ИОХВ, заниженный в несколько раз. Если верить данным отчетам, то частота развития ИОХВ в России меньше, чем в Европе, в 5 раз и меньше, чем в США, в 3,5 раза.

В некоторых исследованиях приводится цифра в 6,5% после проведения плановых операций. При этом в Европе и США этот показатель составляет 1,5–2%. Отсутствие единой системы учета ИОХВ, игнорирование стандартных международных алгоритмов регистрации инфекций, необоснованное назначение антибиотиков, отсутствие единых рекомендаций по профилактике микробной контаминации хирургических ран приводит к увеличению числа ИОХВ и вынуждает медицинский персонал отдельных больниц бороться с этой проблемой самостоятельно и бессистемно.

В то время как большинство экспертов сосредоточили свои усилия на профилактике эндогенного инфицирования (антибиотикопрофилактика, нормогликемия, нормотермия), экзогенные факторы практически не обсуждаются. В основе развития ИОХВ лежит количество микроорганизмов, попадающих в операционную рану. Правила асептики и антисептики операционного поля считаются ни на что не влияющей рутинной процедурой. Однако выбор антисептика, операционного белья и индивидуальных средств защиты является важным фактором профилактики ИОХВ. В Европейских странах использование многоразового белья и операционных покрытий встречается крайне редко.

Наличие врача-эпидемиолога в штатном расписании ЛПУ не гарантирует, что учет ИОХВ будет осуществляться надлежащим образом. Учебная программа по специальности «Эпидемиология» не включает в себя подробное рассмотрение путей профилактики ИСМП и ИОХВ, в частности. Так как эпидемиологи входят в штатную структуру конкретной больницы, они не за-

Руководство по профилактике ИОХВ (НІСРАС) рекомендует следующие меры профилактики ИОХВ

Рекомендуемое мероприятие	Категория эффективности
Купирование отдаленных очагов инфекции перед плановыми операциями	Категория IA
Не удалять волосы перед операцией, если они не препятствуют ее проведению	Категория IA
В случае необходимости удалять волосы электрическими машинками	Категория IA
Контроль гипергликемии в периоперационном периоде	Категория IB
Отказ от курения за 30 суток до операции	Категория IB
Душ накануне операции	Категория IB
Использование антисептиков с доказанной эффективностью. Нанесение антисептика концентрическими кругами от центра к периферии	Категория II
Минимизация сроков пребывания пациента в стационаре перед операцией.	Категория II
Антисептика кистей/предплечий членов операционной бригады (коротко стриженные ногти, обработка рук 2–5 минут)	Категория IB
Отстранение от работы персонала с признаками инфекционных заболеваний, заболеваний кожи	Категория IB
Назначение антимикробной профилактики должно проводиться по показаниям на основе активности выбранного препарата против наиболее распространенных возбудителей ИОХВ при конкретных операциях	Категория IA
Вентиляция должна обеспечивать не менее 15 воздухообменов в час, в операционной должно быть положительное давление по отношению к смежным помещениям, приток воздуха должен осуществляться на уровне потолка, вытяжка – на уровне пола, не следует использовать ультрафиолетовое облучение с целью предотвращения ИОХВ	Категория IB
После последней операции в течение дня следует проводить уборку полов операционной при помощи дезинфектантов	Категория II
Не следует применять липкие коврики на входе в оперблок или операционную	Категория IB
Санитарно-микробиологические исследования поверхностей или воздуха в операционной следует проводить только в случае эпидемиологического расследования	Категория IB
Необходимо использовать хирургические халаты и покрытия операционного поля из водонепроницаемых материалов	Категория IB
Не рекомендуется надевать бахилы в качестве меры профилактики ИОХВ	Категория IB
Рану, закрытую первичным натяжением, следует защищать стерильной повязкой в течение 24–48 часов после операции. Необходимо соблюдать правила асептики при перевязке.	Категория IB
Для выявления ИОХВ следует использовать определения ИОХВ, разработанные CDC.	Категория IB
Для выявления ИОХВ у госпитализированных больных следует применять прямое или косвенное проспективное наблюдение в течение всего периода госпитального лечения пациента.	Категория IB

интересованы в раскрытии данных о внутригоспитальных ИСМП в связи с тем, что бюджет больницы может существенно сократиться. В лучшем случае, обсуждение проблемы ИСМП и пути решения происходит в стенах больницы. Обучение медицинского персонала эпидемиологом также происходит довольно редко и включает в себя основные моменты СанПин, которые являются устаревшими и не бесспорными.

Выбор продукции, которая используется для профилактики ИОХВ, зачастую осуществляется интуитивно. При этом цена продукции является определяющим фактором при определении поставщика. Существуют качественные характеристики, которые определяют способность операционного белья и халатов снижать риски инфицирования операционной раны. Микробная проницаемость, плотность, впитываемость играют ключевую роль в инфекционной безопасности. Наличие технической документации, подтверждающее те или иные характеристики продукта, также является обязательными для изучения при принятии решения. Создавая иллюзию защиты, некачественные материалы во многом способствуют инфицированию пациента как эндогенным путем, так и экзогенным.

Отсутствие единых алгоритмов профилактики ИОХВ, существующая система оплаты услуг, предоставляемых ЛПУ, тендерная система госзакупок, направленная на снижение цены и не учитывающая качество поставляемой продукции, устаревшие образовательные программы для врачей-эпидемиологов в совокупности определяют состояние проблемы ИОХВ в российских стационарах.

### Как снизить частоту развития ИОХВ?

Снижение частоты развития ИОХВ является комплексной задачей, в рамках которой должны учитываться факторы как пациента так и операционной. К факторам пациента относятся возраст, инфекции других локализаций, сахарный диабет, ожирение, наличие сопутствующей соматической патологии, недостаточное питание, продолжительное пребывание в стационаре перед операцией. К наиболее значимым факторам операционной относят вентиляцию, окружающие поверхности, стерилизацию инструментов, одежду хирургов и операционное белье, комплекс периоперационных асептических мероприятий, хирургическую технику и уход за послеоперационной раной.

Международные рекомендации по профилактике ИОХВ делятся на группы на основании научных данных и теоретической доказанности. Рекомендации категории IA и IB сформулированы на основе хорошо организованных клинических и эпидемиологических исследований. Рекомендации II категории основаны на предположительных данных клинических исследований. Категория «Рекомендации отсутствуют; Нерешенный вопрос» включает мероприятия, по которым нет единого мнения в медицинском сообществе и их применение ограничено.

Описанные выше меры профилактики ИОХВ рекомендованы НІСРАС (Консультативный комитет по контролю за внутрибольничными инфекциями). С полным списком мероприятий можно ознакомиться в статье «Профилактика инфекций в области хирургического вмешательства» при переходе по ссылке: [http://www.antibiotic.ru/cmac/pdf/5\\_1\\_074.pdf](http://www.antibiotic.ru/cmac/pdf/5_1_074.pdf).

# Новый проект РАМС:

## Создание базы данных примеров расширенной сестринской и акушерской практики



■ **Самойленко В.В.**  
Исполнительный директор РАМС

Ассоциация медицинских сестер России и Секция «Сестринские исследования» открывают сбор примеров передовой практики медицинских сестер и акушерок. Прошло 25 лет масштабной реформы сестринского дела. Наступило время подведения итогов. Помимо серьезных теоретических изменений в практику медицинских сестер вошло множество новых, абсолютно неизвестных ранее технологий. Понимая, что опыт каждого региона, больницы, отделения, каждой медицинской сестры – бесценное достояние всего профессионального сообщества, РАМС проводит сбор и обобщение лучших практик сестринской помощи.

Если вам и вашим коллегам удалось внедрить в свою практику новый подход, который показал свою эффективность, которым вы можете гордиться и о котором вы готовы рассказать всем своим коллегам, – представьте его!

**Среди направлений передовой практики могут быть рассмотрены следующие:**

- значительное расширение полномочий медицинских сестер и акушерок в стационарных или амбулаторных условиях, особенно в области самостоятельной клинической практики;
- освоение новых манипулятивных технологий или существенное, ос-

нованное на научных данных, изменение привычных алгоритмов;

- проекты, направленные на консультирование и обучение пациентов и его близких;
- использование сетевых технологий и гаджетов в сестринской и акушерской помощи пациентам;
- введение форм интенсивного наблюдения за пациентами в отделениях реанимации или длительной поддержки хронических больных;
- обучающие школы для больных и здоровых, внедрение форм оказания помощи, облегчающих работу медицинской сестры;
- и любые иные формы сестринской помощи, которые направлены, в конечном счете, на улучшение нашей работы, благополучие медицинских сестер и пациентов.

Для примера приведем несколько формулировок из изданного Всемирной организацией здравоохранения в 2015 году Европейского сборника примеров передовой сестринской и акушерской практики в поддержку реализации политики «Здоровье-2020»:

- Видеоконсультирование больных ХОБЛ с использованием средств телемедицины (Дания).
- Поддержка семей в стационаре, имеющем статус больницы, доброжелательной к ребенку (Финляндия).
- Сестринская группа по купированию боли для превращения больницы в учреждение, свободное от боли; и Пока ты не обжегся: меры по укреплению здоровья и снижению вреда в рекреационной ночной жизни молодежи (Португалия).
- Контролируемое лечение туберкулеза и ВИЧ-инфекции, координируемое палатными сестрами (Россия).

- Школа неформальных помощников по уходу (Испания).

**Представленные Вами материалы:**

- будут освещены на сайте РАМС и в «Вестнике» Ассоциации, тем самым став доступными для всех медицинских сестер России и зарубежных партнеров РАМС;
- могут быть использованы при написании учебников новых поколений, методических рекомендаций и нормативных актов;
- могут быть полезны для ваших коллег из всех регионов России.

Лучшие работы войдут в российский сборник, аналогичный сборнику ВОЗ, их авторы могут быть приглашены к написанию статей, выступлению на конференциях, участию в проектах Ассоциации медицинских сестер России.

### Принять участие

Вы можете принять участие в этом проекте, заполнив информационную форму – анкету (ее можно скачать на сайте РАМС либо получить по электронной почте, обратившись в офис РАМС) и направив ее в адрес исполнительного директора организации: [vsamoilenko@medsestre.ru](mailto:vsamoilenko@medsestre.ru).

Если вы захотите проиллюстрировать свою информацию фото- или видеоматериалами, прикрепите к письму файлы или (при большом размере файла) укажите в письме ссылку на общедоступный файлообменник, где они хранятся.

Обсуждение данного проекта и примеров практики организовано на форуме сайта РАМС.

Будем рады видеть вас в числе авторов, участников дискуссии и надеемся, что вам будет интересно участие в подобном проекте, результаты которого представят значительную ценность для профессионалов отрасли.

# Метаболический мониторинг изменения гомеостаза в условиях экспресс-лаборатории



**Коковина Н.К.**

Фельдшер-лаборант лаборатории клинической микробиологии (бактериологии) ГБУ РС(Я) РБ № 2 ЦЭМП, Республика Саха (Якутия)



**Хмель Ю.С.**

Старший фельдшер-лаборант экспресс-лаборатории отдела клинико-лабораторных исследований консультативно-диагностического центра ГАУ РС(Я) РБ № 1 НЦМ, Республика Саха (Якутия)



При изменившихся условиях деятельности лаборатории возрастают требования к работе фельдшеров-лаборантов, их умениям и навыкам. Кроме правильного технического выполнения исследования, лаборант должен понимать теоретическую суть своей работы, начиная от знаний этиологии и патогенеза заболеваний, заканчивая осмыслением принципов работы, методов исследований биологического материала пациента.

Помимо отличных знаний по клинической лабораторной диагностике, необходимы умения обращаться с самой современной техникой, при этом всегда полагаться на свое логическое мышление и подходить с долей сомнения к результатам своей деятельности.

Всё это должно достигаться не только опытом ежедневной рутинной работы, но и активным обучением, тесным сотрудничеством в профессиональной сфере деятельности.

Обмен опытом является одним из важных аспектов повышения профессионализма медицинских работников любой специальности. Если для врачей-лаборантов существует богатая база обмена опытом: выпуск периодических изданий по специальности, проведение конференций и семинаров, в том числе с выездом за пределы своих регионов, то для фельдшеров-лаборантов такая возможность предоставляется крайне редко. Ощущается явный дефицит обмена знаниями и практическими навыками по лабораторной диагностике среди сотрудников среднего звена.

В связи с созданием секции РАМС «Лабораторная диагностика» появилась возможность формирования единого информационного пространства, в результате чего стало налаживаться взаимодействие среди специалистов лабораторной службы между регионами.

На сегодняшний день ведется активное сотрудничество между секциями «Лабораторная диагностика» Ленинградской области и Республики Саха (Якутия). Была затронута большая и обширная тема: «Аналитическая надежность: влияние качества работы фельдшера-лаборанта на достоверность результата». Актуальность тематики высока, так как повышение точности и клинической информативности результатов исследований является на сегодняшний день одним из основных направлений развития лаборатории.

По данной проблеме был подготовлен ряд тематических тезисов, которые передают специфику работы фельдшера-лаборанта на разных этапах аналитических исследований в различных отделах клинико-диагностической лаборатории. Одним из них является опыт работы фельдшера-лаборанта экспресс-лаборатории как наиболее напряженного и ответственного, требующего от специалиста лабораторной службы определенного уровня компетенции, мастерства, квалификации и призвания, который и хотелось бы отразить в данной статье.

Лаборатория экспресс-диагностики является специфическим звеном клинической лабораторной диагностики. Необходимость ее создания была об-

На сегодняшний день лабораторная служба претерпевает значительные перемены. Это связано с реорганизацией нормативных документов МЗ РФ, экономическими проблемами, в том числе импортозамещением, повышением требований к работе медицинского персонала. Лабораторная служба в РФ опирается на работу фельдшеров-лаборантов, ведь основная деятельность лежит на их плечах. Фельдшер-лаборант выполняет огромный пласт многопрофильной работы: забор капиллярной крови, распределение и сортировка проб биологического материала по целям исследования, регистрация, работа на анализаторах, соблюдение утвержденных стандартов, обеспечение аналитической надежности и выдача результатов исследований.

условлена развитием таких медицинских дисциплин, как анестезиология и реаниматология, обеспечивающих защиту организма в экстремальных условиях, с обязательным контролем адекватности проводимой терапии у больных в критическом состоянии.

Главной задачей лаборатории является проведение экспресс-анализов для контроля состояния гомеостаза в условиях острых воздействий на организм больного, что имеет место как во время хирургических вмешательств, так и при лечении больных, находящихся в критическом состоянии в отделении реанимации и интенсивной терапии. Наша экспресс-лаборатория находится при реанимации Клинического центра РБ № 1-НЦМ, отделение рассчитано на 6 коек в ОАРИТ (кардио) и 18 коек в ОАРИТ. В отделении находятся больные после различных оперативных вмешательств, в том числе после таких обширных операций, как на сердце с АИК, после трансплантации почек и печени. Также нами выполняются лабораторные исследования и во время проведения данных операций.

Хотелось бы отметить следующее: для того чтобы современная лаборатория экспресс-диагностики могла выполнять экстренные исследования, необходимы следующие условия:

- обязательное наличие анализаторов, позволяющих максимально быстро оценивать изменения показателей кислородного, кислотно-основного и водно-электролитного спектра крови;
- максимально близкое расположение лаборатории к больному.

Основным отличием лаборатории экспресс-диагностики от других клинических лабораторий является то, что она непосредственно «участвует» в активном лечебном процессе, обуславливая те или иные действия клиницистов.

В связи с этим, весьма важным является получение точных результатов, особенно в отношении параметров газообмена, кислотно-основного равновесия и электролитов крови. Данное исследование является основным в нашей лаборатории (50–60% всех исследований, проводимых в лаборатории, в среднем в сутки до 40 исследований, а во время обширных операций и большого количества пациен-



тов, находящихся в критическом состоянии, доходит и до 90 исследований в сутки).

В документах Международного национального комитета по клиническим и лабораторным стандартам красной строкой проходит следующее заключение: анализ газов крови и pH оказывает наиболее прямое и важное воздействие на лечение больного, чем любое другое лабораторное исследование. При анализе газов крови и pH неправильный результат часто может быть хуже для больного, чем вообще его отсутствие.

У тяжелых больных, которым назначается данный анализ, могут наблюдаться существенные изменения этих показателей в течение коротких промежутков времени, поэтому сроки выполнения исследования КОС лабораторией в условиях неотложной диагностики не должны превышать 5–10 минут.

Основной задачей лаборатории при проведении исследований является строгое соблюдение правил аналитического процесса, который состоит из трех стадий: доаналитической, аналитической и постаналитической. Так как данное исследование мы проводим на анализаторе ABL-800 (Radiometer, Дания), то в своей практике мы пользуемся правилами аналитического процесса, разработанного данной фирмой. Каждая стадия включает следующие составляющие.

**Доаналитическая стадия** определяет обоснованность назначения анализа, а также правила забора, транспортировки и хранения пробы крови. Ошибки на этой стадии являются основными ошибками при анализе проб крови, поэтому для их исключения не-

обходимо выполнить определенные инструкции при:

- подготовке к отбору пробы (выбор антикоагулянта, подготовка пациента);
- самом отборе пробы (вид пробы крови: артерия, вена, капилляр; устройство для отбора пробы);
- транспортировке;
- хранении;
- подготовке перед введением пробы в анализатор.

Все эти инструкции изложены в издании «Руководство оператора ABL 800».

**Выбор антикоагулянта:**

- Использование только гепаринизированных устройств отбора пробы.
- Использование только сухого гепарина во избежание разведения пробы крови.
- Использование сбалансированного гепарина, чтобы свести к минимуму влияние гепарина на значение электролитов.

**Подготовка пациента:**

- Дыхание перед и во время отбора пробы у пациента должно быть ровным и спокойным.
- Пациента нужно информировать о процедуре, чтобы избежать ненужного возбуждения, которое может сказаться, например, на значениях pH и газов крови.

**Вид пробы крови:** наиболее предпочтительный и рекомендуемый тип крови – артериальная кровь; венозная кровь обычно не рекомендуется для оценки состояния газового состава крови и кислородного статуса; капиллярная кровь – при отборе следует избегать сдавливания и выжимания крови из места прокола, так как это приводит к смешению крови и ткане-

вой жидкости и, следовательно, к неверным результатам измерений. Это также может привести к гемолизу пробы крови, что дает слишком высокие значения калия.

#### Устройство для отбора проб:

Компания Radiometer предлагает ассортимент специальных устройств для отбора проб крови:

- Самплеры (шприцы) для отбора артериальной крови.
- Капилляры различного объема для отбора проб капиллярной крови.

#### Транспортировка и хранение:

Следует по возможности избегать хранения проб или сводить время хранения к минимуму. Хранение проб при комнатной температуре не более 30 мин.

#### Подготовка перед введением пробы в анализатор:

- Важно сразу же удалить пузырьки воздуха из пробы без предварительного перемешивания.
- Тщательно перемешать пробу несколько раз.
- При перемешивании пробы в капилляре использовать проволоку для перемешивания и магнит. При выполнении анализа использовать ловушку для сгустков фирмы Radiometer.

**Аналитическая стадия** включает три раздела: контроль качества работы прибора, анализ пробы и сервисное обслуживание анализатора.

**Контроль качества** является автоматизированным, что экономит время и повышает точность результата. Проводится по строгим правилам, указанным в руководстве к анализатору, он весьма важен для оценки адекватной работы аппарата. Контроль качества (QUALICHECK) включает ампулы четырех разных уровней, содержащие жидкости, калиброванные по нормальным и патологическим показателям КОР крови,  $\text{pO}_2$ , электролитов и метаболитов (глюкоза, лактат). Качество работы анализатора оценивается через каждые 8 часов работы, уровень QUALICHECK выбирают в зависимости от количества анализов и клинического состояния обследованных больных.

Автоматизированный процесс КК позволяет легко задокументировать результаты контроля. Вся информация по КК хранится в электронном виде.

**Анализ пробы** – его проводят, убедившись в нормальной работе анализатора, после его калибровки контрольными растворами. Время от забора пробы до проведения анализа не должно превышать 5–7 мин, особенно во время и после хирургических вмешательств и у больных в критическом состоянии. После выполнения анализ должен быть немедленно передан клиницисту с указанием параметров, выходящих за пределы нормы.

Во время и после хирургического вмешательства наиболее быстро изменяются следующие системы гомеостаза: кислородный, кислотно-основной, электролитный и водный.

Иными словами, метаболический мониторинг изменения гомеостаза у больных в критическом состоянии невозможен без наличия современных анализаторов, позволяющих одновременно оценить состояние кислородного статуса, кислотно-основного равновесия и электролитов крови. Показателей, которые наиболее быстро изменяются и, следовательно, чаще контролируются. Использование анализатора AVL-800 в подразделении лаборатории, обслуживающей больных во время и после хирургического вмешательства, позволяет клиницистам достаточно четко оценить кислородный статус организма на основе параметров, характеризующих оксигенирующую функцию легких, и состояние кровообращения, а также определить изменение наиболее важных метаболитов, таких как глюкоза и лактат, и электролитов.

Особо важным на наш взгляд является то, что данный анализатор, на основании включенной в него программы «Oxygen status algorithm», позволяет наиболее полно оценить кислородный статус организма, т. е. получить информацию о способности артериальной крови снабжать ткани кислородом. Использование данной программы, при одновременном динамическом исследовании КОР крови, основных метаболитов – лактата и глюкозы, электролитов – калия, натрия, кальция, хлора, остаточных анионов позволяет клиницисту получить широко информационный анализ, что в свою очередь обуславливает адекватную оценку состояния больного и выбор метода терапии.

**Обслуживание прибора.** Сохранение работоспособности анализатора возможно только при четком соблюдении правил его эксплуатации, указанных в инструкции. Сервисное обслуживание прибора инженерами осуществляется не менее одного раза в месяц.

Таким образом, от точной работы анализатора зависит аналитическая надежность полученных результатов. Так как на нем работает весь средний медицинский персонал лаборатории, правильность работы анализатора и полученных результатов исследования напрямую зависит от лаборанта.

**Постаналитическая стадия.** Анализатор обеспечивает полную совместимость с информационными системами. Результат может мгновенно появляться там, где он необходим: в лаборатории или в госпитальной информационной системе.

Четкое знание всего процесса – гарантия правильно проведенного исследования, поэтому строгое его соблюдение является необходимым требованием для всех сотрудников лаборатории.

Возвращаясь к началу статьи и подводя итог всему вышеизложенному, хочется еще раз подчеркнуть: современный взгляд на развитие лабораторного дела заключается в рассмотрении межрегионального сотрудничества как важного фактора развития и модернизации профессиональной деятельности. Поэтому секция «Лабораторная диагностика» призывает к плотному сотрудничеству специалистов лабораторной службы всех регионов, ведь Ассоциация медицинских сестер России дает такие возможности и является отличной площадкой для развития профессиональной компетентности, ведения научной деятельности и расширения собственного кругозора среди медицинских работников. Обмен опытом, пускай даже на отдаленном расстоянии (благо, современные компьютерные технологии дают такую возможность), позволяет выявить наиболее проблемные в лабораторной службе в своем регионе, получить возможность в реализации своих собственных исследований, принять участие в практических конференциях, получить помощь в продвижении ваших продуктов научной деятельности.

## Всероссийская научно-практическая конференция «Пациент-ориентированные технологии в медицинской реабилитации. Инновации и профессиональные компетенции»

30 ноября – 1 декабря с участием 135 делегатов из 26 российских регионов в Санкт-Петербурге состоялась Всероссийская научно-практическая конференция «Пациент-ориентированные технологии в медицинской реабилитации. Инновации и профессиональные компетенции».

Медицинские сестры – важнейший ресурс здравоохранения. В очередной раз эту истину подтвердили медицинские сестры реабилитации, ЛФК, массажа, задействованные в работе как отделений реабилитации, так и в отделениях реанимации, интенсивной терапии, специалисты клиник восстановительной медицины, стационаров и амбулаторных центров, оказывающих помощь взрослому и детскому населению.

Если современной медицине удастся спасти пациента после серьезной травмы, сердечно-сосудистого заболевания, то мы просто обязаны сделать все возможное, чтобы помочь пациенту максимально восстановить утраченные функциональные возможности, независимость в повседневной деятельности, в наилучшем случае – трудоспособность. Медицинские сестры подходят к этому вопросу со всей ответственностью – изучают российский и зарубежный опыт, проводят собственные исследования, прибегают к методам ранней активации больных уже на этапе послеоперационного пробуждения. Массаж, ЛФК, гимнастика по медицинским показаниям



проводятся на самых ранних этапах, чтобы обеспечить эффективное восстановление организма. Все эти вопросы коллеги с большим интересом обсуждали на состоявшейся в Санкт-Петербурге конференции, посвященной вопросам реабилитации.

Медицинские сестры работают совместно с пациентами, их близкими, в рамках мультидисциплинарных бригад. Практика показывает, что настойчивые и упорные методы реабилитации помогают пациентам достигать более высокого уровня независимости от помощи окружающих.

Интереснейшие доклады, описания клинических случаев, положительного опыта применения тех или иных методик реабилитации составили основное содержание программы мероприятия. Состоялись тематические мастер-классы, были рассмотрены вопросы разработки профессиональных стандартов, подготовки, повышения квалификации специалистов. Большой интерес вызвали доклады, подготовленные на основе проведенных сестринских исследований.

Специалисты обсуждали современные технологии реабилитации как ме-

ханические и пока малодоступные, так и те, что пришли из спортивной медицины и сегодня позволяют оказывать эффективную помощь пациентам, страдающим от болевого синдрома.

Участники высоко оценили работу специализированной секции РАМС «Сестринское дело в реабилитации» и ее руководителя Тихонова Сергея Владимировича, выразили надежду на продолжение тесного сотрудничества и взаимодействия не только в ходе таких очных мероприятий, но также в режиме он-лайн с помощью современных технологий, так стремительно меняющих медицину и выводящих сестринскую помощь на качественно новый уровень.



# РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОНМК



## Васильева М.О.

Постовая медицинская сестра, ГБУЗ Владимирской области «Городская больница № 4 г. Владимира», преподаватель, Владимирский базовый медицинский колледж

Создание сосудистых центров и широкое внедрение современных методов лечения, реабилитации и вторичной профилактики инсульта в остром периоде являются важнейшим достижением современной ангионеврологии. В то же время особенно актуальна проблема продолжительной реабилитации больных после завершения острого периода реабилитации, которая должна соответствовать современным принципам непрерывности, преемственности и индивидуальности, направленным на максимальную реализацию целей и задач реабилитации.

Проблемам реабилитации пациентов, перенесших ОНМК, посвящен большой объем научной литературы, предложено множество методов реабилитационного лечения, однако эффективность реабилитации остается достаточно низкой.

Образовательный и профессиональный уровень как медицинских сестер первичного звена, так и сестер специализированных неврологических отделений, соответствует современным требованиям к уровню подготовки специалистов сестринского дела. Условия этапной реабилитации пациентов с ОНМК способствуют расширению роли медицинских сестер, определяют основные направления мероприятий, которые способствуют повышению ка-

чества жизни пациента, связанного со здоровьем.

Все это обосновывает необходимость поиска механизмов, в основе которых должна лежать не интуиция, а целенаправленная и систематическая работа, сочетающаяся с научным обоснованием, рассчитанная на удовлетворение потребностей и решение проблем пациента, а также изменение роли сестринского персонала с учетом его эффективного использования и полноценного функционирования в современных условиях.

**Цель настоящего исследования:** определить роль сестринского персонала в реабилитации пациентов, перенесших ОНМК.

Для достижения поставленной цели необходимо было решить следующие задачи:

1. Рассмотреть медико-социальные аспекты реабилитации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.

2. Раскрыть особенности деятельности сестринского персонала при реабилитации пациентов с ОНМК.

3. Выявить изменения качества жизни и психологический статус пациентов с ОНМК, проходивших лечение на базе ГБУЗ ВО «Городская клиническая больница № 4».

4. Проанализировать уровень профессиональной подготовки сестринского персонала, его готовность к реализации современных сестринских технологий при реабилитации пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

5. Разработать рекомендации по организации деятельности сестринского персонала при работе с пациентами с ОНМК.

**Объект исследования** – организация реабилитации пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

**Предмет исследования** – условия организации реабилитации пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

**Теоретическая значимость** заключается в том, что в настоящее время для определения эффективности реабилитационных мероприятий используется такой показатель, как «качество жизни», связанное со здоровьем. Роль сестринского персонала в восстановлении нарушенных функций неочевидна.

**Практическая значимость** работы заключается в том, что впервые на базе ГБУЗ ВО ГБ № 4 г. Владимира, неврологическое отделение № 2 для больных с ОНМК изучены основные функциональные и психологические проблемы пациентов, их динамика при использовании новых технологий сестринского ухода, оценена удовлетворенность пациентов оказываемой медицинской (сестринской) помощью.

## Программа исследования

Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе проводился сбор и обработка информации. На втором этапе проводился анализ полученных данных с последующей разработкой модели сестринского ухода в неврологическом отделении.

Программа сбора информации предусматривала: изучение проблем пациента с инсультом для оптимизации технологий ухода. В качестве изучаемого явления рассмотрена профессиональная деятельность специалистов сестринского дела в неврологии.

Исследование проводилось методом сплошного и выборочного статистического наблюдения: для выявления функциональных и психологических нарушений были изучены проблемы 75 пациентов с инсультом. Выбор отделения обусловлен тем, что работа палатных медицинских сестер неврологического отделения требовала совершенствования организационных методов в осуществлении мероприятий, способствующих устранению функциональной недостаточности у пациента. Таким образом, организационные решения данной проблемы являются зна-

чимыми, призванными повысить качество медицинской помощи.

### Изучение уровня профессиональной подготовки сестринского персонала

Современный уровень профессиональной подготовки, определяемый требованиями Федеральных государственных образовательных стандартов и широкой системой повышения квалификации сестринского персонала, позволяет оказывать качественную медицинскую помощь. В нашем случае подавляющее большинство медицинских сестер – это грамотные специалисты, обладающие определенным опытом работы (стаж по специальности в среднем составил 15,3 года), занимающиеся самообразованием посредством изучения периодической и специальной литературы, посещения конференций, семинаров и др.

На первом этапе работы мы опросили 109 медицинских сестер, работающих в условиях стационара. Методика анкетирования была направлена на совершенствование деятельности палатных медсестер для решения проблем пациентов, перенесших инсульт. По результатам анкетирования респонденты распределились следующим образом: профессиональный стаж до 10 лет имеют 45,5% респондентов, от 10 до 15 – 18,1%, более 15 лет – 36,4%; базовое образование «Сестринское дело» – 81,8%, «Лечебное дело» – 18,2%; повышенный уровень образования по специальности «Сестринское дело» – 18,2%.

На вопрос анкеты относительно мотивации выбора профессии все медицинские сестры единодушны – выбор профессии объясняется призванием. Приступая к профессиональной деятельности, 82% специалистов сестринского дела прошли курсы повышения квалификации. Основные трудности в работе 73% медицинских сестер связывают с её большим объемом. Изучив профессиональное мнение медицинских сестер, можно отметить достаточно высокий уровень самооценки в области профессиональной подготовки, отрицательным фактором, влияющим на результаты помощи, необходимо считать высокую нагрузку на сестринский персонал.

Таким образом, медицинские сестры в целом удовлетворены характером и условиями труда при реализации новых технологий ухода.

### Исследование качества жизни и психологического статуса пациентов

Качество жизни пациентов оценивали с помощью опросника SF-36, который пациенты заполняли самостоятельно. Опросник SF-36 состоит из 11 разделов. При обработке результатов полученные по всем пунктам ответы формируют 8 шкал. Шкалы группируются в два показателя: общий показатель физического здоровья (Phsum) и общий показатель психического здоровья (Mhsum). Полученные результаты представлены в баллах от 0 до 100 по каждой шкале (более высокая оценка указывает на лучшее качество жизни), сумму баллов более 50 по каждой из шкал расценивали как норму.

Для определения выраженности эмоциональных расстройств использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Все пациенты, включенные в исследование, проанкетированы с помощью опросника HADS по двум подшкалам: тревога (A) и депрессия (D). Результаты оценивались в баллах. При интерпретации данных учитывался суммарный показатель по каждой подшкале (A и D), при этом выделялись три области значений: 0 до 7 – нормальные показатели тревоги и депрессии, значения от 8 до 10 считаются пограничными, сумма баллов от 11 и выше характерно для клинически выраженной тревоги/депрессии.

Согласно плану исследования программа реабилитации представляла собой восьминедельный курс физических тренировок на велоэргометре или тредмиле, проводимые три раза в неделю. Курс начинался в период от 5 до 14 дней. Каждая тренировка состояла из трех периодов: периода разогрева (длительностью 3–5 минут), тренировочного периода (35 минут с последующим увеличением времени нагрузки до 45 минут в течение 2–3 недель), восстановительного периода (3–5 минут).

Режим физических нагрузок рассчитывался с помощью данных эргоспирометрии по показателю  $VO_2 \text{ peak}$  согласно методике, основанной на практических

рекомендациях Американской коллегии спортивной медицины. Всем пациентам индивидуально рассчитывали уровень тренировочной нагрузки на велоэргометре и тредмиле. Первоначально определяли целевое (для тренировки)  $VO_2$  по следующей формуле:

$$\text{Целевое } VO_2 = \text{Интенсивность нагрузки} \times VO_2 \text{ peak.}$$

Интенсивность нагрузки определяли в процентах от максимальной и считали равной 60% от максимума, что подразумевало дозированные физические нагрузки умеренной интенсивности.

Нагрузку для тредмила рассчитывали с помощью формулы:

$$\text{Целевое } VO_2 = 0,1 \times \text{Скорость} + 1,8 \times \text{Скорость} \times \text{Угол наклона} + 3,5,$$

где скорость выражалась в м/мин, угол наклона – в %.

Нагрузку для велоэргометра рассчитывали с помощью формулы:

$$\text{Целевое } VO_2 = 7,0 + 0,3 \times \text{Работа/Масса тела},$$

где работа выражалась в ваттах, масса тела – в кг.

Также определяли ишемический порог у пациентов со стресс-индуцированной ишемией миокарда. В этом случае тренировочный режим ограничивали ЧСС на 5 ударов в минуту меньше, чем ЧСС при ишемическом пороге.

Через 2–3 недели после увеличения времени нагрузки до целевых 45 минут начинали усиливать интенсивность тренировочной нагрузки – плавно в течение еще 2–3 недель максимум на 10% под контролем индивидуальной переносимости физических нагрузок по шкале Борга (в пределах от 11 до 14 баллов).

В группе тренировок в больнице использовали тредмил (система Schiller CS-200, Швейцария) и велоэргометры (реабилитационная система Ergoline, Германия) в равном соотношении. Сестринский контроль осуществлялся путем краткого опроса пациента перед каждой тренировкой с обязательным выяснением наличия жалоб (одышка, стенокардия, головокружение, мышечное утомление и т. д.) и оценки субъективного ощущения тяжести нагрузки. Кроме этого, во время каждого занятия

непрерывно регистрировалась ЭКГ (стандартные 12 отведений на тредмиле и одно ритм-отведение, соответствующее II стандартному на велоэргометре).

В группе домашних тренировок под сестринским контролем первая тренировка проводилась в условиях больницы. Пациентов обучали самостоятельному проведению тренировок, способам контроля ЧСС. Затем тренировки проводились дома – использовали велотренажеры с возможностью дозирования уровня нагрузки (Вт) и регистрации ЧСС. У 5 пациентов, выбранных случайным образом, первые две тренировки проводились под контролем 12-канальной теле-ЭКГ и видеосвязи через интернет (с помощью программ Skype, TeamViewer). Одна из тренировок была записана для демонстрации. Сестринский контроль осуществлялся путем еженедельной беседы с пациентом по телефону в сочетании с визитами пациента в медицинский центр не реже одного раза в месяц. Во время телефонного разговора пациенту задавали следующие вопросы:

1. Отмечали ли вы ухудшение состояния здоровья в течение последней недели (приступы стенокардии, головные боли, головокружения, слабость и т. д.)?

2. Соблюдаете ли вы время приема, дозировку рекомендованных лекарственных препаратов?

3. Сколько тренировок выполнено за последнюю неделю? Соответствуют ли их интенсивность, длительность рекомендованной вам? Если пациент не соблюдал график тренировок, уточнялась причина и проводилась дополнительная беседа.

Кроме этого, все пациенты заполняли дневник тренировок, в котором обязательно указывались продолжительность, количество тренировок, тренировочный режим, самочувствие. Дневник тренировок оценивался врачом во время каждого визита пациента в больницу.

В группе домашних тренировок без сестринского контроля всем пациентам был назначен контрольный визит в медицинский центр через 8 недель и 6 месяцев. Первая тренировка проводилась в больнице по вышеуказанному плану. Пациенты всех групп при необ-

ходимости имели возможность проконсультироваться с врачом.

В исследование было включено 75 пациентов, из которых 24 были включены в первую группу (группа пациентов, тренирующихся в клинике), 26 пациентов – во вторую (группа пациентов, тренирующихся в домашних условиях под контролем сестринского персонала), 25 пациентов – в третью группу (группа пациен-

тов, тренирующихся в домашних условиях без контроля сестринского персонала).

Социально-демографическая характеристика группы тренировок в клинике и групп домашних тренировок представлена в Таблице 1.

С помощью опросника SF-36 оценивалось качество жизни пациентов трех групп в динамике. В таблице 2 представлена динамика показателей каче-

Таблица 1

Социально-демографическая характеристика изучаемых групп

	1 группа – тренировки в клинике n = 24	2 группа – домашние тренировки под контролем сестринского персонала n = 26	3 группа – домашние тренировки без контроля сестринского персонала n = 25
Возраст (лет), M ± m	56,3 ± 9,2	54,9 ± 7,1	59,9 ± 8,1
Мужчины, n (%)	20 (83,3%)	22 (84,6%)	22 (88%)
Женщины, n (%)	4 (16,7%)	4 (15,4%)	3 (12%)
Высшее образование, n (%)	16 (66,7%)	22 (84,6%)	15 (60%)
Работающие, n (%)	19 (79,1%)	15 (57,7%)	16 (64%)
Курение, n (%)	2 (8,3%)	4 (15,4%)	6 (24%)

Таблица 2

Динамика показателей качества жизни по шкалам опросника SF-36

Показатель		1 группа – тренировки в клинике n = 24	2 группа – домашние тренировки под контролем сестринского персонала n = 26	3 группа – домашние тренировки без контроля сестринского персонала n = 25
		Физическое функционирование – PF (баллы), M ± m	исходно 8 недель	78,6 ± 15,4 90,2 ± 9,5
Ролевое физическое функционирование – RP (баллы), M ± m	исходно 8 недель	50,0 ± 41,1 83,3 ± 32,9	70,2 ± 46,9 88,5 ± 20,3	57,1 ± 41,2 61,9 ± 40,8
Интенсивность боли – BP (баллы), M ± m	исходно 8 недель	71,3 ± 29,5 86,7 ± 22,6	83,8 ± 20,1 97,4 ± 6,3	76,5 ± 33,1 76,6 ± 20,2
Общее состояние здоровья – GH (баллы), M ± m	исходно 8 недель	44,5 ± 16,3 61,9 ± 10,3	49,0 ± 14,0 62,1 ± 8,0	46,2 ± 17,5 46,4 ± 14,9
Жизнеспособность – VT (баллы), M ± m	исходно 8 недель	66,7 ± 20,4 71,9 ± 11,8	73,7 ± 16,3 71,3 ± 7,9	64,8 ± 19,1 65,0 ± 18,4
Социальное функционирование – SF (баллы), M ± m	исходно 8 недель	76,8 ± 26,3 95,2 ± 9,3	85,1 ± 21,5 96,6 ± 5,7	76,8 ± 25,7 81,1 ± 20,1
Эмоциональное функционирование – RE (баллы), M ± m	исходно 8 недель	82,5 ± 37,4 88,8 ± 21,9	79,4 ± 49,9 83,3 ± 28,7	73,0 ± 38,9 77,8 ± 38,5
Психическое здоровье – MH (баллы), M ± m	исходно 8 недель	70,7 ± 17,2 81,3 ± 10,5	71,7 ± 15,0 81,7 ± 12,4	72,9 ± 16,4 72,9 ± 15,4
Общий показатель физического здоровья – PHSum (баллы), M ± m	исходно 8 недель	50,6 ± 7,1 55,3 ± 5,7	52,3 ± 9,0 55,8 ± 3,1	49,6 ± 8,6 49,6 ± 7,4
Общий показатель психического здоровья – MHSum (баллы), M ± m	исходно 8 недель	51,0 ± 7,0 51,5 ± 6,0	52,4 ± 8,6 53,5 ± 5,3	50,0 ± 9,3 51,5 ± 8,8

ства жизни по шкалам опросника SF-36 в изучаемых группах.

При межгрупповом сравнении трех групп через 8 недель наблюдения выявлено статистически достоверное различие по шкале физического функционирования, ролевого физического функционирования, по шкале интенсивности боли, по шкале общего состояния здоровья, по шкале социального функционирования, по шкале психического здоровья, по шкале общего показателя физического здоровья. По шкалам жизнеспособности, эмоционального функционирования, общего показателя психического здоровья при межгрупповом сравнении изменения были статистически не значимы (рис. 1–2).

При межгрупповом сравнении через 8 недель наблюдения выявлено статистическое преимущество группы тренировок в клинике и группы домашних тренировок под контролем сестринского персонала над группой домашних тренировок без контроля сестринского персонала.

В целях изучения влияния курса ранней физической реабилитации на психологический статус пациентов, перенесших ОНМК, исходно и через 8 недель наблюдения проводилась оценка уровня тревоги и депрессии с помощью опросника HADS. Динамика уровня тревоги и депрессии по данным опросника HADS в изучаемых группах представлена в таблице 3.

При межгрупповом сравнении через 8 недель наблюдения выявлено статистически достоверное преимущество тренировок в клинике и домашних тренировок под контролем сестринского персонала над группой домашних тренировок без контроля сестринского персонала. Межгрупповые различия динамики уровня депрессии пациентов представлены на рисунке 3.

При межгрупповом сравнении через 8 недель наблюдения выявлено статистически достоверное преимущество тренировок в клинике и домашних тренировок под контролем сестринского персонала над группой домашних тренировок без контроля сестринского персонала. Межгрупповые различия уровня тревоги в изучаемых группах представлены на рисунке 4.

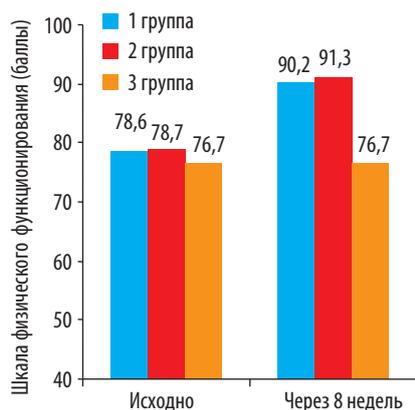


Рис. 1. Межгрупповые различия характеристики качества жизни пациентов по шкале физического функционирования опросника SF-36 (критерий Манна-Уитни)

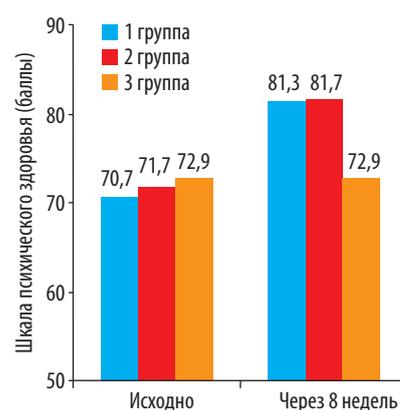


Рис. 2. Межгрупповые различия характеристики качества жизни пациентов по шкале психического здоровья опросника SF-36 (критерий Манна-Уитни)

Таблица 3

Динамика уровня тревоги и депрессии в изучаемых группах по данным опросника HADS

Показатель	Группы			
	1 группа – тренировки в клинике n = 22	2 группа – домашние тренировки под контролем сестринского персонала n = 24	3 группа – домашние тренировки без контроля сестринского персонала n = 24	
A (тревога), M ± m	исходно	4,6 ± 3,1	3,4 ± 2,7	3,5 ± 2,5
	8 недель	1,4 ± 1,4	1,6 ± 1,4	3,5 ± 2,4
D (депрессия), M ± m	исходно	4,0 ± 2,9	2,8 ± 2,7	3,5 ± 2,4
	8 недель	1,5 ± 1,3	1,6 ± 2,2	3,5 ± 2,7

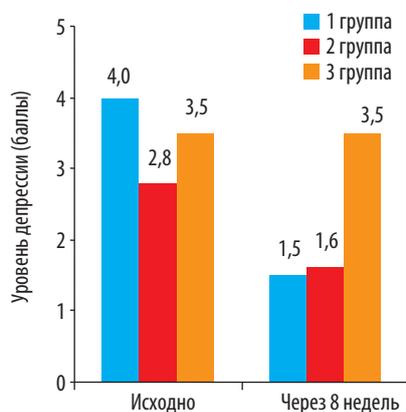


Рис. 3. Межгрупповые различия динамики уровня депрессии пациентов

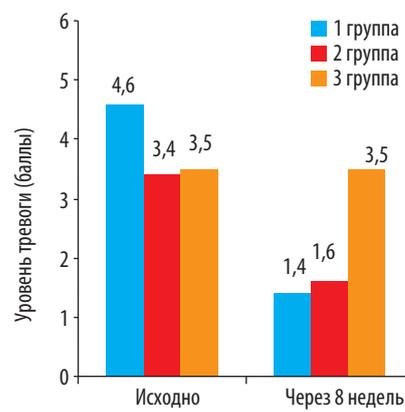


Рис. 4. Межгрупповые различия уровня тревоги пациентов (критерий Манна-Уитни)

Таким образом, по результатам опросника HADS выявлено, что в группах контролируемых тренировок уровень тревоги и депрессии достоверно снижается после проведения восьминедельного курса ранней физической реабилитации относительно группы домашних тренировок без врачебного контроля.

Безусловно, оценка качества жизни пациента во многом определяется его личностными особенностями, психо-

эмоциональным состоянием, уровнем потребностей, то есть является чрезвычайно субъективной, однако такой подход позволяет ориентироваться непосредственно на интересы самого больного.

### Практические рекомендации

Рекомендации созданы так, что любая медицинская сестра может определять, какие действия необходимы

для достижения цели, поэтому уменьшилась вероятность некомпетентного или неаккуратного ухода, стала возможной координация действий медицинской сестры.

Позитивными аспектами сестринского процесса в неврологическом отделении являются: повышение профессионального и социального статуса медицинской сестры; стандартизации сестринских манипуляций; четкое планирование и организация рабочего времени; документальное подтверждение ухода за больными с инсультом. Необходимо отметить, что критерием оценки эффективности является более ранняя реабилитация и улучшение качества жизни пациента, связанное со здоровьем.

Рациональному планированию и ведению сестринского процесса способствует протокол, отражающий минимальный, качественный уровень обслуживания, обеспечивающий профессиональный уход за пациентом в неврологическом отделении. Цели протокола: своевременное и последовательное восстановление нарушенных функций и здоровья больного; улучшение качества медицинского обслуживания пациентов; вовлечение пациента в процесс собственного лечения и реабилитации.

Направленность действий медицинской сестры по отношению к пациенту зависят от имеющихся у него проблем. Одним из неперемных условий осуществления сестринского ухода является участие пациента (членов семьи) в принятии решений относительно целей ухода, плана и способов сестринского вмешательства.

Медицинские сестры играют ключевую роль в работе междисциплинарной бригады, поскольку она находится около больного 24 часа в сутки и может дать важную информацию тем членам бригады, которые видят пациента только днем. Медсестра способна координировать реабилитационный процесс с момента поступления больного до его выписки.

Направленность действий медицинской сестры по отношению к пациенту зависят от имеющихся у него проблем. В основе этой работы лежит не интуиция, а продуманный и сформированный подход, рассчитанный

на удовлетворение потребностей и решение проблем человека.

### Заключение

Показатель качества жизни имеет интегральный характер, отражая физическое, психическое состояние пациента, а также уровень его жизнедеятельности и социальной активности. Повышенное внимание специалистов сестринского дела к оценке качества жизни связано с тем, что при таком подходе в наибольшей степени учитывались интересы больного. Наши данные свидетельствуют о том, что более совершенные стратегии сестринского ведения и реабилитации больных, перенесших инсульт, способствовали сохранению качества жизни пациентов, перенесших нарушения мозгового кровообращения. Роль медицинской сестры в восстановлении нарушенных функций неопределима.

Многие элементы сестринского процесса и ранее использовались в работе медицинских сестер, но переход на новую организацию сестринского ухода придает большую осмысленность в сестринской деятельности, поднимает на новый уровень профессию, раскрывая весь творческий потенциал специалистов сестринского дела, который будет способствовать удовлетворению потребностей пациентов.

Одним из основных и неотъемлемых понятий современной модели сестринского ухода является сестринский процесс (основа сестринской помощи). Ведение полной сестринской истории облегчило работу сестры с пациентом, способствовало более полному анализу проблем пациента и путей их решения. Для правильного лечения неврологического больного был сделан сбор информации, относящейся как к физическим, так и к психосоциальным аспектам. После оценки состояния пациента и записи полученной информации медицинская сестра обобщала ее, анализировала и делала выводы. Они и становились теми проблемами, которые являются предметом сестринского ухода. При оценке эффективности сестринского ухода определялось, достигнуты ли поставленные цели и насколько эффективными были сестринские вмешательства.

Оценка качества сестринского ухода складывалась из мнения пациента и его реакции на качество предоставляемой помощи и наличия осложнений после проведенных вмешательств, а также удовлетворенности сестринского персонала оказанной помощи.

Безусловно, оценка качества жизни пациента во многом определялось его личностными особенностями, психоэмоциональным состоянием, уровнем потребностей, то есть является чрезвычайно субъективной, однако такой подход позволял ориентироваться непосредственно на интересы самого больного.

Таким образом, полученные результаты позволили подтвердить поставленные цели и задачи исследования и сделать следующие выводы:

1. Произошли качественные изменения в функциях независимости. Данные, полученные в процессе исследования, подтверждают – сестринская помощь ориентируется не на краткосрочные критерии, а на долгосрочные результаты.

2. Внедрение сестринского процесса в реабилитацию пациентов, перенесших инсульт, в настоящее время является необходимым условием для осуществления профессионального ухода за пациентами, так как позволяет улучшить качество сестринской помощи и реально влияет на качество жизни пациента, связанное со здоровьем.

3. Реализация современных технологий сестринского ухода позволяет повысить удовлетворенность участников реабилитационного процесса (сестринский персонал – пациент – врачебный персонал) и сделать его более эффективным.

4. Расширение сферы деятельности в рамках профессиональной компетенции медицинских сестер в неврологии, в условиях многоуровневой системы оказания медицинской помощи – способствовала эффективности медико-социальной реабилитации.

5. Модель сестринского ухода ориентирована на человека и его нужды, на семью и общество. Предоставляет медицинским сестрам широкий выбор ролей и функций для работы не только с больными пациентами, а также с их родственниками.

# Медицинские сестры Брянщины обсудили вопросы развития практики, обеспечения качества и безопасности медицинской помощи



**Третьякова Л.А.**  
Президент БРОО АСПБ



**Романова А.А.**  
Главный специалист по управлению  
сестринской деятельностью ДЗ  
Брянской области

15 декабря 2016 года в актовом зале ГАУЗ «Брянский клинико-диагностический центр» состоялась областная конференция «Безопасность и качество оказания медицинской помощи медицинскими работниками со средним профессиональным образованием», организованная Ассоциацией сестринского персонала Брянщины. В работе конференции приняли участие 236 специалистов: главные и старшие медицинские сестры, фельдшера фельдшерско-акушерских пунктов, медицинские сестры процедурные, рентгенолаборанты и акушерки из 79 медицинских организаций, а также преподаватели медицинских образовательных учреждений Брянской области.

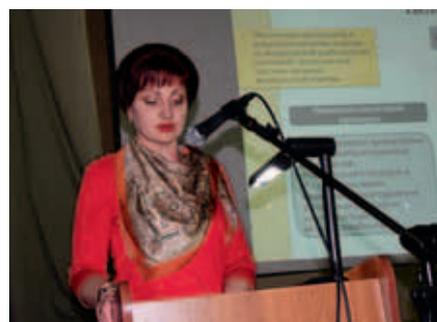
Президент Ассоциации сестринского персонала Брянщины Лариса Анатольевна Третьякова открыла конференцию, подвела итоги уходящего года и ознакомила присутствующих с планом работы

на 2017 год, который был единогласно принят. 2017 год для АСПБ и РАМС – юбилейный, насыщенный мероприятиями: организация областных конференций, семинаров, выездных конференций в ГБУЗ «Брасовская ЦРБ», ГБУЗ «Красногорская ЦРБ», ГБУЗ «Трубчевская ЦРБ», участие во всероссийских конференциях и акциях. Всем следует проявить активность и плодотворно работать над повышением престижа профессии медицинских работников.

С приветственным словом к участникам конференции обратился заместитель губернатора Брянской области Николай Михайлович Щеглов. Поблагодарив фельдшеров, медицинских сестер, акушерок и лаборантов за профессионализм, Николай Михайлович поставил перед медицинскими работниками со средним профессиональным образованием задачи, направленные на повышение профессиональных знаний и непрерывное медицинское образование, получение и обмен опытом, приоритет профилактики заболеваний и формирование здорового образа жизни, развитие первичной медико-санитарной помощи и качественное выполнение своих функциональных обязанностей. Николай Михайлович вручил почетную грамоту Министерства здравоохранения Российской Федерации за верность профессии главной медицинской сестре ГБУЗ «Клиновская ЦГБ» Альвине Владимировне Сковпень.

О профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, рассказала главный внештатный специалист-эпидемиолог Департамента здравоохранения Брянской области Наталья Викторовна Смиргинс.

Анастасия Анатольевна Инчина, заведующая эпидемиологическим отделом ГБУЗ «Брянский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом» продолжила тему инфекционной безопасности и доложила о профилактике





внутрибольничного ВИЧ-инфицирования.

Опытом работы школы пациента в формировании приверженности к лечению больных туберкулезом поделилась главная медицинская сестра ГБУЗ «Брянский областной противотуберкулезный диспансер» Лариса Владимировна Гапонова.

Главный внештатный специалист по паллиативной помощи, заведующий отделением паллиативной помощи ГАУЗ «Брянский областной онкологический диспансер» Владимир Петрович Чугунов обратил внимание всех участников конференции на организацию оказания паллиативной медицинской помощи в Брянской области. Главной задачей паллиативной помощи является купирование боли и других симптомов, а также решение психологических, социальных и духовных проблем. Целью паллиативной помощи является достижение возможно наилучшего качества жизни пациентов и членов их семей. Каждое мгновение без боли – прекрасно!

Как организована медицинская реабилитация в Брянской области и в ГАУ «Медицинский центр г. Жуковки» рассказала Елена Сергеевна Молчанова, главная медицинская сестра Центра. Она также поделилась информацией, полученной на Всероссийской научно-практической конференции «Пациентоориентированные технологии в медицинской реабилитации. Инновации и профессиональные компетенции».

Итогами Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы и перспективы высшего и среднего сестринского образования: интеграция в современное здравоохранение» поделилась Алла Николаевна Ближевская, заместитель директора по практическому обучению ГАПОУ «Брянский медико-социальный техникум им. акад. Н.М. Амосова», рассказав о компетентностном подходе в образовании (компетенция – способность применять

знания, умения, успешно действовать на основе практического опыта при решении задач), проблемах кадрового обеспечения, переходе к аккредитации специалистов и профессиональном образовании медицинских сестер.

Алла Александровна Романова, главный консультант департамента здравоохранения Брянской области, рассказала о внедрении профессиональных стандартов в деятельность медицинских организаций, сведения о каждом утвержденном профессиональном стандарте вносятся в специальный реестр, который размещен на сайте Минтруда России в разделе «Профессиональные стандарты» (<http://profstandart.rosmintrud.ru>). Она представила руководителям сестринских служб медицинских организаций основные аспекты формирования отчета главной медицинской сестры за 2016 год.

На конференции были подведены итоги Всероссийского конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием» 2016 года в Брянской области. Конкурсы профессионального мастерства можно рассматривать как этап повышения профессионализма специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием, и проводятся они в целях повышения престижа и статуса медицинского работника в обществе. Победителями второго регионального этапа конкурса стали:

- в номинации «Лучшая медицинская сестра» – Свиридова Яна Геннадьевна, медицинская сестра детского сада № 63 отделения ОМПДДОУ детской поликлиники ГАУЗ «Брянская городская больница № 2»;
- в номинации «Лучший акушер» – Матина Ольга Михайловна, акушерка женской консультации ГАУЗ «Брянская городская больница № 2»;

- в номинации «Лучшая участковая медицинская сестра» – Крутик Елизавета Сергеевна, медицинская сестра участковая первого терапевтического отделения ГАУЗ «Брянская городская больница № 2»;
- в номинации «За верность профессии» – Ленский Павел Анатольевич, инженер отделения гемодиализа ГАУЗ «Брянская городская больница № 2»;
- в номинации «Лучший лаборант» – Шульга Светлана Валерьевна, рентгенолаборант рентгенологического кабинета отделения лучевой диагностики ГАУЗ «Брянская городская больница № 2»;
- в номинации «Лучшая старшая медицинская сестра» – Гуслистова Ирина Алексеевна, старшая медицинская сестра дневного стационара ГАУЗ «Брянский областной онкологический диспансер».

Победителям вручены почетные грамоты департамента здравоохранения Брянской области и ценные подарки. Все конкурсанты были отмечены дипломами за участие.

Также президент АСПБ Л.А. Третьякова наградила участников регионального этапа конкурса «Лучший специалист в реабилитации», победителями стали:

- Лупик Галина Евгеньевна – инструктор ЛФК ГАУ «Медицинский центр г. Жуковка»;
- Андришина Елена Петровна – медицинская сестра по массажу ГАУЗ «Брянская областная больница № 1»;
- Рожкова Мария Петровна – медицинская сестра по физиотерапии ГАУЗ «Брянская областная больница № 1».

Победителям и участникам конкурса вручены почетные грамоты и дипломы Ассоциации сестринского персонала Брянщины и ценные подарки от Ассоциации.

# ЗОЛОТОЙ ЮБИЛЕЙ

**27** января отмечает свой золотой юбилей Василия Ансаровна Салахутдинова, главная медицинская сестра Детской республиканской клинической больницы г. Йошкар-Ола. Выпускница Йошкар-Олинского медицинского училища 1985 года, Василия Ансаровна начала свою трудовую деятельность с должности палатной, затем процедурной медсестры кардиоревматологического отделения. С 2003 по 2005 год – старшая медицинская сестра кардиоревматологии. В 2005 году назначена на должность главной медицинской сестры ГБУ РМЭ «Детская республиканская клиническая больница». У данного учреждения добрые традиции, большой авторитет и один из лучших сестринских коллективов.

Василе Ансаровне посчастливилось принять эстафету сестры-руководителя крупного специализированного учреждения от предшественницы, очень уважаемого человека, заслуженного работника здравоохранения Республики Марий Эл, ветерана сестринского дела Республики – Ирины Константиновны Поликарповой, которая стояла у истоков создания и открытия Детской республиканской клинической больницы, была в числе учредителей Ассоциации средних медицинских работников Республики Марий Эл, являлась первым секретарем Правления Ассоциации. Сумев проявить себя умелым организатором сестринского дела, новый руководитель повела коллектив за собой к очередным достижениям.

Василия Ансаровна имеет высшую квалификационную категорию по специальности «Организация сестринского дела», сертификат специалиста по специальности «Управление сестринской деятельностью». Ее общий медицинский стаж – 31 год, из них уже 11 лет – главной медицинской сестрой. В 2011 году она закончила факультет высшего сестринского образования Ижевской государственной медицинской академии. В 2012 году прошла ин-



тернатуру по специальности «Управление сестринской деятельностью».

Василия Ансаровна – истинный лидер сестринского дела с активной жизненной и общественной позицией – член профсоюза работников Республики Марий Эл, член регионального отделения Общероссийского общественного движения «НАРОДНЫЙ ФРОНТ «ЗА РОССИЮ». С 2002 года является членом РОО «Ассоциация средних медицинских работников Республики Марий Эл», с 2008 года является председателем секции «Сестринское дело в педиатрии», членом координационного совета Ассоциации средних медицинских работников Республики Марий Эл, с 2016 года членом секции «Сестринское дело в педиатрии» РАМС.

На протяжении последних лет по инициативе Салахутдиновой Василия Ансаровны при содействии заведующих отделениями в ДРКБ организовано 5 школ здоровья для повышения уровня знаний и практических навыков по рациональному лечению заболевания, профилактике осложнений, социальной адаптации и повышению качества жизни пациентов: «Школа ди-

абета», «Школа артериальной гипертензии» (ШАГ), «Школа коррекции веса», «Школа эпилепсии», «Школа астмы», «Гастро-школа».

Салахутдинова В.А. принимала участие в работе Форума детских медицинских сестер в рамках Конгресса педиатров, Всероссийского форума для акушеров, неонатальных и педиатрических медицинских сестер «Здоровые дети – здоровая нация» в г. Санкт-Петербурге. В 2012 году выступала с докладом «Единый подход при оказании сестринской помощи детям Республики Марий Эл» на Всероссийском форуме, секции «Сестринское дело в педиатрии», г. Москва.

Знания и опыт, полученные на Всероссийских мероприятиях, она успешно внедряет в практическую деятельность медицинских сестер больницы. Принимает активное участие в организации и проведении акций, посвященных Всемирному Дню борьбы с туберкулезом, Дню борьбы со СПИДом, Дню защиты детей.

Коллеги ценят Василию Ансаровну за преданность своему делу, за умение работать с людьми. Ее вклад в развитие сестринской профессии достоин высококими наградами: «Почетная грамота Государственного Собрания РМЭ»; «Почетная грамота МЗ РМЭ»; «Почетная грамота Правительства РМЭ»; нагрудный знак «Отличник здравоохранения» РФ; ветеран труда.

Всегда подтянутая, доброжелательная, коммуникабельная, ответственная, яркая и красивая женщина.

Правление Ассоциации средних медицинских работников Республики Марий Эл сердечно поздравляет Василию Ансаровну с юбилейной датой, благодарит за многолетний труд во благо пациентов и своей любимой профессии. Желаем крепкого здоровья, энергии, дальнейших успехов, счастья и благополучия!

*Кузьминых Е.Я.*  
Председатель РОО «Ассоциация  
средних медицинских работников  
Республики Марий Эл»

## УВЛЕКАТЕЛЬНО И НЕСТАНДАРТНО

### В ВОЛОГДЕ ПРОШЕЛ СЕМИНАР ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР СТАЦИОНАРОВ И АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА

Семинар на тему «Современные аспекты в работе медицинских сестер участковых и медицинских сестёр врачей общей практики» состоялся 23 ноября на базе Вологодского медицинского колледжа.

Организаторами мероприятия выступили Вологодская региональная общественная организация специалистов сестринского дела и департамент здравоохранения области. В семинаре приняли участие медицинские сестры амбулаторно-поликлинической службы городов Вологды и Череповца, центральных районных больниц области.

Работа семинара началась с приятного момента – торжественного награждения участников второго областного конкурса методических рекомендаций. Победители и участники конкурса получили заслуженные награды и поощрительные призы.

В приветственном слове Нина Никитина, президент Вологодской ассоциации специалистов сестринского дела, член Правления РАМС, поблагодарила всех участников конкурса за проделанную работу и пригласила медицинских сестер принять участие в следующем конкурсе. Также Нина Валентиновна рассказала о том, что с 2016 года поэтапно вводится система аккредитации медицинских работников. В связи с этим РАМС ведет активную работу над созданием учебных модулей и организацией первых аккредитованных мероприятий в рамках модели НМО.

Как известно, основным направлением работы медицинских сестер участковых и медицинских сестер врачей общей практики является иммунопрофилактика. При этом вакцинопрофилактика является одним из приоритетов в части профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни. Татьяна Юрьевна Курганова, заместитель главного врача по противоэпидемическим вопросам Вологодского областного центра по профилактике инфекционных заболева-

ний, представила доклад на тему «Основные подходы при реализации мероприятий по иммунопрофилактике на современном этапе».

Программа обучающего семинара была построена таким образом, чтобы охватить все аспекты работы медицинских сестер. В первой части семинара прозвучал ряд выступлений на тему профилактики ВИЧ-инфекции. Татьяна Юрьевна рассказала о противоэпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции. В настоящее время в России наблюдается высокая пораженность ВИЧ-инфекцией. В Вологодской области на 1 ноября 2016 года зарегистрировано 3127 случаев заражения ВИЧ, ежегодно наблюдается рост числа инфицированных. О роли медицинской сестры в профилактике ВИЧ-инфекции выступила с докладом Татьяна Червочкина, старшая медицинская сестра Вологодской детской городской поликлиники № 1.

Следующий блок выступлений касался деятельности медицинских сестер участковых в части обеспечения безопасности как пациента, так и самих медицинских работников. Людмила Жажигина, старшая медицинская сестра Вологодской городской поликлиники № 1, представила доклад на тему «Требования при выполнении манипуляций на дому». Доклад «Уровни обработки рук. Методы и средства» представила Любовь Бабушкина, помощник врача-эпидемиолога Вологодской городской поликлиники № 1. Методические рекомендации по использованию перчаток для профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в медицинских организациях, представила Елена Адрианова, старшая медицинская сестра поликлиники № 1 медсанчасти «Северсталь». Наталья Корепина, главная медицинская сестра Вологодской городской поликлиники № 1, выступила на тему «Роль медицинской сестры в профилактике и оказании первой доврачебной помощи при анафилактическом шоке». Логическим



завершением этой части семинара стало выступление Галины Ведениной, главной медицинской сестры Череповецкой детской городской больницы, руководителя Этического комитета Вологодской региональной общественной организации специалистов сестринского дела на тему «Этические аспекты в работе медицинской сестры».

Следующий раздел работы семинара был направлен на оказание психологической помощи медицинским сестрам. Специально для этого на семинар была приглашена Лариса Ивановна Скворцова, кандидат педагогических наук, доцент кафедры управления персоналом Вологодского филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, которая провела занятие на тему «Приемы конструктивного поведения в конфликте».

Чтобы закрепить полученные знания, медицинские сестры прошли практикум – работая малыми группами, специалисты приняли участие в блиц-опросе, решении ситуационных и практических задач по безопасности медсестры на рабочем месте, а также экспресс-тестированию на ВИЧ-инфекцию.

Традиционно работа в малых группах вызвала наибольший отклик. И, как всегда, прозвучало пожелание проводить обучающие семинары в таком формате как можно чаще. Когда занятия организованы нестандартно – учеба проходит увлекательно и с большим интересом.

# МЕТОДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ТАЙМ-МЕНЕДЖМЕНТА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГЛАВНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

## ■ Гринько О.В.

Главная медицинская сестра БУЗ ВО  
«Череповецкая детская городская  
поликлиника № 3»

## ■ Пошехонова О.Д.

Главная медицинская сестра БУЗ ВО  
«Череповецкая городская поликлиника  
№ 7»

## ■ Букатина Л.А.

Главная медицинская сестра БУЗ ВО  
«Череповецкая детская городская  
поликлиника № 5»

**А**ктуальность исследования использования рабочего времени главными медицинскими сестрами обусловлена происходящими преобразованиями в системе здравоохранения, постоянным увеличением затрат времени на выполнение ими функций, не свойственных квалификационным характеристикам, нарастающим потоком информации. Все эти обстоятельства придают новое содержание использованию рабочего времени.

**Целью работы** является разработка практических рекомендаций по оптимизации использования рабочего времени главными медицинскими сестрами учреждений здравоохранения.

В работе поставлены и найдены следующие **основные задачи**:

1. Рассмотреть теоретические основы рационализации использования рабочего времени.

2. Провести анализ возможностей применения технологий тайм-менеджмента для главных медицинских сестер.

3. Провести анализ использования рабочего времени главными медицинскими сестрами бюджетных организаций здравоохранения Вологодской области.

4. Выявить «поглотители рабочего времени» главных медицинских сестер.

5. Разработать рекомендации по эффективному использованию рабочего времени.

**Объектом исследования** является управление рабочим временем.

**Предмет исследования** – оптимизация использования рабочего времени главными медицинскими сестрами бюджетных учреждений здравоохранения.

### **Базы исследования:**

- БУЗ ВО «Череповецкая детская городская поликлиника № 3»,
- БУЗ ВО «Череповецкая детская городская поликлиника № 5»,
- БУЗ ВО «Череповецкая городская поликлиника № 7».

**Методы исследования** – анализ научной литературы, анкетный опрос, наблюдение («фотография рабочего времени»).

Нерациональное использование рабочего времени может быть связано с недостатками в организации личного труда:

1. Перенос принятия решения проблемы на завтра. Это самая распространенная ошибка. Повторное возвращение специалиста к решению проблемы требует дополнительного времени, для того чтобы восстановить в памяти все необходимые данные, вновь перечитать необходимые печатные материалы.

2. Выполнение работы не до конца. Работа, которая не привела к конкретному необходимому результату, делает бессмысленными все временные и иные затраты, понесенные для ее выполнения. Более того, возникающая иллюзия сделанной работы приводит к необоснованным ожиданиям коллег и подчиненных, предполагающих, что проблема решена.

3. Стремление сделать все сразу.

4. Стремление сделать все самому.

Деятельность главной медсестры никоим образом нельзя совместить со стремлением сделать все лично. Наша задача состоит не в том, чтобы загрузить себя работой, а в том, чтобы планировать, организовывать, координировать, направлять и контролировать работу подчиненных, обеспечить на этой основе решение главных задач.

5. Неумение правильно разграничить функции между подчиненными. Самым эффективным средством является наличие четких и детализированных должностных инструкций.

6. Пренебрежение вопросами организации планирования личной работы.

Опыт показывает, что каждый, кто поставит задачу организовать и использовать свое время более эффективно, может осуществить это желание.

Решением заявленной проблемы может стать применение специальных приемов и методов, имеющих общее название «Тайм-менеджмент».

Тайм-менеджмент или управление временем – это действие или процесс тренировки сознательного контроля над количеством времени, потраченного на конкретные виды деятельности, при котором специально увеличиваются эффективность и продуктивность.

В целях изучения особенностей организационно-временной деятельности главной медицинской сестры в феврале-апреле 2016 года нами было проведено исследование:

- анкетирование главных медицинских сестер в целях выявления «поглотителей рабочего времени» – хронофагов;
- фотографирование рабочего дня главных медицинских сестер.

В **анкетировании** приняли участие 33 медицинских сестры-организатора бюджетных учреждений здравоохранения Вологодской области со стажем работы от 1 года и более. У 30% опрошенных стаж работы в должности составил менее трех лет (рис. 1), у 33% – стаж больше 10 лет, у 36% – стаж с 3 до 10 лет.

Участники опроса работают в различных лечебно-профилактических учреждениях Вологодской области как стационарного – 12%, амбулаторно-поликлинического – 52%, так и комбинированного типа – 36% (рис. 2).

Почти половина (48%) опрошенных медицинских сестер имеют квалифика-

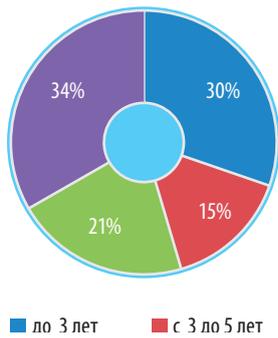


Рис. 1.

ционные категории по специальности «Организация сестринского дела»; из них имеют первую квалификационную категорию – 15% и высшую – 33% опрошенных (рис. 3). Сотрудников со второй квалификационной категорией среди опрошенных нет.

**Выявленные доминирующие хронофаги для главных медицинских сестер:**

- телефонные звонки,
- неумение говорить другим «нет»,
- попытки слишком много сделать за один раз,
- «синдром откладывания»,
- редкое делегирование (перепоручение) дел,
- затяжные совещания,
- незапланированные посетители,
- люди, которые перекалывают решение проблем, входящих в сферу их полномочий, на руководителей сестринских служб.

Результаты проведенной диагностики выявили определенную частоту хронофагов как контролируемых (социальные сети, частые перекусы, чае-, кофепития, опоздания на работу, «заваленный» письменный стол), так и неконтролируемых (отвлечение, шум, затяжные совещания, частые деловые визиты или служебные командировки). Очевидно, что контролируемые хронофаги могут и должны быть сокращены или ликвидированы.

Не менее явными являются «поглотители времени», связанные с ошибками в организации и планировании: отсутствие планирования трудового дня, слишком редкое делегирование (перепоручение) дел, желание знать все факты, отсутствие четкой цели.

При проведении анализа всех изучаемых характеристик оказалось, что все выявленные существенные «ловушки» рабочего времени не зависели



Рис. 2.

от общего стажа работы и наличия квалификационной категории.

На втором этапе в рамках исследования мы изучили использование рабочего времени руководителями сестринских служб трёх учреждений здравоохранения Вологодской области (Череповецкая городская поликлиника № 7, Череповецкая детская городская поликлиника № 3, Череповецкая детская городская поликлиника № 5). Наиболее предпочтительным для исследования был выбран **метод самофотографии рабочего времени** – это учет затрат рабочего времени, проводимый самим работником. Подготовительным этапом изучения являлось составление классификатора затрат рабочего времени главных медицинских сестер. Разработанный классификатор (рис. 4) включает 12 видов основной и 6 видов вспомогательной деятельности, а также перерывы в работе. В классификаторе приняты сокращения, где время обозначается Т.

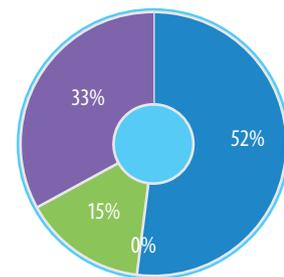


Рис. 3.

**Классификатор затрат рабочего времени**

Карта-фотография рабочего времени для главных медицинских сестер была разработана с учетом содержания профессиональной деятельности, характеристики выполняемых работ согласно должностным инструкциям, годовым планам. Наблюдения проводились методом непосредственных замеров времени. При этом отражались все виды затрат рабочего времени. Результаты наблюдения фиксировались в регистрационном бланке (табл. 1).

Самофотография рабочего времени проводилась главными медицинскими сестрами трех учреждений здравоохранения Вологодской области в течение 10 дней. В конце каждого рабочего дня заполнялись заготовленные заранее наблюдательные листы с указанием всех видов выполняемых работ и перерывов.

Таблица 1

Регистрационный бланк		
Рабочее время РВ	Фактическая продолжительность рабочего дня	Время работы + время перерывов ТР + ТП
Время работы ТР		Оперативное время + подготовительно-заключительное время + время выполнения несвойственных функций + время непроизводительной работы ТРОп + ТРпз + ТНФ + ТПн
Время работы оперативное ТРОп		основное время + вспомогательное время ТРОп = ТРО + ТРОвс
Время перерывов ТП		ТП = ТПр + ТПот + ТПнр
Потери рабочего времени ПРВ	Фиксируются в таких затратах – перерывы по организационно-техническим причинам, время нерегламентированного отдыха и личных надобностей, нарушения трудовой дисциплины, непроизводительная работа	ПРВ = ТПот + ТПнр + ТПн

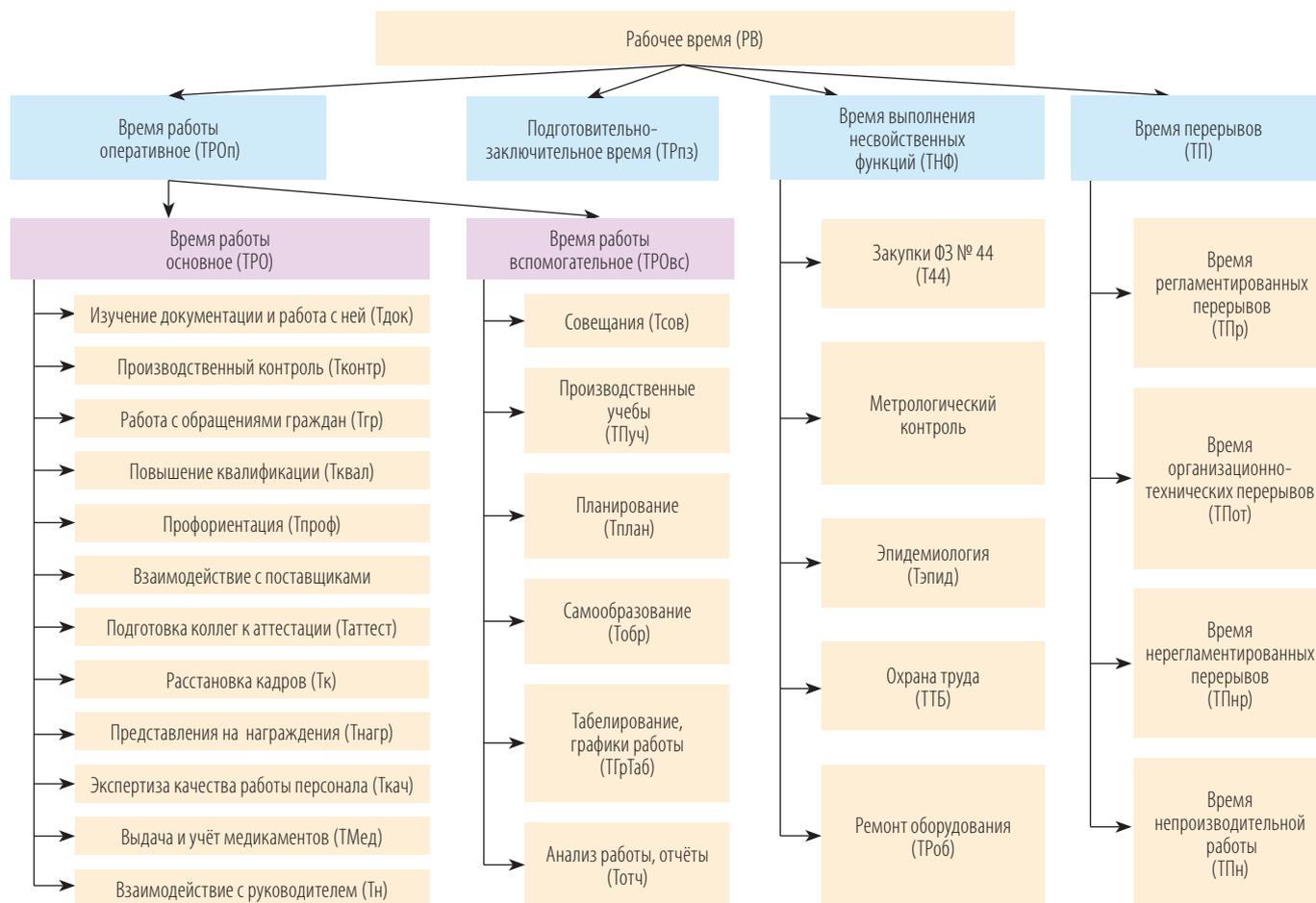


Рис. 4. Классификатор затрат рабочего времени

К сожалению, в нормативных документах отсутствуют сведения о стандартном распределении рабочего времени, необходимого главной медицинской сестре для выполнения того или иного вида деятельности.

Из сводной карты индивидуального рабочего времени главной медицинской сестры (табл. 2) видно, что:

- реальная продолжительность рабочего времени (РВ) больше нормативной – 512 минут (в норме продолжительность РВ 498 минут в день), что свидетельствует о постоянной увеличенной нагрузке обследуемых медсестёр;
- на подготовительно-заключительное время (ТРпз) в среднем уходит 18,3 минуты – это подготовка себя и рабочего места к работе; приведение в порядок себя и рабочего места после работы;
- продолжительность перерывов (ТП) в среднем в день 48,7 минут, из которых на личное время для регламентированного перерыва (ТПр) отводится в среднем 23 ми-

нуты рабочего времени, что явно недостаточно для полноценного отдыха;

- оперативное время (ТРОп) занимает больше половины рабочего

времени – 302,8 минут в день, из этого времени на основную деятельность (ТРО) тратится 109,7 минут и 103,2 минуты занимает вспомогательная работа (ТРОвс), а

Таблица 2

Основные затраты рабочего времени (сводная карта) до внедрения рекомендаций по эффективному использованию рабочего времени

	Интегративные показатели в минутах			
	Гринько О.В.	Букатина Л.А.	Пошехонова О.Д.	Среднее по учреждениям
РВ	507,5	502	526,5	512
ТР	453,5	448,5	488,5	463,5
ТРпз	19,5	16,5	19	18,3
ТП	54	53,5	38,5	48,7
ТПр	36,5	16	16,5	23
ТПнр	12	25,5	9	15,50
ТПот	5,5	12	13	10,17
ТПн	8,5	11	19,5	13
ТРО	214	175,5	209,5	199,7
Тгр	11	4,5	15,5	10,3
ТРОп	370	241,5	297	302,8
ТРОвс	156	66	87,5	103,2
Тсов	75,5	31,5	30	45,7
ТНФ	55,5	179,5	152,5	129,2

## ПРОГРАММА ТРЕНИНГА ПО ТАЙМ-МЕНЕДЖМЕНТУ ДЛЯ ГЛАВНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

**Целевая аудитория:** главные (старшие) медицинские сестры

**Задачи тренинга:**

- Предоставить участникам эффективные техники управления временем.
- Выявить факторы потери времени и поработать их причины.
- Разработать систему планирования времени.
- Сформировать навыки самоорганизации.

**Методы и формы обучения:**

- Концентрированный теоретический материал в виде интерактивных мини-лекций.
- Практические задания, выполнение индивидуальных и групповых упражнений.
- Групповые обсуждения и игры.
- Использование печатных раздаточных материалов.

**Содержание тренинга:**

1. Понятия «время», «управление временем», общие принципы тайм-менеджмента.
2. «Поглотители времени», их выявление и борьба с ними.
3. Планирование:
  - принципы гибкого планирования;

- контекстное планирование;
  - планирование в ежедневнике и Outlook;
  - планирование задач со сложной структурой;
  - определение приоритетов.
4. Технологии тайм-менеджмента:
    - Матрица Эйзенхауэра.
    - Принцип Парето.
    - Диаграмма Ганта.
    - Схема Л. Зайверта.
  3. Целеполагание, методики тайм-менеджмента:
    - SMART-цели.
    - Метод помидора.
    - Ассоциативное восприятие цели.
  4. Приемы самомотивации:
    - Управление рабочей нагрузкой.
    - Технологии отдыха.
    - Работа с крупными долгосрочными «неподъемными» задачами.
    - Работа с неприятными задачами.
    - Настройка на исполнение творческих задач.
  5. Разработка индивидуальной и коллективной систем управления временем с учетом

психологической и эмоциональной составляющих, оценка индивидуальных суточных ритмов.

6. Внедрение инструментов тайм-менеджмента в работу.

В результате тренинга участники смогут

- Построить собственную систему планирования времени, которая поможет достигать целей наиболее эффективно.

- Понимать принципы эффективного краткосрочного и долгосрочного планирования.
- Выявить свои сильные и слабые стороны при распределении времени.

- Научиться распределять время, с учетом собственного стиля жизни, привычек и предпочтений, циклов изменения энергии и с помощью этих планов поддерживать в своей жизни гармоничное равновесие между различными видами деятельности.

- Освоить приемы распределения задач в соответствии с их приоритетами.

- Эффективно планировать свои дела в условиях нехватки времени, справляться с неожиданно возникающими проблемами и задачами, не выбываясь из графика.

именно: совещания (Тсов – 45,7 минут), проведение производственных учеб, самообразование, планирование, табелирование, составление графиков работы, анализ работы, составление отчетов;

- доля выполнения несвойственных функций (ТНФ) в общем времени работы составляет более

четверти рабочего времени – 129,2 минуты. В этой группе можно увидеть несвойственную данному должностному лицу работу и затем решить вопрос о ее передаче.

После внедрения рекомендаций по эффективному использованию рабочего времени, изложенных ниже, были проведены повторные фотографии ра-

бочего времени главных медицинских сестер.

Результаты были следующие (табл. 3):

- Реальная продолжительности рабочего времени (РВ) осталась прежней;
- Сократились затраты на подготовительно-заключительные мероприятия (ТРпз) на 2,1 минуты ежедневно;
- Увеличилось личное время для регламентированных перерывов (ТПр) с 23 до 26 минут в среднем, а общее время непроизводительной работы (ТПнр), организационно-технических перерывов (ТПот) и нерегламентированных перерывов (ТПн) уменьшилось на 5,51 минуту в день в результате борьбы с поглотителями времени;
- Временные затраты на оперативную деятельность (ТРОп) по-прежнему были высоки – 324,3 минуты, но теперь больше за счет затрат времени на основную деятельность (ТРО) – 212,5 минут, отмечается увеличение времени работы с обращениями граждан (Тгр) на 5,7 минут, что не может не быть признанным как положительный результат для формирования доброжелательного пространства

Таблица 3

Основные затраты рабочего времени (сводная карта) после внедрения рекомендаций по эффективному использованию рабочего времени

	Интегративные показатели в минутах			
	Гринько О.В.	Букатина Л.А.	Пошехонова О.Д.	Среднее по учреждениям
РВ	512	498,5	533,0	514,5
ТР	467,5	442	492	467,167
ТРпз	17	16,5	15	16,2
ТП	44,5	56,5	41	47,3
ТПр	29	24,5	24,5	26
ТПнр	12	23,5	9,5	15,00
ТПот	3,5	8,5	7	6,33
ТПн	9,5	11,5	14,5	11,83
ТРО	240,5	180	217,0	212,5
Тгр	14,5	14	19,5	16,0
ТРОп	391,5	259	323	324,3
ТРОвс	151	79	105,5	111,8
Тсов	65	28,5	49,5	47,7
ТНФ	49,5	155	140	114,8

Таблица 4

Сводная таблица анализа фотографии главных медицинских сестер

	Коэффициенты до внедрения рекомендаций	Коэффициенты после внедрения рекомендаций
Отношение реальной продолжительности рабочего времени к нормативной (%)	104,49	104,38
Отношение времени перерывов к времени работы (%)	10,5	10,132
Доля полезных затрат в общем объеме рабочего времени (%)	59,147	63,039
Коэффициент резерва уплотнения рабочего времени(мин/день)	36,361	31,908
Соотношение основного и вспомогательного времени работы	1,9354	1,9001
Доля потерь рабочего времени (%)	7,9073	6,7895
Время выполнения несвойственных функций в общем времени работы (%)	27,868	24,581
Доля работы с обращениями граждан в общем объеме времени оперативной работы (%)	3,4122	4,9332
Доля времени совещаний во времени работы (%)	9,3388	9,7578

в учреждениях здравоохранения и удовлетворения потребностей пациентов и их семей;

- Время выполнения несвойственных функций (ТНФ) в общем времени работы остается значительным – 114,8 минут, так как ввиду неукomплектованности штатов учреждений главным медсестрам приходится выполнять обязанности и эпидемиолога, и метролога, и инженера по охране труда и технике безопасности. Значительную долю рабочего времени забирает работа по обеспечению закупок в соответствии с требованиями Федерального закона № 44-ФЗ от 05.04.2013 «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».

В табл. 4 представлен сравнительный сводный анализ фотографий рабочего времени главных медицинских сестер до и после внедрения рекомендаций по эффективному использованию рабочего времени.

Благодаря внедрению в свою работу представленных технологий можно оптимизировать затраты рабочего времени.

1. Применение линейно-цифрового типа планирования времени.

Применение компьютерной программы для планирования времени Microsoft Outlook – персональный информационный менеджер с функциями почтового клиента. Помимо функций почтового клиента для работы с электронной почтой, Microsoft Outlook является полноценным органайзером, предоставляющим функции календаря, планировщика задач, записной книжки и менеджера контактов. Кроме того, Outlook позволяет отслеживать работу с документами пакета Microsoft Office для автоматического составления дневника работы.

2. Применение зрительно-осязательного типа планирования времени.

Использование дневника учащегося в качестве ежедневника, что повышает дисциплинированность.

3. Расстановка приоритетов при планировании рабочего времени.

Планируйте свой день так, чтобы важные и срочные дела составляли не

более 30–40% всего времени. Также делайте достаточные перерывы между такими делами.

3. Организация рабочего места.

Организация рабочего места – это система мероприятий по его планированию, оснащению средствами и предметами труда, размещению их в определенном порядке, обслуживанию рабочего места и его аттестации.

4. Ведение электронного учета расходных материалов.

Применение самой доступной и простой программы Microsoft Excel.

5. Психологический подход к управлению временем.

Отличным решением проблемы оптимизации использования рабочего времени главными медицинскими сестрами могут стать тренинги по тайм-менеджменту.

Ниже мы приводим программу, разработанную и успешно реализованную нами в рамках проведенного исследования. Полученные нами результаты позволяют рекомендовать проведение подобного обучения для всех медицинских сестер – организаторов в клиниках, независимо от специализации и формы собственности. Общая продолжительность обучения в нашем случае составила 8 часов, но она может быть значительно увеличена за счет расширения практической части обучения и увеличения количества выполняемых слушателями учебных заданий.

Подобный тренинг может быть организован в рамках мероприятий, на-

правленных на совершенствование и дальнейшее развитие сестринского дела.

Нами разработаны специальные информационные материалы, которые в лаконичной и удобной форме представляют ТМ-технологии и советы, которые могут быть применены в практике главных медицинских сестер. Например, памятка «Правила хорошего рабочего дня»; памятка «Тридцать способов борьбы с нехваткой времени» и другие.

### Заключение

Проблема нехватки времени и необходимости его эффективного использования является актуальной для главных медицинских сестер.

Трудовая деятельность руководителей сестринских служб в последнее время характеризуется очень напряженным ритмом и огромным объемом работы, связанным с расширением должностных обязанностей и выполнением несвойственных функций.

В целях высокой производительности труда в медицинских учреждениях внедрение принципов тайм-менеджмента среди медицинских сестер-организаторов отвечает потребностям сегодняшнего дня, потому что главные и старшие медицинские сестры, владеющие современными теориями самоменеджмента, способны обеспечить эффективную работу отделений и учреждения в целом.



# Ди-Хлор-Экстра

**20 ДНЕЙ**  
срок годности  
рабочих растворов

## СОСТАВ

Na-соль ДХЦК, адипиновая кислота и углекислый натрий, синергист, стабилизатор, вспомогательные компоненты – ПАВ (без контроля содержания в препарате) до 4%.

## ФАСОВКА

Средство упаковано в банки вместимостью 100 таблеток и 300 таблеток



## ОПИСАНИЕ

Таблетки правильной круглой формы или гранулы белого цвета с характерным запахом хлора. Массовая доля хлора в таблетках не менее 44%, в гранулах не менее 50%. Средство хорошо растворимо в воде, растворы прозрачны и имеют запах хлора или отдушки. Эффективно против всех видов бактерий, в т.ч. *Mycobacterium terrae*, вирусов, грибов, гельминтов и их яиц и личинок, особо опасных инфекций, споровых форм.

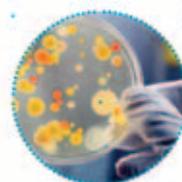
## ПРОИЗВОДИТЕЛЬ

ООО «Дезснаб-Трейд», Россия.



## Ди-Хлор-Экстра

- новый запатентованный состав таблетки,
- производится в виде таблеток и гранул,
- существенно расширена сфера применения.



# Установки УЗО «МЕДЭЛ»

## Чисто. Просто. Безопасно

Предназначены для предстерилизационной очистки инструментов и изделий медицинского назначения.

### Преимущества ПСО в установках УЗО:

- ▶ Значительное снижение трудоемкости процесса обработки.
- ▶ Сокращение контакта с загрязненными изделиями, снижение риска травматизма и инфицирования персонала.
- ▶ Повышение качества очистки.
- ▶ Повышение срока службы инструмента.
- ▶ Возможность многократного использования дезинфицирующих и моющих средств.



В качестве ванны УЗО «МЕДЭЛ» применяют типовые полимерные емкости-контейнеры **ЕДПО**. Это дает возможность очищать большое количество инструмента **поточным методом** при использовании дополнительных емкостей-контейнеров (излучатель УЗО просто переставляется на другой контейнер).

 **Рабочий объем установок: 1, 3, 5, 10 литров**

### ЕДПО

с рабочей температурой 75°C и новые автоклавируемые ЕДПО-С с рабочей температурой 120°C



 **Рабочий объем установок: 1, 3, 5, 10 литров**

### Контейнер для транспортировки баночек КРБ-01

Легко трансформируется из двухъярусного (на 44 баночки) в одноярусный (на 22 баночки) с крышкой.



### Контейнер для транспортировки пробирок УКТП-01 «ЕЛАТ»

Рассчитан на размещение 40 или 80 пробирок.



### Контейнер для дезинфекции и транспортировки КДХТ-01 «ЕЛАТ»

Обладает всеми достоинствами ЕДПО. Основная крышка имеет уплотнитель и удобные замки.



**Ваш надежный поставщик!**

391351 Россия, Рязанская область, р.п. Елатьма, ул. Янина, 25.  
АО «Елатомский приборный завод». Отдел продаж:  
(49131) 2-21-09, 9-14-50, (4912) 28-43-37, 27-51-52,  
(495) 419-00-23, 221-27-77  
[admin@elamed.com](mailto:admin@elamed.com), [www.elamed.ru](http://www.elamed.ru)