

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 2/31 2017



**На пути к устойчивости кадров
здравоохранения: итоги совместного
заседания Европейского форума
и регионального бюро ВОЗ**



стр. 12

Вежливая регистратура: в Ленинградской области успешно реализован востребованный обществом проект



стр. 3

Предупреждены – значит вооружены: медицинские сёстры провели акции для информирования населения и профилактики рака



стр. 4

Победим ВИЧ сообща: организованные в Тюменской области образовательные мероприятия собрали беспрецедентное число участников



ОРТОПЕДИЧЕСКИЙ
САЛОН

 **ЛИЗОФОРМ**

С 1900 года на мировом рынке
дезинфекции и гигиены



www.korsa-shop.ru



ОРТОПЕДИЯ:
- для ДЕТЕЙ
- для СТОПЫ
- для СПОРТА



**СРЕДСТВА ДЛЯ
ДЕЗИНФЕКЦИИ
И ГИГИЕНЫ**



**ТРИКОТАЖНАЯ
ПРОДУКЦИЯ**



**СРЕДСТВА
РЕАБИЛИТАЦИИ**

НОВЫЙ ИНТЕРНЕТ МАГАЗИН ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПРОДУКЦИИ

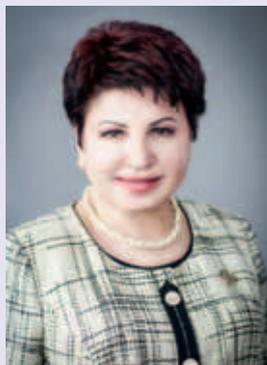
ШИРОКИЙ АССОРТИМЕНТ ОТ ВЕДУЩИХ МИРОВЫХ БРЕНДОВ

РОЗНИЧНАЯ ПРОДАЖА СРЕДСТВ ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ И ГИГИЕНЫ КОМПАНИИ «ЛИЗОФОРМ»

(812) 542-38-93

**Санкт-Петербург
Большой Сампсониевский проспект, дом 7**

Группа компаний «Лизоформ», Санкт-Петербург, тел.: (812) 347-71-15, e-mail: sales@lysoform.ru
Филиал в Москве: ООО «КлинДез», тел. +7 (495) 741-54-42, 771-25-64, e-mail: klindez@yandex.ru
www.lysoform.ru



■ Ассоциация медицинских сестер России ждет описания ваших примеров расширенной, передовой, сугубо сестринской или направленной на решение более широкого круга вопросов практики. Это очень важно для поддержки дальнейшего развития профессии и укрепления ее влияния на здоровье и благополучие населения в России и во всем мире! Подробная информация представлена на сайте РАМС.

Уважаемые коллеги и читатели «Вестника»!

Надеюсь, что в стремительном и бесконечном потоке рабочих будней у вас найдется время для себя, когда вы сможете не только познакомиться с публикациями «Вестника», но и «примерить» идеи, проекты, исследования коллег к своей практике. Я же хочу представить вашему вниманию лишь некоторые из них, а также ставшие знаковыми события прошедших месяцев работы Ассоциации медицинских сестер России.

Надеюсь, вы уже достаточно хорошо осведомлены о реализации новой модели повышения квалификации специалистов в форме непрерывного медицинского образования. Ассоциация этому движению активно содействует, региональные организации одна за другой включаются в эту работу и проводят аккредитованные по специальности «Управление сестринской деятельностью» конференции и семинары. Модель НМО тем временем получает дальнейшее развитие. В начале февраля мы приняли участие в работе Координационного Совета Национальной медицинской палаты по непрерывному медицинскому образованию. В проводимом под руководством профессора Л.М. Рошаля заседании участвовали руководители Минздрава России – И.М. Каграманян, Т. В. Семенова, а также руководители и представители более чем 50 профессиональных врачебных ассоциаций. В ходе совещания было принято решение о концентрации всей работы по оценке и аккредитации образовательных мероприятий в рамках комитета Национальной медицинской палаты по непрерывному медицинскому образованию, возглавила который Г.Э. Улумбекова, председатель Ассоциации медицинских обществ по качеству.

Участники заседания обсудили новые требования к мероприятиям и электронным модулям, претендующим на аккредитацию в системе НМО. Ассоциация медицинских сестер России внесла свои предложения и поправки.

Со временем формирующаяся сегодня система аккредитации будет более точной и прицельной, максимально достоверно оценивающей качество и актуальность образовательного контента. И это правильно. Будучи стороной, заинтересованной в том, чтобы уровень подготовки кадров менялся в лучшую сторону, мы как никто другой заинтересованы в том, чтобы медицинские сестры получили доступ к самым современным, достоверным и нужным знаниям, в каких бы отдаленных уголках страны они ни проживали.

Развитие профессионалов и углубление их знаний – это лишь одна сторона медали, одно из ответственных направлений действий. Другим не менее важным является наличие необходимых кадров. В начале марта в Берлине состоялось ежегодное совещание Европейского форума сестринских и акушерских ассоциаций и ВОЗ. На повестку дня были вынесены вопросы революционных изменений взглядов на сектор здравоохранения в глобальном измерении. Действия, предпринятые в этом направлении Комиссией высокого уровня ООН по вопросам занятости в здравоохранении и экономическому росту, выработанные ею рекомендации, приведут к тому, что уже в сентябре этого года будут приняты региональные, а далее и страновые планы действий по инвестициям в кадры здравоохранения, значительную долю которых составляют медицинские сестры, фельдшеры и акушерки. С учетом высокой приверженности решению поставленной задачи со стороны Европейского регионального офиса ВОЗ мы искренне надеемся на то, что в ближайшей перспективе увидим изменения и в нашей стране, в том числе касающиеся создания дополнительных рабочих мест, усиленной подготовки новых поколений медицинских работников, создания и реализации новых видов помощи в тех направлениях, где ощущается ее нехватка.

Смею надеяться, а материалы, поступающие из региональных ассоциаций, от

практикующих специалистов, подтверждают, что мы готовы к таким переменам. Уже сегодня под руководством медицинских сестер облик российского здравоохранения заметно меняется. Так, в Ленинградской области идет успешная реализация проекта «вежливая регистрация», позволяющего пациентам быстро и без особых усилий записываться на прием, получать направления на диагностические исследования, необходимую для себя информацию. Растет и уровень сервиса – пациентам доброжелательно напоминают о предстоящих визитах звонками и смс-сообщениями. Немалые усилия предпринимаются в поддержке пациентов, живущих с ВИЧ. В Тюменской области была организована целая серия отлично подготовленных мероприятий, дающих полноценную информацию о стратегиях работы, профилактики, инфекционной безопасности, гуманном и сострадательном отношении к пациентам. Медицинские сестры, в каких бы направлениях ни работали, предпринимая действия в помощь пациентам. Так, внимания заслуживает проект помощи пациентам, проходящим МРТ-исследования и страдающим клаустрофобией.

К решению проблем не только пациентов, но и общества в целом нас призывает и Международный совет медсестер. В этом году, отмечая Международный день медицинской сестры, нам всем стоит обратить внимание на социально-экономические, семейные, личные обстоятельства пациентов, препятствующие лечению и здоровью и прилагать усилия для их решения. **Медицинским сестрам принадлежит ведущий голос в достижении целей устойчивого развития** – девиз Международного дня, который мы полностью разделяем и поддерживаем!

От имени Ассоциации медицинских сестер России поздравляю вас с предстоящими профессиональными праздниками, с Днем Великой Победы и желаю счастья, здоровья, мира, добра и гармонии в профессиональной и личной жизни!



На обложке: парламентский статс-секретарь, заместитель министра здравоохранения Германии г-жа Аннетте Видманн-Мауц, президент РАМС, председатель Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций, президент РАМС Валентина Антоновна Саркисова, Директор департамента Систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ д-р Ганс Ключе

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ	
Предупреждены – значит вооружены: медицинские сестры провели акции по профилактике рака	стр. 3
Победим ВИЧ сообща: Организованные в Тюменской области образовательные мероприятия собрали беспрецедентное число участников	стр. 4
МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО	
На пути к устойчивости кадров здравоохранения в европейском регионе. Итоги совместного заседания Форума, Европейского ВОЗ и сотрудничающих центров	стр. 7
Медицинским сестрам принадлежит ведущий голос в достижении целей устойчивого развития	стр. 20
БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Хирургический дым. Медицина на пути от изучения и признания проблемы к ее эффективному решению	стр. 24
ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА	
Вежливая регистратура: в Ленинградской области успешно реализован востребованный обществом проект	стр. 12
Роль акушерки при оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациенткам	стр. 14
СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	
Способы немедикаментозного снижения уровня психоэмоциональных расстройств у пациентов наркологического стационара	стр. 32
Особенности проведения МРТ-исследований у пациентов с клаустрофобией	стр. 36

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 04.04.2017. Отпечатано в ООО «ИПК «Береста», 196084, Россия, Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28. Заказ № 1058. Тираж 15 500. Цена договорная. За опубликованные рекламные материалы редакция ответственности не несет. Фото: depositphotos.com

СОТРУДНИЧЕСТВО С АВТОРАМИ

Уважаемые читатели! Редакция журнала «Вестник Ассоциации медицинских сестер России» видит свою задачу в распространении инновационного опыта организации работы сестринских служб, обмене мнениями и развитии профессиональной дискуссии, освещении деятельности региональных общественных организаций и профессиональных достижений медицинских сестер. Наш журнал посвящен самым важным, актуальным, острым и значимым вопросам сестринского дела. Мы будем рады принять для публикации ваши статьи и материалы по темам научных исследований в сестринском деле, этических вопросов сестринской практики, а также по методическим рекомендациям и образцовому опыту, достижениям и проблемам на рабочих местах. Материалы принимаются в электронном виде, с обязательным указанием Ф.И.О. автора, должности, учреждения, контактных данных, фотографией автора, иными иллюстрациями в виде отдельных файлов JPEG.

ОФОРМЛЕНИЕ ПОДПИСКИ

Подписка на журнал «Вестник Ассоциации медицинских сестер России» осуществляется через редакцию – офис РАМС. В заявках на журнал следует указывать ваш полный почтовый адрес, контактный телефон, количество экземпляров, номер(а) выпуска «Вестника», на который вы подписываетесь. Заявку следует направить по адресу: julia@medsestre.ru Подробная информация о подписке и размещении публикаций – на сайте РАМС: www.medsestre.ru

УЧРЕДИТЕЛИ И ИЗДАТЕЛИ

Ассоциация медицинских сестёр 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

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



Участники акции – медицинские сестры Брянской области

ПРЕДУПРЕЖДЕНА – ЗНАЧИТ ВООРУЖЕНА

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ ПРОВЕЛИ АКЦИИ ДЛЯ ИНФОРМИРОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ РАКА

Вологодская региональная общественная организация «Ассоциация специалистов сестринского дела» приняла участие во Всероссийской акции, посвященной Всемирному дню борьбы против рака.

Напомним, Всемирный день борьбы против рака ежегодно отмечается 4 февраля. Этот день выбран Международным союзом по борьбе с онкологическими болезнями. Основная его цель заключается в том, чтобы заострить внимание общества на проблемах онкологии, распространить знания о профилактике и борьбе с раком.

Ученые установили, что человечество страдало от этого недуга с древнейших времен. Современная наука активно борется с болезнью, но до победы еще далеко. Рак является одной из главных причин смерти во всем мире, в том числе и в России. При этом он не щадит ни взрослых, ни детей, ни женщин, ни мужчин, ни богатых, ни бедных.

Главное в борьбе с этой болезнью – знание причин ее возникновения, а также ранняя диагностика и выявление раковых заболеваний. Врачи советуют регулярно обследоваться, обращать внимание на тревожные симптомы и придерживаться здорового образа жизни.

К Всероссийской акции, посвященной Всемирному дню борьбы против рака, объявленной Ассоциацией медицинских сестер России, присоединились специалисты сестринского дела Вологодской и многих других областей России.

В рамках акции членами региональной ассоциации специалистов се-

стринского дела изданы памятки (листовки) о профилактике и диагностике раковых заболеваний, в том числе «Десять шагов в борьбе против рака», буклеты «Что нужно знать об онкологических заболеваниях» и «Техника самообследования груди как самый ранний и доступный метод выявления опухолей молочных желез», тематические брошюры, оформлены стенды «Рак – это не приговор. Как правильно бороться с раком. Профилактика рака», «Женская онкология», опубликованы санбюллетени на темы «Здоровый образ жизни – основа профилактики онкологических заболеваний», «Всемирный день борьбы против рака», «Профилактика онкологических заболеваний», заметка в газете «Здоровье» на тему «Онконастороженность». Проведено анкетирование «Риск развития рака молочной железы. Степени риска».

Медицинские сестры активно участвовали как в изготовлении, так и в распространении среди населения и медицинского персонала наглядных информационно-просветительских материалов о профилактике и борьбе с онкологическими заболеваниями.

Кроме этого, специалистами сестринского дела проведены лекции на темы «Профилактика онкологических заболеваний», «О вреде курения, профилактика наркомании», лекция-презентация на тему «10 шагов по борьбе с раком», а также беседы с населением на темы: «Профилактика онкологических заболеваний», «Профилактика онкологических заболеваний толстой кишки», «Ранняя диагно-

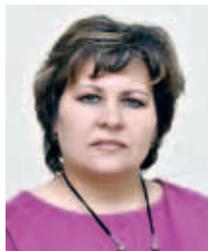
стика онкологических заболеваний пищевода и желудка», «Профилактика рака почки», «День борьбы против рака: простые правила профилактики онкологии», «Новообразования. Профилактика онкологических заболеваний». Общее количество слушателей этих информационно-просветительских мероприятий составило 444 человека.

Всего в мероприятиях данной акции приняли участие 337 специалистов сестринского дела, охват населения составил 2424 человека. Девизом медицинских сестер в ходе проведения акции являлись слова: «Вдохновляйте действие. Действуйте». Будем надеяться на то, что «зерна посеяны на благодатную почву и принесут свои добрые плоды».

По инициативе секции «Сестринское дело в онкологии» БРОО «Ассоциация сестринского персонала Брянщины» более 1500 средних медицинских работников, студенты Брянского медико-социального техникума им. академика Н.М. Амосова также приняли участие в акции «Вместе против рака», профилактической работой было охвачено около 4000 человек. Были проведены лекции и беседы с населением, выпущены санитарные бюллетени, подготовлены плакаты, стенды с наглядной агитацией, памятки, буклеты, проведены конференции с демонстрацией видеороликов. В Севской ЦРБ организован «круглый стол» для фельдшеров ФАПов на тему «Вопросы и ответы по онкологическим заболеваниям».

ПОБЕДИМ ВИЧ СООБЩА

ОРГАНИЗОВАННЫЕ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ СОБРАЛИ БЕСПРЕЦЕДЕНТНОЕ ЧИСЛО УЧАСТНИКОВ



■ Янминкуль И.В.
Пресс-секретарь ТРОО ТОПСА



Все задуманное удалось! Еще никогда за всю историю существования Тюменской сестринской ассоциации не проходило мероприятия, столь грандиозного по охвату территорий и количеству медицинских сестер, принявших участие в его проведении. Наверное, все это далеко не случайно, ведь тема распространения ВИЧ, настороженность в отношении больных ВИЧ-инфекцией, а порой и отстраненность медиков от существующей проблемы – актуальная и острая. Вряд ли существует другая такая болезнь, с которой было бы связано столько страхов и домыслов, как ВИЧ.

За месяц с 26 января по 28 февраля 2017 года «Центру по профилактике и борьбе со СПИД» совместно с ТРОО «Тюменская областная профессиональная сестринская ассоциация» удалось провести 4 крупномасштабных конференции для медицинских сестер г. Тюмени и Тюменской области на тему: «Роль сестринского персонала в профилактике ВИЧ-инфекции в медицинских организациях». Вряд ли хотя бы один регион нашей огромной страны может за месяц осилить такой объем работы, который выдержала Президент ТРОО ТОПСА Куликова Р.М., ведь именно она, одна из немногих организаторов и идейных вдохновителей мероприятия, присутствовала на всех 4 конференциях, проводимых в Тюмени, Тобольске, Заводоуковске и Ишиме. Заряжая медицинских сестер своей неугасимой энергией, личным примером, Раиса Михайловна призывала их к ак-

тивной профилактической работе в данном направлении.

В мире эпидемия ВИЧ-инфекции за последние десятилетия приобрела генерализованный характер и захватила практически все территории нашей области. Врачи и эпидемиологи давно с тревогой бьют во все колокола по поводу массового заражения ВИЧ-инфекцией и ежегодного роста заболеваемости

в стране, ведь Россия является одной из неблагоприятных стран по заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Этому коварному заболеванию подвержены все слои населения, от инфекции не застрахован никто: ни младенцы, ни банкиры. Сегодня наступило то время, когда ВИЧ-инфицированные и больные СПИДом начали умирать. Основные причины смерти у ВИЧ-инфицированных: СПИД, туберкулез, заболевания органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, суицид, передозировка, прочие неустановленные причины смерти. К сожалению, наше население очень безграмотно в отношении профилактики заболевания, что самое удивительное – и медицинские работники в том числе! Кон-

ференции такой направленности помогают сформировать среди участников представление о реальных масштабах распространения ВИЧ-инфекции.

В течение всех 4 конференций прослеживалась основная мысль: «Шанс остаться в живых – узнать о болезни как можно раньше». Победить ВИЧ можно, но для этого должны соблюдаться три основных условия: безопасный секс,

отказ от наркотиков, сдача анализа на ВИЧ хотя бы 1 раз в год. Лучше принять ВИЧ-статус и лечиться, чем пустить все на самотек. Сдать тест на ВИЧ – свести риск к нулю.

О важности существующей проблемы по ВИЧ-инфицированию на конференциях выступали с докладами врачи-эпидемиологи ГБУЗ ТО «Центр по профилактике и борьбе со СПИД». В 2014 году в рамках Программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) были определены цели, которых необходимо достичь к 2020 году, так называемая программа «90–90–90». Иными словами, медицинским работникам, объявившим войну ВИЧ-инфекции, объединив усилия, необходимо добиться выявления заболевания у 90% ВИЧ-инфицированных,

По словам Вадима Покровского, руководителя Федерального центра по борьбе со СПИДом, в 2015 году выросло число случаев внутрибольничной передачи инфекции. Мы зарегистрировали 18 очагов заражения ВИЧ в разных больницах страны – в каждом случае был заражен один пациент. В 2016 году мы расследовали случай о заражении трех детей в отделении, где проходил лечение ВИЧ-инфицированный ребенок с матерью.

ОТЗЫВЫ УЧАСТНИКОВ КОНФЕРЕНЦИЙ

Корякина Юлия, медицинская сестра постовая приемного отделения железнодорожной больницы: «Огромное спасибо за организацию конференции по такой важной теме, как ВИЧ-инфекция. Весь материал был представлен в доступных и понятных презентациях. Очень понравились мастер-классы. Все проходило в спокойной рабочей обстановке. Такая конференция мне запомнится надолго».

Григорьева Галина, старшая медсестра поликлиники ОБ № 4 (г. Ишим): «Средний медицинский персонал выражает слова благодарности за организацию и проведение конференции в городе Ишиме. Отзывы очень хорошие, всем очень понравился формат проведения конференции, возможность сразу задавать интересующие вопросы. Особенно понравилась лектор Лосева Е.В. Пожелание медицинских сестер – чтобы почаще можно было принимать участие в различного рода конференциях».

охватить антиретровирусной терапией 90% пациентов с диагнозом «ВИЧ-инфекция» и достичь падения вирусной нагрузки (РНК ВИЧ) ниже доступного определению уровня у 90% получающих терапию пациентов. Это те маячки, к которым нам, огромной армии медиков, следует стремиться.

Наше главное оружие в борьбе с этой социально значимой инфекцией – медицинские знания, осознание актуальности и грандиозности проблемы.

Докладчиками подчеркивалась очень важная роль медицинской сестры – ведь именно она всегда находится рядом с пациентом. Сегодня ВИЧ – это хроническое управляемое заболевание. Средний возраст ВИЧ-инфицированных – это люди трудоспособного возраста. Не стоит думать, что профилактикой нужно заниматься в основном со старшеклассниками и молодежью. По статистике в прошлом году в Тюменской области заразилось ВИЧ только 8 подростков и более 40 тысяч людей

среднего возраста. Санпросветработу надо вести с населением в целом. Важно доносить людям информацию общедоступными словами, не используя непонятные термины.

Большой упор выступающие делали на важность проведения дотестового и послетестового консультирования. Как правило, консультирование проводится медицинскими работниками в целях выяснения уровня информированности среди населения. Оно необходимо, чтобы узнать риски, объяснить пациентам цель и необходимость обследования на ВИЧ-инфекцию. Причем, как и перед любой другой медицинской процедурой, перед проведением тестирования следует брать письменное

информированное согласие у пациента.

Темы докладов на конференциях были разнообразны и актуальны: инфекционный контроль, безопасность пациента и персонала, оформление документации при возникновении аварийной ситуации, оформление направлений на лабораторные

исследования крови на ВИЧ, особенности забора крови на ВИЧ, хранение, доставка проб в лабораторию, разбор основных ошибок, которые допускают медработники на долабораторном этапе.

В одном из докладов был затронут очень болезненный и справедливый вопрос, касающийся создания толерантной среды в учреждениях здравоохранения в отношении ВИЧ-положительных пациентов. Поделившись результатами анкетирования, проведенного среди медицинских работников разных ЛПУ г. Тюмени и области, было подчеркнуто, как больно осознавать тот факт, что ВИЧ-инфекция стала неким клеймом, стигмой в отношении людей, больных ВИЧ-инфекцией. А эпидемия ВИЧ стала причиной появления в обществе предубеждения по отношению к зараженным людям. Медики сегодня смотрят на больных с ВИЧ не как на проблему, а как на угрозу. У медицинских работников не прослеживается толерантности по отношению к данной категории людей. Наблюдается некая эпидемическая истерия в обществе, в каждом из нас говорит коллективный разум, который по сути не дает нам никакого мо-

В 2015 году ВИЧ ежедневно обнаруживали у 270 россиян, еще 40 человек с инфекцией каждый день умирали. При этом наблюдался абсолютно объективный рост заболеваемости ВИЧ – в 2015 году она выросла на 11,5% по сравнению с 2014 годом. Сейчас в стране живут 800 тысяч человек с ВИЧ.



ОТЗЫВЫ УЧАСТНИКОВ КОНФЕРЕНЦИЙ

Янминкуль Ирина, главная сестра ОБ № 14 (с. Казанское): «Лично меня просто потрясла Елена Лосева, пресс-секретарь Тюменского Центра по борьбе со СПИДом своей щемлящей правдивостью, которая сквозила красной нитью в обоих ее докладах. Елена затронула тот затаенный страх, сидящий внутри медиков по отношению к ВИЧ-инфицированным. А ведь мы, медики, осведомлены механизмом и путями передачи вируса. Каждая из сидящих в зале примеряла ситуацию на себя. Елена стучала, как в запертую дверь, в наши сердца с призывом к сопереживанию по отношению к пациентам. Если за профилактику мы не возьмемся со всей серьезностью (неважно, врачи это будут или медицинские сестры) – она может превратиться в пустую формальность, существующую лишь на бумаге, в отчетах...».

Тихонова Виктория, главная медицинская сестра Армизонской районной больницы: «Дружеская и рабочая обстановка в зале сохранялась до конца мероприятия благодаря четкой организации. Мероприятие было очень содержательным, удачным. Выбор тематики докладов давал возможность медсестрам глубже разобраться в обсуждаемых вопросах. Подобные конференции – не просто отличный способ повышения квалификации, но и возможность пообщаться с умными, профессиональными, талантливыми людьми. Все доклады сопровождалось живым, непосредственным общением со слушателями. На каждую волнующую тему был получен ответ. Мастер-классы в виде ролевых игр послужили отработке знаний по теме».

рального права так себя вести. Причем по статистике самая низкая толерантность прослеживается по отношению к лицам с ВИЧ среди медицинских сестер акушерских отделений. Стереотипы, сложившиеся в обществе, приводят к дискриминации. А ведь самое главное, что нам нужно иметь, – это знания и человечность. ВИЧ-положительный человек не нуждается в изоляции. Люди, которые по разным причинам оказались по ту сторону от нас, очень ранимы и беззащитны. Они, как никто другой, нуждаются в нашей толерантности, милосердии, доброте.

Доклад «Медицинская сестра ВИЧ-положительная. Жизнь и профессия» также призывал собравшихся на мероприятии медицинских работников к размышлению. Сегодня ВИЧ – наиболее дискриминированное заболевание. А ведь для человека с ВИЧ осознание того, что у него хроническое и неизлечимое заболевание – это и так серьезный психологический и эмоциональный фактор. ВИЧ-положительному человеку очень нужна поддержка, поэтому, узнав о заболевании, не следует употреблять в адрес больного презрительных слов и распространять свои знания, если человек поделился с медработником о своем статусе. Демонстрировался видеоролик об отношении общества к больным с ВИЧ-статусом. В нем было ярко показано, как меняются люди при общении с человеком, в данном случае с медицинским работником до и после того, как они узнали о ее заболевании ВИЧ-инфекцией.

Также слушателям конференций был представлен фильм «Вертикальный

путь передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку», созданный сотрудниками ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» г. Тюмень.

На каждой из конференций были показаны мастер-классы, на которых организаторами умышленно допускались ошибки во время возникновения аварийных ситуаций – при проколе пальца иглой при заборе крови, при попадании биологической жидкости на слизистую оболочку глаз, носа, при попадании биологической жидкости на спецодежду медработника, при разливе биологической жидкости на пол.

После демонстрации мастер-классов участники мероприятий активно и доказательно дискутировали по поводу допущенных ошибок. При этом в действе невооруженным глазом была отчетливо видна отличная слаженная работа большой команды единомышленников, именно то, чего и ожидали

организаторы от данного мероприятия. Слушателями конференций было отмечено, что именно мастер-классы являются одной из практических форм наиболее успешного освоения умений и навыков.

В конце мероприятий 1402 участника конференций прошли тестовый контроль и заполнили анкеты. Сотрудники, успешно прошедшие тестовый контроль, получили сертификаты с кредитными баллами, для пополнения личных портфолио, необходимых для будущей аккредитации.

По окончании конференций участниками был отмечен высокий уровень организации мероприятий, необходимости проведения подобных конференций, предоставлении полезной информации, которой они смогут поделиться с коллегами в своих трудовых коллективах для дальнейшего использования в работе.



НА ПУТИ К УСТОЙЧИВОСТИ КАДРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ

ИТОГИ СОВМЕСТНОГО ЗАСЕДАНИЯ ФОРУМА, ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО БЮРО ВОЗ И СОТРУДНИЧАЮЩИХ ЦЕНТРОВ ВОЗ

2—3 марта в Берлине состоялись два знаковых события. В ходе 20-го Юбилейного заседания Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций президент РАМС Валентина Антоновна Саркисова вновь была избрана его председателем, а затем на совместной конференции Форума, ВОЗ и сотрудничающих центров делегаты и участники обсудили революционные документы, которые будут определять будущее кадровой политики в регионе и вклад медицинских сестер и акушерок в ее реализацию.

Наша редакция решила узнать о прошедших мероприятиях и получить комментарии относительно значимости и отдаленных последствий той политической работы, которая сегодня проводится в Европейском регионе из первых уст – с нами согласилась побеседовать президент Ассоциации медицинских сестер России и председатель Форума Валентина Саркисова.

– Валентина Антоновна, в первую очередь позвольте поздравить Вас с избранием на этот пост! Такое событие никак нельзя назвать рядовым, но Вам, наверное, уже не привыкать? Ведь уже не впервые европейская аудитория доверяет столь ответственную лидерскую позицию Вам, медицинской сестре из России? С чем Вы это связываете, какие чувства испытываете, какую ответственность это избрание на Вас налагает?

– Благодарю Вас за добрые слова и хочу сказать, что как-то привыкнуть к этому невозможно. Степень доверия, поддержки, дух единения в Европейском форуме сегодня сильны как никогда ранее. Но за этим стоит серьезная

работа, долгий и трудоёмкий процесс общения со странами-членами по самым животрепещущим вопросам.

Еще в 2013 году, когда Форум испытывал определенные трудности, можно сказать, кризис, мог попросту исчезнуть как организация, европейские коллеги вверили его судьбу мне, основывая свое решение на знании того, с какой отдачей работает Ассоциация медицинских сестер России.

Поэтому при подведении итогов работы сейчас, на Берлинском совещании, будучи осведомленными о том, что было сделано за эти три с половиной года, коллеги единогласно поддержали мою кандидатуру. Для меня это большая честь и столь же большая ответственность.

– Как строится работа Форума? Нам немного сложно это представить: Вы здесь, а они – где-то там, как вы общаетесь, как реализуете свою деятельность?

– Работа основывается на действиях небольшой, но очень сплоченной группы профессионалов – членов Руководящего комитета (РК). Вице-председателем является Мерви Йокинен, руководитель по вопросам профессиональной практики Королевского колледжа акушерок Великобритании, за работу секретариата отвечает Руи Гонсалвеш, член правления Португальского совета по сестринскому делу, казначеем форума до Берлинского совещания был Франц Вагнер, исполнительный директор Ассоциации медсестер Германии, сейчас мы решаем, кто возьмет на себя его обязанности, возможно, это будет кто-то из новичков, вошедших в состав руководящего комитета сейчас, например, Вибекке Уэст, представляющая Датскую сестринскую организацию. Еще с прошлого созыва в комитете трудятся, иначе это не назвать, д-р Карен Бьеро,

вице-президент Норвежской ассоциации, есть у нас и представители Азии – Бермет Юсупова, вице-президент и главный специалист по сестринскому делу Национальной ассоциации республики Киргизия. Постоянным представителем ВОЗ в РК является Галина Перфильева, д-р мед. наук, менеджер программы Кадровые ресурсы здравоохранения.

Непосредственная работа ведется за счет современных средств связи. Электронная почта, телеконференции, регулярное обсуждение документов, повестки заседаний, участия представителей Форума в тех или иных инициативах Европейского ВОЗ, официальные заявления, программы мероприятий – это практически ежедневная рутинная работа, которую мало кто видит. А такие конференции, как состоялась в Берлине, дают возможность представить результаты работы и сделать следующий шаг вперед в определении совместной политики членов Форума.

– А в чем заключается эта политика и насколько она реальна, как политика совместная? Вы уже назвали страны с казалось бы очень разными возможностями в области здравоохранения.

– Да, Европейский регион ВОЗ – это действительно обширный регион, странами-членами организации здесь являются 53 государства с очень большими отличиями, как в экономическом положении, так и в статусе профессий медицинской сестры и акушерки, с очень разными подходами к организации здравоохранения. Но, несмотря на такие отличия, несмотря на то, что речь идет о 53 странах, мы говорим на одном языке.

Негативное воздействие финансового кризиса испытывают все страны региона. Те, что привыкли к относительно хорошим условиям и возможно-

стям, ощущают сегодня нехватку поддержки и развития сектора. Те, кто никогда не испытывал избытка ресурсов и не имел независимого профессионального статуса, отлично осведомлены о том, как много можно было бы сделать в своем отечестве, если бы кредит доверия к специалистам сестринского и акушерского дела был выше.

Именно поэтому все члены Форума горячо приветствовали принятие в 2015 году 65-й сессией Регионального комитета ВОЗ, а это высший руководящий орган ВОЗ в нашем регионе, документа «Стратегические направления укрепления сестринского и акушерского дела в Европе для достижения целей политики Здоровье-2020», определившего приоритетные области действий для руководителей здравоохранения по развитию сестринского дела и акушерства. Эти приоритетные области включили расширение масштабов и трансформирование образования, планирование кадровых ресурсов и оптимизацию профессионально-квалификационной структуры кадров, обеспечение благоприятных условий труда и поощрение научно обоснованной практики и инноваций.

Вне зависимости от того, на каком уровне и этапе развития находится конкретная национальная система здравоохранения, движение в этих четырех плоскостях принесет каждой стране положительные результаты. И сейчас данный документ является своего рода руководством к действию для главных специалистов по сестринскому и акушерскому делу, а также для национальных ассоциаций.

– Можете ли Вы привести пример действий российской ассоциации по реализации этого документа?

– Да, конечно. Например, одной из приоритетных областей является развитие образования, причем в документе речь идет как о базовом профессиональном образовании, и здесь ВОЗ настаивает на том, что начальной ступенью для входа в профессию медсестры и акушерки должен стать бакалавриат, так и о непрерывном образовании.

Мы, как Ассоциация медицинских сестер России, эти цели полностью разделяем. Не буду даже распространяться, что задача отстаивания возможностей для медсестер, акушерок и фельдшеров получать высшее образование стала одной из важнейших с момента основания ассоциации. Эту задачу мы решаем и сегодня, работая над проектами профессиональных стандартов, проектом отраслевой рамки квалификаций, преследуя цель формирования большой группы профессионалов нового уровня, способных дать ответ на современные нужды здравоохранения и наших пациентов – например, по ведению пациентов с хроническими заболеваниями, по расширению спектра оказываемой помощи в первичном звене, по сокращению сроков госпитализации, – за счет грамотной организации и качественного оказания стационарной помощи. В странах с развитой экономикой, где деньги считать умеют, давно подтверждено, что профессиональная сестринская помощь спасает жизни, ведет к более высоким показателям выздоровления и помогает экономить ресурсы, что так важно в условиях их хронической нехватки.

Не менее активно мы действуем и в направлении непрерывного медицинского образования. Мы уже не раз останавливались на этом вопросе, отмечая, что Ассоциация медицинских сестер России исключительно позитивно оценивает происходящие в этой сфере изменения, введение аккредитации и отработку модели непрерывного медицинского образования. Возможности, которые перед нами сегодня открываются, поистине уникальны. Вкупе с идущей информатизацией здравоохранения, особенно на селе, мы всеми силами приближаем тот день, когда медицинская сестра, или фельдшер, или акушерка из самого отдаленного села, смогут прослушать лекцию, пройти образовательный модуль, созданный специалистом-экспертом наивысшего уровня в своей области практики. Реализация этой задачи существенно повысит уровень грамотности и профессионализма работников. Надо сказать, что приступив к этой работе менее года назад, а именно тогда мы получили соответствующее приглашение Минздрава России, к сегодняшнему дню мы провели 30 мероприятий, аккредитованных по специальности «Управление сестринской деятельностью», разработали 13 электронных модулей и останавливаться на достигнутом не собираемся.

– Ваша позиция, касающаяся образования, вполне понятна, а что все это даст практике, реальному сектору здравоохранения? Каковы политические задачи в этой области?

– Основываясь на кадрах с новым уровнем подготовки, мы сможем решать



те проблемы, которые глубоко укоренились в отечественном здравоохранении, связанные, например, с недостаточной доступностью помощи, ее неудовлетворительными объемами, оставленными без внимания нуждами пациентов. Медицинские сестры с качественной подготовкой способны решать комплексные задачи по обеспечению реабилитации пациентов после травм, перенесенных заболеваний, имеющих врожденные проблемы здоровья, поддерживать на высоком уровне качество жизни таких людей, содействовать их интеграции в общество. Эффективно решать задачи профилактики, иммунизации населения – также могут и должны специалисты с сестринским образованием. Паллиативная помощь, которой так остро не хватает, помощь на дому – большие и значимые разделы работы также для хорошо подготовленных медицинских сестер. Оказание помощи в первичном звене, во взрослой и детской сети, в женских консультациях – здесь так же роль медсестры и акушерки может существенно возрасти. Именно с расширением области и функциональных обязанностей сестринского персонала связаны предложения РАМС по созданию Отраслевой рамки квалификаций, над которой мы продолжаем работать совместно с Министерством здравоохранения и Национальной медицинской палатой.

Вообще расширение практики – это и есть практическое отражение реализации документа «Стратегические направления укрепления сестринского и акушерского дела в Европе для достижения целей политики Здоровье-2020».

– А имеются ли у нас примеры такой работы медсестер, как на Западе? Можем ли мы чем-то гордиться?

– Да, такие примеры мы уже собирали в 2013 году еще при подготовке документа ВОЗ. В этом году мы такую работу возобновили, или лучше сказать продолжили. Весной Ассоциация объявила о новом этапе сбора примеров расширенной и инновационной практики. Нам известны прекрасные примеры использования телемедицины, развития патронажной службы помощи для разных категорий населения, эффективные стратегии организационных преобразований в поликлиниках и стационарах. Новые материалы существенно дополняют имеющуюся базу данных и станут своего рода инструментом в реализации политики по развитию здравоохранения во всем европейском регионе ВОЗ.

– Насколько Вы уверены, что данное направление перспективно? Иными словами, кто будет осуществлять реализацию всех этих замечательных планов, когда здравоохранение испытывает дефицит кадров и, судя по данным 2015–2016 года, отток специалистов из отрасли продолжается.

– Да, совершенно верно подмечено: чтобы эти перспективы стали реальностью, необходима исключительная политическая воля и консолидация всех прогрессивно настроенных сил. И, надо сказать, в мире такая консолидация уже достигнута. 2016 год в этом смысле стал революционным – ведь консенсус был достигнут на самом вы-

соком международном политическом уровне. Еще в марте 2016 года решением Генерального секретаря ООН была учреждена Комиссия высокого уровня по вопросам занятости в здравоохранении и экономическому росту. Ее работу возглавили президенты Франции Франсуа Олланд и ЮАР – Джейкоб Зума, а в состав вошли министры здравоохранения нескольких стран, представители международных организаций, в том числе президент Международного совета медсестер Джудит Шамиан.

Деятельность комиссии была направлена на анализ ситуации в странах с разным уровнем экономического развития, на результаты экономики, результаты здравоохранения, а итогом ее работы стали рекомендации, озвученные и принятые на Генеральной Ассамблее ООН в сентябре 2016 года.

Эти рекомендации стали одним из ключевых вопросов, рассмотренных делегатами конференции Европейского форума в Берлине. Мы могли лично познакомиться и узнать о проделанной работе из уст непосредственного участника событий, г-жи Анnette Видманн-Мауц, Парламентского статс-секретаря и заместителя министра здравоохранения Германии.

Говоря о рекомендациях, г-жа Видманн-Мауц особенно подчеркнула значимость первых двух, касающихся создания рабочих мест в секторе здравоохранения и поддержки гендерного равенства и прав женщин.

Анализируя ситуацию в разных странах, члены комиссии пришли к важнейшему выводу – инвестиции в кадры



здравоохранения, в создание рабочих мест ведут к укреплению и оздоровлению экономики стран, существенному вкладу в защиту прав женщин, и должны рассматриваться как инструмент развития и достижения Целей устойчивого развития. Работники здравоохранения – это сфера не затрат и расходов, а выгодных инвестиций. Более того, экономистами был подсчитан этот экономический эффект, который составил 1 к 9,

что сопоставимо с очень и очень прибыльным предприятием, т. е. каждый внесенный рубль дает 9 рублей дохода.

– Рекомендации действительно выглядят революционными, но не останутся ли они лишь политической декларацией, будут ли реализованы?

– А вот в этом вопросе и будет играть заметную роль наша организация – Европейский форум, а также все его члены – национальные сестрин-

ские и акушерские ассоциации. Безусловно, ведущей будет роль и международных организаций системы ООН – Всемирной организации здравоохранения, Международной организации труда и ряда других.

Обсуждая стоящие перед нами задачи в Берлине, а это действительно наши совместные задачи, директор департамента систем здравоохранения и охраны здоровья д-р Ганс Клюге



10 РЕКОМЕНДАЦИЙ КОМИССИИ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ООН

«Страны слишком долго рассматривали работников здравоохранения как очередную статью расходов, а не как цель инвестиций, которые могут иметь тройную отдачу в плане повышения уровня здоровья населения, экономического роста и глобальной безопасности в области здравоохранения», – сказала д-р Маргарет Чен, Генеральный директор Всемирной организации здравоохранения.

В основу рекомендаций Комиссии заложена идея о необходимости формирования более многочисленных, современных, экономически устойчивых трудовых ресурсов здравоохранения, которые требуются для укрепления здоровья, профилактики заболеваний, удовлетворения нужд населения и обеспечения инклюзивного экономического роста.

Комиссия сформулировала следующие 10 рекомендаций

1. Стимулировать инвестиции в создание рабочих мест на достойных условиях в секторе здравоохранения, особенно для молодежи и женщин, в нужном количестве и в нужных местах.
2. Расширить участие женщин в экономической деятельности и содействовать расширению их прав и возможностей посредством институционализации их ведущей роли, устранения гендерного дисбаланса, обеспечения равноправного доступа к образованию и рынку труда в секторе здравоохранения и учета гендерных аспектов в процессе реформирования здравоохранения.
3. Развивать систему высококлассного образования, нацеленного на качественные изменения, и систему непрерывной профессиональной подготовки с тем, чтобы все работники здравоохранения могли в полной мере реализовать свой потенциал.
4. Реформировать модели обслуживания, основанные на оказании помощи, прежде всего, на базе больниц, с переносом акцента на профилактику и эффективное предоставление высококачественных, доступных, комплексных, реализуемых на местном уровне и ориентированных на потребности людей услуг первичной и амбулаторной медико-санитарной помощи с особым вниманием к районам с недостаточным уровнем обеспеченности услугами.
5. Использовать потенциал информационных и коммуникационных технологий для развития санитарного просвещения, ориентированного на потребности людей медико-санитарного обслуживания и систем медико-санитарной информации.
6. Обеспечить вложение средств в создание основных возможностей по ММСП, включая формирование навыков у национальных и международных работников здравоохранения в условиях гуманитарных чрезвычайных ситуаций

и как острых, так и затяжных чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения. Обеспечить охрану и безопасность всех работников и учреждений здравоохранения в любых условиях.

7. Привлечь достаточный объем финансирования из внутренних и международных источников, частных и государственных в зависимости от ситуации, и при необходимости рассмотреть вопрос о масштабной реформе финансирования здравоохранения в целях вложения ресурсов в создание действительно необходимых навыков, достойных условий труда и подготовку надлежащего числа работников здравоохранения.
8. Развивать межсекторальное сотрудничество на национальном, региональном и международном уровнях, вести взаимодействие с гражданским обществом, профсоюзами, другими организациями гражданского общества и частным сектором; встроить в национальные планы и стратегии в области здравоохранения и образования вопросы международного сотрудничества в интересах поддержки инвестиций в создание кадров здравоохранения.
9. Повысить уровень международного признания квалификации работников здравоохранения для содействия более эффективному использованию профессиональных навыков и извлечь больший положительный эффект из миграции работников здравоохранения, при этом корректируя его негативные последствия и обеспечивая защиту прав работников здравоохранения.
10. Провести всестороннее исследование и анализ рынков труда в сфере здравоохранения с применением стандартизированных статистических показателей и методологии в целях укрепления научно-доказательной базы, подотчетности и деятельности.

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/global-health-workforce/ru/>

детально рассказал о тех мерах, которые будут предприняты Европейским бюро ВОЗ в ответ на рекомендации. В частности, уже в сентябре на очередной сессии Регионального комитета будет принят региональный документ «На пути к устойчивым кадрам здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий», который поставит перед правительствами всех стран региона задачу инвестиций и наращивания кадровых ресурсов, сокращения зависимости от трудовой миграции, обретения баланса и гибкости в наличии кадров, в наличии специалистов с требуемыми сегодня квалификациями и уровнем подготовки.

Европейский форум в свою очередь поддержит принятие и последующую реализацию рамочной основы. Уже сейчас мы готовим серьезный документ, официальное заявление в адрес правительственных делегаций на сессии Регионального комитета, в адрес национальных правительств и профильных министерств.

Благодаря вниманию к проблемам здравоохранения со стороны ООН, у нас появляется уникальная возможность выразить и доказать исключительную роль медицинских сестер и акушерок в решении самых острых проблем. И упускать ее мы не намерены!

– **Валентина Антоновна, Ваш боевой настрой разделяют все члены Форума, неужели вашим коллегам в Европе чего-то не хватает?**

– Да, именно так, я сейчас выражаю и общий настрой, и общую атмосферу прошедшего заседания. Мы обсуждали самые разные аспекты медицинской помощи, и практически в каждом выступлении речь шла о том, что может быть сделано, решено, достигнуто и чего сегодня нет. Например, наша коллега из Датской ассоциации акушерок говорила о доказательной акушерской практике, о том, что если в экономически уязвимых странах женщины страдают от нехватки помощи, услуг, своевременной диагностики и получают «слишком мало и слишком поздно», то в других странах речь идет о переизбытке медицинских вмешательств, их необоснованном применении во вред роженицам, что называется «слишком много и слишком рано». В основе проблем и нехватка ресурсов, и недоста-

ток квалификации, стандартов, научно обоснованных протоколов. Напомню, что развитие и содействие научно обоснованной практике также является одним из приоритетных сфер документа «Стратегические направления укрепления сестринского и акушерского дела в Европе для достижения целей политики Здоровье-2020».

Профессор Юрген Остебрюк, руководитель Сотрудничающего центра ВОЗ из Австрии говорил о проблеме боли в домах сестринского ухода, о нехватке специалистов в области боли, о недостаточной квалификации, знаниях, протоколах, о том, что пациенты в центре Западной Европы, попадая в такое учреждение, считают боль чуть ли не нормой – для своего возраста, заболевания, состояния...

Грете Кристенсен, президент Датской сестринской организации, говорила о реализации пациент-ориентированной помощи и о том, сколь квалифицированной должна быть современная медсестра, чтобы дать адекватный ответ на нужды пациента.

Мы посмотрели и на обзорные исследования, например, по расширенной и самостоятельной сестринской практике. Исследователь из Германии Клаудия Майер доложила о том, как по-разному в Европе реализуется эта роль, о том, что независимые полномочия по оценке состояния пациента, его направлению на диагностические исследования, к специалистам, на получение или установку медицинских устройств пока приняты далеко не везде, что существенно ограничивает доступность помощи. При этом во многих странах медицинские сестры фактически выполняют более высокий объем работ и реализуют более широкие полномочия, только вот сама система здравоохранения этого не замечает и соответствующим образом не ценит, не вознаграждает.

– **Валентина Антоновна, каковы Ваши ближайшие планы в России, в Европе, чего нам ждать в ближайшем будущем?**

– Планов очень много, год нам предстоит серьезный и ответственный. Конечно, мы приложим все усилия для того, чтобы донести эту глобальную и европейскую повестку дня до лидеров сестринского дела в нашей стране. У нас пройдет заседание Координационного совета, а вслед за

ним семинар «Политика в сестринском деле», где мы детально обсудим возможности создания в отечественном здравоохранении новых ролей для сестринского персонала, вопросы подготовки новых руководств и стандартов практики. Мы проведем сбор примеров такой практики и представим итоги этой работы, да и всей работы Ассоциации в ходе Всероссийского конгресса, посвященного 25-летию юбилею Ассоциации медицинских сестер России. Подготовка к нему уже стартовала, мы принимаем гостей из всех уголков мира и, конечно, ведем серьезную подготовительную работу внутри Ассоциации, с нашими руководителями и членами специализированных секций. Конгресс состоится 17–19 октября в Санкт-Петербурге, будем рады видеть всех прогрессивно и оптимистично настроенных специалистов. Сегодня нам действительно нужно собрать воедино все конструктивные силы, чтобы сделать мощный рывок вперед. Медицинские сестры, фельдшеры, акушерки – это не просто люди, обладающие руками для выполнения манипуляций, это огромный шанс всего нашего общества, нашего государства для более благополучной, качественной, активной и здоровой жизни. И мы сделаем все для того, чтобы этот шанс не был упущен!

Аналогичны будут и действия Европейского форума. Все самые важные политические мероприятия этого года в Европе пройдут с участием наших экспертов. Будьте уверены, что за каждым столом переговоров, во всех дебатах по будущему медицинской помощи, голос медицинских сестер и акушерок будет звучать громко. И ведь это так соответствует девизу Международного дня медицинской сестры в этом году – «Медицинским сестрам принадлежит ведущий голос в достижении Целей устойчивого развития». Еще и еще раз убеждаюсь, что лидеры профессии во всем мире говорят на одном языке и смотрят в одном направлении.

– **Что ж, Валентина Антоновна, искренне благодарю Вас за столь содержательную беседу и желаю успехов во всех начинаниях. Уверена, что с таким позитивным настроем Вы и Ваши коллеги добьетесь столь желанных перемен!**

ВЕЖЛИВАЯ РЕГИСТРАТУРА

В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ УСПЕШНО РЕАЛИЗОВАН ВОСТРЕБОВАННЫЙ ОБЩЕСТВОМ ПРОЕКТ



■ **Глазкова Т.В.**

Руководитель проекта «Вежливая регистратура», Главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Комитета по здравоохранению Ленинградской области



«Наша цель в том, чтобы регистратура была, как и вся медицина, «с человеческим лицом», без телефонов и картотек, но с приветливым персоналом и простым форматом электронных услуг».

*Сергей Вылежанин,
председатель Комитета по здравоохранению
Ленинградской области*

Пилотный проект «Вежливая регистратура» стартовал в Ленинградской области в мае 2016 года по инициативе Комитета по здравоохранению. Целью инновации было повышение доступности и качества оказания медицинской помощи, создание новой организационной модели регистратуры для более комфортного обслуживания пациентов.

Как и любому новшеству, проекту предшествовала большая и серьезная подготовка. Отрабатывался алгоритм действий, создавались индикаторы, позволяющие оценить степень комфортности медицинской помощи, оказываемой населению, а также доброжелательность со стороны медицинских работников при общении с пациентами. Комитетом и кураторами пилотного проекта было предложено не просто менять саму форму работы регистратуры поликлиники, не только проводить обучение ее работников, но и стараться формировать установки на бесконфликтное общение как у регист-

раторов, так и у пациентов. В условиях переориентирования медицины на пациента большое значение приобретает разработка критериев эффективности работы медрегистраторов, например, отсутствие обоснованных адекватных жалоб от пациентов, грамотное заполнение медицинской документации, как в бумажном, так и в электронном виде, четкое соблюдение стандарта внешнего вида, усовершенствование системы хранения медицинских документов.

Сейчас уже с уверенностью можно сказать, что эта работа дала свои результаты, и можно говорить об успешной реализации проекта «Вежливая регистратура». В медицинских организациях, принявших участие в пилотном проекте, существенно изменилось внешнее оформление регистратуры, к единому стилю приведен внешний вид регистраторов, практически устранен барьер между сотрудником регистратуры и посетителем, организован колл-центр. Теперь пациента в холле поликлиники встречают вежливые и компетентные администраторы, готовые помочь разобраться в любом интересующем посетителя вопросе.

На прием желающие могут записаться через интернет, по телефону, через терминалы, установленные в холле регистратуры и при самостоятельном обращении в поликлинику, выбор вариан-

тов широк и разнообразен. В холле регистратуры установлены терминалы, где пациент получает талон с номером очереди. Над каждым окном имеется светящееся табло, на котором высвечивается актуальный номер электронной очереди. Ожидая своей очереди, посетители с комфортом располагаются в зале, где на экране в постоянном режиме демонстрируются ролики о здоровом образе жизни (ЗОЖ), где также размещены информационные стенды и стойки с печатной продукцией. Информационные терминалы запрограммированы узнавать пациента по фамилии, имени и отчеству, либо по номеру полиса обязательного медицинского страхования (ОМС). А помогает посетителям в работе с непривычным автоматом администратор, находящийся в зале.

Пациенты, которые записались на прием дистанционно, через интернет, по телефону или через терминал, проходят на прием, минуя регистратуру, что существенно экономит их время, снижая, соответственно, нагрузку на наших коллег. Медицинская карта подготавливается сотрудниками регистратуры накануне и доставляется в кабинеты врачей заранее, а после окончания приема карты из кабинетов возвращаются в картохранилище.

Помимо прочего, более понятной и доступной стала маршрутизация пациентов. Удобно размещены стрелки и



указатели с названиями кабинетов, что также исключает необходимость обращения в регистратуру за справками по такого рода вопросам. Эти новые решения и новые подходы позволяют создавать положительное впечатление у пациента, и он уже совсем с другим настроением приходит к врачу на прием.

Можно привести наглядный пример: в ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» в рамках пилотного проекта создана служба сопровождения пациентов. Штат службы сопровождения из 6 человек сформирован за счет перепрофилирования штатного расписания. Трое сотрудников всегда располагаются в холле поликлиники, еще три – на каждом этаже. Сотрудники на этажах информируют пациентов по вопросам расположения кабинетов специалистов, взаимодействуют с врачами и медицинскими сестрами кабинетов, сопровождают нуждающихся на диагностические исследования, а если понадобилась экстренная консультация смежного специалиста, сопровождают на консультацию, доставляют медицинские карты из кабинета в кабинет.

Все сотрудники службы сопровождения обеспечены мобильными корпоративными средствами связи, что позво-

ляет оперативно решать возникшие вопросы, касающиеся организации работы по обслуживанию пациентов.

В случае, если пациент впервые обратился в поликлинику или же хочет прикрепиться к ней для получения медицинской помощи, обученный регистратор быстро введет в общую базу данных всю необходимую информацию, включая номер полиса ОМС, паспортные данные, СНИЛС, а также предложит заполнить бланк информированного добровольного согласия на предоставление медицинских услуг. После этого пациент тут же может получить талон на прием к врачу. Если же посетитель нуждается в помощи здесь и сейчас, – администратор сопроводит пациента в кабинет неотложной помощи, минуя фазу ожидания.

В рамках реализации пациент-ориентированного проекта «Вежливая регистратура» в поликлиниках ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ», ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ» организованы сестринские посты, где медицинские сестры комфортно и быстро, на основании рекомендаций врача, подберут удобное пациенту время визита к специалистам и в диагностические кабинеты, распечатывают талон на прием или направление,

справку или заключение, расскажут о подготовке к исследованиям, ознакомят с порядком получения медицинских услуг в поликлинике и больнице, а также ответят на вопросы пациентов в рамках своей компетенции. Сестринские посты внедрены в терапевтических отделениях, где врачи проводят самостоятельный прием без медицинской сестры.

Для удобства жителей нашего региона во многих ЛПО заработал единый колл-центр с многоканальными телефонами, используются удаленные сервисы записи к специалистам поликлиники. Вежливые операторы контактного центра предоставят актуальную информацию о работе всех подразделений и специалистов, помогут в выборе врача и удобного времени приема или исследования. Они расскажут о получении рецептов и справок, выдаче полиса ОМС, правилах получения медицинской помощи, порядке госпитализации. Записанным на прием напомнят о предстоящем визите к врачу, не забудут также сообщить и о произошедших изменениях в расписании.

Специализированная медицинская информационная система объединяет в единое пространство стационар, по-



ликлиники, амбулатории и ФАПы, позволяет специалистам заполнять электронную медицинскую карту, в которой будут безопасно храниться в электронном виде данные о пациентах, всех проведенных исследованиях, диагнозах, назначениях и результатах лечения. Все это позволит с легкостью и без волокиты направлять пациента на диагностику, к другому специалисту или, при необходимости, на госпитализацию. Полностью внедрен пилотный проект в 16 ЛПО, а уже в течение 2017 года «Вежливая регистратура» появится в каждом районе Ленинградской области. В период, когда идет формирование системы здравоохранения, проекту уделяется пристальное внимание на федеральном уровне. Заместителем председателя правительства РФ Ольгой Голодец проект был поставлен во главу угла как способ повышения качества и доступности амбулаторной помощи.

Общеизвестно, что несмотря на появление информационных технологий в работе лечебных учреждений, деятельность медицинских регистраторов при взаимодействии с пациентами остается основополагающей, ведь именно от отлаженной работы регистратуры во многом зависит эффективность работы всей поликлиники. Социологические опросы показывают, что низкая оценка пациентами деятельности регистратуры приводит к общей неудовлетворенности работой всей поликлиники. Нет сомнений, что внедрение проекта «Вежливая регистратура» позволит многократно упростить процедуру записи на прием к врачу, избежать очередей, сохранить время пациента, сократить ожидание приема врача при посещении поликлиники, а также повысить уровень комфорта при получении информации о работе медицинской организации и ожидании медицинской услуги.

Однако, кроме решения приоритетной задачи повышения уровня удовлетворенности населения работой поликлиник, во внедрении проекта мне видится огромный потенциал в улучшении отношений пациента и медицинской организации. Ведь проект и создан был для пациентов, направлен на уничтожение, в том числе и моральных, барьеров между участниками лечебного процесса с обеих сторон. Убирая перегородки, мы ломаем психологические барьеры, укрепляя доверие между медиками и их пациентами, ведь не секрет, что резкость при общении зачастую используется лишь как защита от агрессии. Уверена, что внимание к работе регистратуры не только со стороны руководства поликлиник, но и со стороны общества, непременно будет способствовать тому, что работники регистратуры, отожествляя собственные интересы с интересами поликлиники, сформируют сплоченный коллектив единомышленников. А в этом и есть залог успеха нашего сообщества.

Роль акушерки при оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациенткам



■ **Айтжанова Айгуль Даирбековна**

Старшая акушерка акушерского
обсервационного отделения
перинатального центра БУЗОО
«Областная клиническая
больница», г. Омск



■ **Саитова Татьяна Викторовна**

Главная акушерка
перинатального центра БУЗОО
«Областная клиническая
больница», председатель
специализированной секции
ОПСА «Акушерское дело»,
заместитель председателя
специализированной секции
РАМС «Акушерское дело», г. Омск



■ **Раздобедина Ирина Николаевна**

Заведующая акушерским
обсервационным отделением
перинатального центра БУЗОО
«Областная клиническая
больница», г. Омск

В настоящее время ВИЧ-инфекция приобретает массовое распространение во всем мире, вызывает тяжелые социально-экономические и демографические последствия, создает угрозу личной, общественной, государственной безопасности. В эпидемию активно вовлекается все население, независимо от статуса и образа жизни.

В Омской области на 01.08.2016 года зарегистрировано 14 003 случая ВИЧ-инфекции. Показатель пораженности выше Российского и ниже, чем по Сибирскому федеральному округу – 538,0 на 100 тысяч населения. В 2016 году выявление новых случаев ВИЧ-инфекции продолжалось в основном за счет потребителей инъекционных наркотиков. Удельный вес женщин от общего числа ВИЧ-инфицированных 37%, в том числе 92% – это женщины фертильного возраста, где преобладает возрастная группа 30–39 лет.

За весь период регистрации в Омской области ВИЧ-инфекция впервые выявлена у 746 беременных. От ВИЧ-инфицированных матерей родилось 852 ребенка, у 66 из них подтвержден диагноз ВИЧ-инфекции. Удельный вес вертикальной передачи составил 7,4%, из них при проведении полного курса ХП – 2,0%.

Рост числа лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, увеличение доли женщин и соответственно увеличение числа родов определяет потребность в стратегически эффективных мерах со стороны Правительства Российской Федерации и Омской области по комплексной профилактике ВИЧ-инфекции. Свидетельством этому являются законодательные документы, в ко-

торых отражены гарантии государства, права ВИЧ-инфицированных при оказании им медицинской помощи, комплекс мер по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, социальная поддержка ВИЧ-инфицированных и членов их семей. Обращено внимание на необходимость бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий и доступности медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции. Заинтересованность государства в социальной поддержке ВИЧ-инфицированных и членов их семей отражена в статьях 5 и 17 Федерального закона Российской Федерации «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

Кроме того, ежегодно 1 декабря отмечается Всемирный день борьбы со СПИДом, а 1 марта на территории Сибирского федерального округа Всесибирский день профилактики ВИЧ-инфекции.

Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и грудного вскармливания – одна из приоритетных задач, стоящих перед службой родовспоможения. В отсутствие профилактики риск вертикальной передачи ВИЧ-инфекции составляет 20–40%, а применение специальных профилактических мероприятий снижает его до 1–2%.

В реализации комплекса мероприятий по профилактике трансмиссии ВИЧ от матери к новорожденному большая роль отведена акушеркам, что требует от них, прежде всего, изменения психологического отношения к статусу ВИЧ-инфицированных пациенток, постоянного повышения профессионального уровня по вопросам бережного родоразрешения, отработки технологий акушерских пособий и вмешательств для исключения травматизации и профессионального заражения.

В перинатальном центре областной клинической больницы оказание помощи ВИЧ-инфицированным пациенткам осуществляется в акушерском наблюдательном отделении, при тесном взаимодействии с бюджетным уч-

реждением здравоохранения Омской области «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», по рекомендации которых все пациентки, поступающие в перинатальный центр, обследуются на ВИЧ-инфекцию.

Для обеспечения оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациенткам в отделении проведена организация труда и рабочих мест:

- организован дневной пост акушерки и младшего медицинского персонала, благодаря чему профессиональная деятельность акушерки с пациенткой становится индивидуальной, что влияет на качество и внимательность при оказании медицинских услуг, снижает риск возникновения аварийных ситуаций при их выполнении;
- прием родов осуществляется не в боксированной палате, а в индивидуальном родильном зале, с соблюдением гарантий и прав человека;
- сформированы индивидуальные наборы медицинских изделий, запас антиретровирусных препаратов для химиопрофилактики;
- в наличии средства индивидуальной защиты для всей бригады ведущей роды.

Все перечисленные организационные мероприятия позволили внедрять в практику порядок оказания медицинской помощи по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

За период с 2013 года по 1 полугодие 2016 года в акушерском наблюдательном отделении оказана медицинская помощь 103 ВИЧ-инфицированным пациенткам (диаграмма № 1).

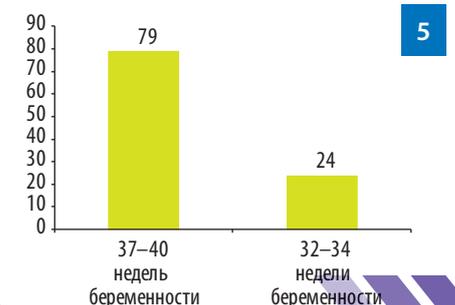
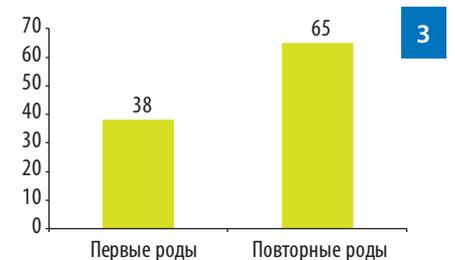
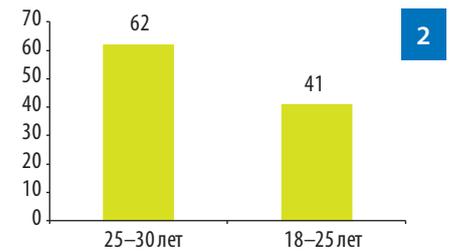
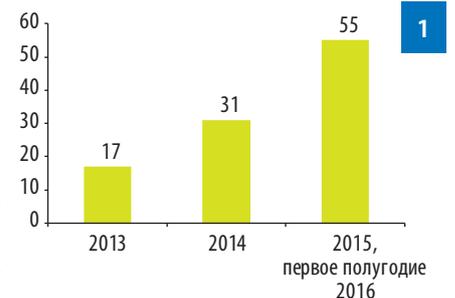
Наибольший процент составили роженицы в возрасте 25–30 лет, не состоящие в браке (диаграмма № 2).

Доля повторных родов превышает над первыми (диаграмма № 3).

В способе родоразрешения преобладает оперативное путём операции кесарева сечения (диаграмма № 4).

77% составили доношенные новорожденные, рождённые в срок 37–38 недель беременности (диаграмма № 5).

Все родильницы выписаны домой в удовлетворительном состоянии.



Решение о способе родоразрешения принимается в индивидуальном порядке в соответствии с конкретной ситуацией, в зависимости от уровня вирусной нагрузки, с учетом интересов матери и плода. Если у пациентки вирусная нагрузка превышает 1000 копий/мл независимо от антиретровирусной терапии, которую женщина получала во время беременности, ей проводится плановая операция кесарева сечения.

За 2015 год и первое полугодие 2016 года в наблюдательном отделении удельный вес оперативного родоразрешения у пациенток с ВИЧ-инфекцией составил 54%, что выше по сравнению с 2015 годом на 2% (2013–48%, а в 2014 году – 52%).

Увеличение количества операций произошло за счёт их проведения по акушерским показаниям, таких как низкая плацентация, опухоль яичника больших размеров, тазовое предлежание плода, рубец на матке после операции кесарева сечения, преждевременное излитие околоплодных вод, крупный плод.

Операции в основном проводились в плановом порядке с своевременным проведением химиопрофилактики до начала родовой деятельности и разрыва плодных оболочек, что в 2 раза снижает риск передачи ВИЧ от матери к ребенку, предотвра-

щает длительный контакт плода с инфицированными секретами родовых путей матери.

Ведение родов через естественные родовые пути у ВИЧ-инфицированных пациенток имеет свои особенности, так как инфицирование новорожденного происходит в основном во время родов. Для снижения риска инфицирования необходимо:

- обязательное проведение химиопрофилактики в начале родовой деятельности, обработка влагалища раствором антисептика каждые 2 часа;
- сокращение безводного периода до 4–6 часов;
- исключение инвазивных вмешательств, таких как амниотомия, эпизиотомия, перинеотомия, вакуум-экстракция плода.

После рождения ребёнка основная задача акушерки – это сокращение его контакта с кровью и влагалищными выделениями матери, устранение грудного вскармливания. С этой целью необходимо:

- исключение разбрызгивания крови при пересечении пуповины;
- проведение гигиенической ванны с соблюдением температурного режима;
- выкладывание новорожденного на живот матери, но исключение грудного вскармливания;

- оптимальное начало химиопрофилактики новорожденному – с восьмью часов жизни ребенка.

Профилактика профессиональных рисков и ВИЧ-инфицирования на рабочем месте составляет один из значимых аспектов работы специалиста. Для работы с ВИЧ-инфицированными пациентками применяется одноразовые медицинские изделия и предметы ухода, используются индивидуальные средства защиты. На рабочих местах укомплектована аптечка на случай аварийной ситуации (порез, укол иглой); все акушерки ознакомлены с действиями по ликвидации ее последствий. За 2014–2015 гг. и первое полугодие 2016 года аварийных ситуаций в акушерском наблюдательном отделении зарегистрировано не было.

Таким образом, роль акушерок при оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациенткам достаточно высока и ответственна, объединяет все этапы полноценной химиопрофилактики, тестирование на ВИЧ, адекватный выбор родоразрешения, консультирование и поддержку по вскармливанию новорожденных детей, вопросы инфекционной безопасности, что способствует максимальной эффективности профилактических мероприятий, направленных на предотвращение передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку.

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ АКУШЕРСКАЯ ПРАКТИКА

Принципы доказательной акушерской практики стали одной из приоритетных тем, рассмотренных на 20-м ежегодном совещании Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций. Лилиан Бондо, президент Ассоциации акушерок Дании, выступила с докладом на эту важную и непростую тему, напомнив участникам заседания о серии публикаций 2016 года в журнале *The Lancet*, посвященных акушерской помощи и вышедших под общим заголовком «Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternal care worldwide», Suellen Miller и соавт. (Преодоление крайностей «слишком мало, слишком поздно» и «слишком много, слишком рано» как путь к доказательной и

уважительной акушерской практике в мире).

Что означают эти крайности? По меньшей мере то, что вне зависимости от состояния финансирования здравоохранения и экономического благосостояния страны роженицы могут столкнуться с проблемами, обусловленными двумя крайностями. В одном случае, если речь идет об экономически благополучной стране, может сработать принцип «слишком много, слишком рано», означающий излишнюю, ненужную, слишком раннюю и неподходящую помощь, которая может нанести пациентке вред.

Другая крайность «слишком мало, слишком поздно» характеризует недоступность помощи, услуг, доказательной практики. Эта ситуация характерна для

стран с низким уровнем доходов, но с проблемой могут столкнуться и пациентки из незащищенных слоев населения в экономически благополучных странах. Так, риск смерти во время беременности и родов для женщин в странах Центральной Африки и Южной Азии составляет 1 из 36, в то время как в экономически развитых странах этот показатель находится на уровне 1 из 4900. Причин тому множество, но все они коренятся в слабости систем здравоохранения, характеризующейся нехваткой кадров, нехваткой навыков, оборудования, медикаментов, расходных материалов, слабой системой специализированной и скорой помощи или ее полным отсутствием. Даже при наличии ресурсов серьезным барьером в оказании помощи является недостаточная подго-

Эталон верности профессии

*Всякому человеку
следует выполнить на земле
призвание своё добросовестно и честно.
Н.В. Гоголь*

26 марта 2017 года свой 60-летний юбилей и 40-летний стаж работы в акушерстве отметила главная акушерка бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Городской клинический перинатальный центр» Ольга Васильевна Хомченко. Не сворачивая с избранного пути, великодушная, готовая поддержать других в трудную минуту, дорожа приятельскими отношениями с коллегами, Ольга Васильевна предана не только своему делу, но и месту работы.

С юных лет она мечтала связать свою судьбу с одной из самых благородных и гуманных профессий на земле – профессией медицинской сестры. Еще будучи студенткой, Ольга Васильевна входила в комсомольскую организацию, являясь комсоргом группы, принимала активное участие в жизни училища, зарекомендовав себя лидером. В 1977 году после окончания Новосибирского медицинского училища № 4 по специальности «Акушерка» Ольга Васильевна, следуя за мужем, приезжает в Омск и начинает свою тру-



довую деятельность в родильном доме № 1 акушеркой родильного отделения.

Сумев проявить себя в качестве грамотного, ответственного работника, пользующегося уважением у пациентов и персонала, Ольга Васильевна была назначена старшей акушеркой акушерского наблюдательного отделения, а с января 1987 года – главной акушеркой родильного дома. Все свои силы Ольга Васильевна отдает любимому

делу. Любовь к профессии, настойчивость, большое трудолюбие и отзывчивость позволили ей стать специалистом высшей категории, завоевать уважение, любовь коллег и пациентов.

В 2008 году состоялось торжественное открытие нового здания для родильного дома, который позже переименовали в «Городской клинический перинатальный центр». Как много усилий для этого было приложено главной акушеркой при получении и распределении нового медицинского оборудования, подборе кадров, организации работы сестринского и младшего персонала! Не жалея сил для своевременного открытия нового здания, Ольга Васильевна, без преувеличения, работала по 12–14 часов в сутки.

В этом же году Хомченко Ольга Васильевна заканчивает Новосибирский государственный медицинский университет по специальности «Менеджер сестринского дела», в 2009 году интернатуру «Управление сестринской деятельностью». Это послужило базой для обучения специалистов сестринского звена в условиях инновационного образования. Сегодня Ольгу Васильевну с уверенностью можно назвать «медицинским работником новой формации». В ее подчинении трудятся старшие акушерки, старшие медицинские сестры 23

товка специалистов, отсутствие качественных протоколов лечения.

Исследователи во всем мире чаще всего обращают внимание на изучение проблем беднейших стран, хотя другая крайность «слишком много, слишком рано» не менее проблематична. При этом обе проблемы можно и нужно решать посредством приверженности научно обоснованным рекомендациям и протоколам.

Ненужные медицинские вмешательства – так исследователи характеризуют процессы, имеющие место в современном мире, где число родов, происходящих в медицинских учреждениях, постоянно растет. Медицинские вмешательства осуществляются без каких-либо очевидных показаний и даже на фоне имеющейся информации о возможном вреде. К их числу отно-

сятся, например, эпизиотомия или клизмы при поступлении на роды. Также известно, что чрезмерное и необоснованное применение индукции и стимуляции родов связано со значительной травматизацией, в частности, разрывами матки. При этом реализация таких необоснованных вмешательств происходит на фоне отсутствия вмешательств, оказывающих благотворное воздействие на процесс родов, например, партнерских родов.

Медицинские манипуляции в отдельных случаях, безусловно, важны и для некоторых пациенток являются жизненно необходимыми, но при необоснованном применении ведут к нежелательным последствиям. Одним из признаков того, что в стране отсутствуют стандарты помощи, является чрезмерное количество родов путем кесарева сечения.

Объемы медицинских манипуляций растут, при этом женщинам лишь изредка сообщают о вероятных рисках подобных процедур. А система здравоохранения тем временем продолжает испытывать дополнительное бремя финансовой нагрузки – сначала для выполнения ненужных манипуляций, а затем для лечения их последствий.

Выводы авторов обзора состоят в необходимости создания единых высококачественных руководств для клинической практики, написанных в духе консенсуса по поводу необходимых процедур, одинаковым языком и рекомендуемым единым подходам к решению одинаковых проблем.

Подготовлено по материалам публикации журнала The Lancet <http://www.maternalhealthseries.org/explore-the-series/too-little-too-late/>

структурных подразделений перинатального центра: реанимация новорожденных для глубоко недоношенных детей (с экстремально низкой массой тела), 3 родильных отделения, 2 женских консультации и другие. Ольга Васильевна сумела объединить и направить усилия медицинских сестер и акушерок учреждения в нужное русло: повышение качества оказания акушерской помощи.

Перинатальный центр развернут на 167 коек, организованы палаты совместного пребывания матери и ребенка в послеродовых отделениях. Для соблюдения санитарно-эпидемиологического режима в отделениях для новорожденных, родильных залах и послеродовых отделениях изменен подход к организации ухода за роженицами, родильницами и новорожденными – всё это является непосредственной заслугой Ольги Васильевны.

Оснащение сестринских постов, обучение сестринского персонала и контроль их деятельности, внедрение инновационных технологий, выпуск методических рекомендаций – вот тот не полный перечень обязанностей, который выполняет главная акушерка в каждодневной своей деятельности. Ольга Васильевна оказывает методическую помощь в подготовке к аттестации и сертификации специалистов сестринского звена, является специалистом экспертной группы областной аттестационной комиссии министерства здравоохранения Омской области.

Настоящий профессионал и замечательный человек – она образцово выполняет возложенные на нее обязанности, заслуживает самых добрых слов –

ответственная, трудолюбивая, грамотная, оптимистичная, дружелюбная и обладающая чувством юмора, что немало важно в работе с кадрами. Являясь человеком творческим, Ольга Васильевна активно способствует росту престижа профессии акушерки. В течение пяти лет являлась председателем специализированной секции Омской профессиональной сестринской ассоциации «Акушерское дело», оказывала методическую помощь акушеркам в проведении сестринских исследований в акушерстве, организовывала акушерские конференции на региональном уровне.

В 2010 году Хомченко Ольга Васильевна участвовала в городском конкурсе «Лучшая по профессии» и заняла второе место в номинации «Лучший руководитель сестринского персонала». Принимая участие в подготовке конкурсных работ сестринского персонала перинатального центра, также достигала успехов: призовые места сестринского персонала в городских и региональных конкурсах. В 2011 году Совет по акушерскому делу, возглавляемый Ольгой Васильевной, занял 1 место в конкурсе «Вклад Советов по сестринскому делу в развитие Омской профессиональной сестринской ассоциации».

За 30 лет в должности главной акушерки постоянно занимается наставнической и педагогической деятельностью. Ею подготовлено более 100 молодых специалистов, которым передан опыт работы, традиции и ответственность, трудолюбие, любовь к профессии.

За достигнутые успехи в системе здравоохранения Ольга Васильевна

неоднократно поощрялась почетными грамотами: перинатального центра, министерства здравоохранения Омской области, администрации города Омска. В 2014 году коллектив специализированной секции ОПСА «Акушерское дело», председателем которой являлась Ольга Васильевна, занял 1 место в профессиональном конкурсе Ассоциации медицинских сестер России в номинации «Профессиональная книга» за методические рекомендации для акушерок родового блока. С 1996 года имеет почетное звание «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации». Для многих коллег Ольга Васильевна является эталоном верности своей профессии.

Омская профессиональная сестринская ассоциация сердечно поздравляет Ольгу Васильевну Хомченко с юбилеем и 40-летним стажем медицинской трудовой деятельности и желает крепкого здоровья и творческих успехов в работе.

*Кипит работа повседневно,
Но вот среди обычных дней
Вдруг наступает день рождения,
Чудесный праздник – юбилей!*

*Хотим Вам пожелать удачи,
Успеха в жизни, ярких дел,
Чтоб Вы с улыбкой – не иначе
Встречали каждый новый день!*

**Саутова Т.В.,
председатель специализированной
секции ОПСА «Акушерское дело»**

**Бейнерт Л.А.,
старшая акушерка родового
отделения № 2 БУЗОО «ГКПЦ»
г. Омск**



«Акушерка, мать и семья: Партнеры во имя жизни!»

Именно так в 2017 году звучит тема Международного дня акушерки, символизируя большую совместную работу акушерок с беременными женщинами, их близкими, направленную на то, чтобы помочь им в принятии решений, в безопасном и благополучном исходе родов.

Партнерство в период подготовки и в процессе родов начинает широко практиковаться и в России. Более того,

в ряде регионов акушерки реализуют проекты, направленные на то, чтобы будущий отец был вовлечен в процесс подготовки к появлению своего ребенка. И, как отмечают специалисты, такой подход себя оправдывает.

Чтобы поддержать инновацию в организации акушерской помощи и вывести ее на новый уровень, Международная конфедерация акушерок предлагает специалистам провести кампанию «Я верю

в партнерство» и поделиться своими мыслями, опытом, фотографиями, мнениями на интернет-площадках. Население должно знать, видеть и понимать, в чем заключается цель акушерской помощи, какие возможности появляются сегодня, насколько профессионально и грамотно современные акушерки готовы помочь, чтобы в жизни каждой семьи наступило самое счастливое событие, а его ожидание было лишено тревоги и стресса.



Комплексное оснащение ЛПУ от компании Еламед:

ВСЕ, ЧТО ВАМ НУЖНО В ОДНОМ МЕСТЕ

- Медицинская мебель
- Дезинфекционное оборудование
- Физиотерапевтическая техника
- Сложное медицинское оборудование
- Лабораторная посуда
- Расходные материалы
- И многое-многое другое...



Компания **ЕЛАМЕД** является одним из крупнейших производителей и поставщиков медицинского оборудования в России, полностью соответствующего действующим стандартам оснащения. Мы внимательно следим за научными разработками и передовыми технологиями в области медицины. **ЕЛАМЕД** – это компетентность, большая ответственность и доверие партнеров, заслуженное годами безупречной работы. Вы доверяете нам, а мы

стараяемся распорядиться вашими средствами экономно и рационально. Действующая на предприятии немецкая система качества, а также тесное сотрудничество с другими производителями позволяет реализовывать лучшую продукцию по умеренным ценам.

Мы готовы к сотрудничеству по всем интересующим вас направлениям и гарантируем добросовестное и своевременное выполнение договорных обязательств.

Компания ЕЛАМЕД это:

- ✓ 36 лет успешной работы.
- ✓ 80% медицинских учреждений, оснащенных изделиями компании, в том числе Поликлиника №1 Управления делами Президента РФ.
- ✓ Гарантия на продукцию от 1,5 до 3 лет.
- ✓ Послегарантийный ремонт за счет сети сервисных центров по всей стране.
- ✓ Декларации о соответствии и регистрационные удостоверения на всю продукцию. У вас никогда не будет проблем при проверках.
- ✓ Большой ассортимент продукции.
- ✓ Собственный научно-технический центр.
- ✓ Собственный тендерный отдел для самостоятельного участия в закупках без посредников и их наценок.
- ✓ Персональный менеджер для каждого партнера.



Ваш надежный поставщик!

Позвоните нам или напишите на электронную почту:

latim2008@elamed.com

Тел.: +7 (49131) 91-4-50, 22-1-09,

+7 (4912) 28-43-37, 27-51-52,

+7 (495) 419-00-23, 221-27-77

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

www.elamed.com

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Медицинским сестрам принадлежит ведущий голос в достижении целей устойчивого развития

«Чем отличаются медицинские сестры высочайшего уровня, так это тем, что им удается сделать в заданных условиях. Все медсестры “решают” проблемы пациентов. А самые лучшие медицинские сестры попутно решают те проблемы, которые препятствуют оказанию помощи наивысшего качества для следующих пациентов».

*Патриция Дэвидсон,
декан факультета сестринского дела
Университета Джона Хопкинса*

Какую роль могут и должны сыграть медицинские сестры в достижении целей устойчивого развития (ЦУР) – именно этот вопрос занимает центральное место в материалах МСМ, посвященных Международному дню медицинской сестры в 2017 году.

Эти цели глобальны, утверждены Организацией Объединенных Наций в 2014 году взамен целей развития тысячелетия. Новые цели содержат 17 пунктов, охватывающих глобальную проблематику устойчивого развития, в том числе борьбу с нищетой, голодом, улучшение здоровья и образования, предотвращение климатических изменений и прочие. И 191 страна-член ООН подтвердила свою готовность достичь поставленных целей к 2030 году.

Здоровье – центральный вопрос для Цели № 3 – «Обеспечение здоровой жизни и благополучия людей всех возрастов», и, вне всяких сомнений, медицинские сестры в ее выполнении должны сыграть основную роль. Однако важно понимать, что работа медицинских сестер оказывает заметное влияние и на достижение других целей, связанных с образованием, борьбой с нищетой, одним словом, тех, что принято называть социальными детерминантами здоровья. Эти детерминанты определяют условия, в которых люди рождаются, растут, работают, живут, и они неминуемо сказываются на состоянии здоровья и качестве жизни. Медицинские сестры направляют свои усилия на здоровье людей, но очень часто попутно решают и другие проблемы, устраняя тем самым риски здоровью населения. В этом году Международный совет медсестер предлагает всем нам задуматься над тем, насколько широка и многогранная работа медицинской сестры, сколь бесконечны возможности нашей профессии. Это следует узнать и нам, профессионалам здравоохранения, с тем чтобы расширять границы своей практики. Кроме того, информацию об истинных возможностях сестринской профессии стоит сделать достоянием обществу, чтобы еще раз обратить внимание руководителей отрасли на бесконечный и столь высоко востребованный потенциал профессии!

Почему медицинским сестрам следует включаться в работу по достижению целей устойчивого развития?

Нам, медицинским сестрам, отлично известно, что здоровье определяется не только уровнем медицинской помощи, но также социальными, экономическими, политическими проблемами, которые нельзя оставлять без внимания. Войны и беспорядки, экономическая нестабильность, неравенство в доходах, увеличивающаяся пропасть между бедными и богатыми, – все это ограничивает возможности людей и оказывает негативное влияние на здоровье и благополучие. Работая в клинической практике, медицинские сестры занимают уникальную позицию, которая помогает видеть реальное положение вещей; но нам еще только предстоит осознать свою силу и мощь, чтобы во всеуслышание заявить о тех страданиях, которые мы наблюдаем и с которыми сталкиваемся.

Примеры сестринской практики, направленной на решение острых проблем на пути к достижению целей устойчивого развития

Чтобы проиллюстрировать вклад медицинских сестер в достижение Целей устойчивого развития, в документе МСМ, посвященном Дню медицинской сестры, приводится множество достойных внимания примеров. Мы представим лишь некоторые из них и надеемся, что для наших читателей они станут не только призывом, но и руководством к действию, разработке новых проектов оказания помощи, направленных на решение проблем населения нашей страны, на повышение доступности медицинской поддержки и сопровождения.

Цель № 1 – Ликвидация нищеты

Д-р Кэтрин Кинси – медсестра руководитель и исследователь программы патронажа молодых матерей в США. Участниками программы становятся молодые матери из неблагополучных семей в городе Филадельфия, имеющих годовой доход ниже 6000 долларов. Ежегодно помощь получают более 700 матерей с детьми. Чаще всего женщины попадают в программу во время первой беременности. За весь период участия в программе, медицинская сестра приходит на дом к пациентке от 30 до 50 раз, чтобы поддержать здоровье беременной и подготовить ее к родам, содействовать хорошему здоровью и развитию новорожденного ребенка, а также помочь в постановке целей и задач для моло-

«Медицинские сестры отвечают на нужды здоровья людей в течение всей их жизни и во всех учреждениях. Роль медицинских сестер в достижении глобальных задач – универсального охвата медицинской помощью и целей устойчивого развития исключительна».

*Д-р Маргарет Чен,
Генеральный секретарь ВОЗ,
предисловие к Глобальному руководству по укреплению
сестринского и акушерского дела 2016–2020 гг.*



дой матери на будущее. Более 90% таких матерей испытывают три и более критических для беременности и материнства эпизода, связанных с физическим, сексуальным или вербальным насилием, имеют в составе семьи психически больного или отбывшего заключение родственника. Как следствие, до 45% женщин в момент вступления в программу находятся в состоянии глубочайшей депрессии. В рамках программы женщины получают доступ к базовой медицинской помощи, консультациям, рекомендациям. Медицинские сестры стараются помочь им создать безопасные и здоровые условия для воспитания детей. Многие женщины, работая с медсестрами, впервые ставят цели для своей дальнейшей жизни. За все время действия программы ее помощь получили более 3500 молодых мам.

«Чтобы разорвать порочный круг нищеты, требуются усилия целой команды профессионалов. Мы реализуем эту работу при ведущей роли медицинских сестер, которые координируют оказание семьям медицинской, социальной и иной помощи. Благодаря холистическому подходу, присущему сестринскому делу, медицинские сестры вполне естественным образом оказывают поддержку на стыке медицинской и социальной помощи», – д-р Кинси.

Цель № 2 – Ликвидация голода

В секторе общественного здравоохранения Мексики выявлены две противоположные проблемы: в то время как почти треть населения страны страдает от ожирения, 18% жителей находятся на грани нехватки питания, при этом 5% населения голодает.

Лазаро был одним из детей, испытывающих голод и нехватку питания. В возрасте двух лет у него был вздутый

живот. У его матери на смуглой коже появились черные полосы, свидетельствующие о серьезной нехватке витаминов. Она также страдала от недоедания в период грудного вскармливания. Врач выдал женщине направление на суповую кухню, где медицинская сестра выдала ей бананы, яблоки, курицу и накормила горячим фасолевым супом. Медсестра научила женщину как правильно выбирать более полезные для здоровья продукты, как готовить из них здоровую пищу. До этого момента женщина никогда в своей жизни не употребляла цитрусовые и красное мясо. Основной рацион семьи составляли тортильи, наполненные зеленью и салатными листьями. К сожалению, крайняя бедность определяет низкую доступность питания для семьи Лазаро. Тем не менее клиники, подобные

этой, играют жизненно важную роль в поддержке таких семей и детей, особенно в период их поступления в школу. Хотя на то, чтобы вырваться из нищеты, уйдет еще немало времени.

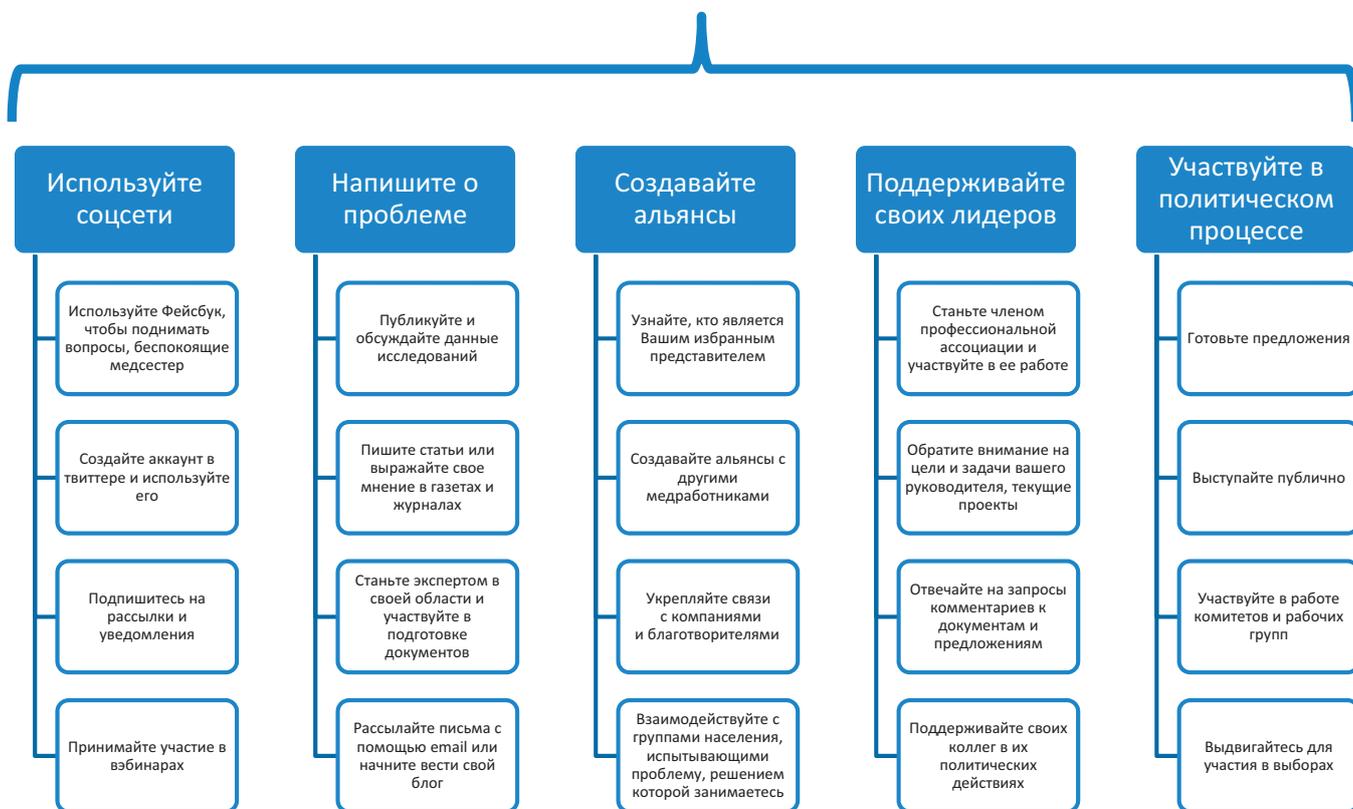
Цель № 3 – Хорошее здоровье и благополучие

В 2014 году внимание всего мира было обращено в сторону африканской Сьерра-Лионе, где возникла вспышка лихорадки Эбола. По имеющимся оценкам заражению подверглись 22 тысячи человек, из них более 9 тысяч погибли. Вспышка заболевания оказала разрушительное воздействие на всю страну, разделила семьи, оставила детей без родителей, привела к гражданским беспорядкам и нехватке питания.

Вся система здравоохранения была на грани краха. Медицинские работники гибли от заболевания. Клиники заполнялись пациентами с Эболой, пациенты с другими пробле-

Мы должны стать голосом своих пациентов, голосом семей, различных групп населения, с которыми работаем. Наш голос – это голос 20 миллионов медицинских сестер планеты. Это тот голос, который должен помочь претворению в жизнь перемен во всем мире!

План действий



Документ МСМ «Медицинские сестры: ведущий голос в достижении Целей Устойчивого Развития», адаптировано из публикации Kostas-Polston E.; Thanavaro J.; Arvidson C. & Morritt Taub L-F. (2015). Advanced practice nursing: Shaping health through policy. Journal of American Association of Nurse Practitioners, 27, 11-20.

мами – малярией, пневмонией, диареей, а также беременные женщины утратили доступ к медицинской помощи.

Одним из международных экспертов, задействованных в оказании кризисной помощи, стала Аманда МакКлеллан из Австралии. Она работала в Сьерра-Леоне с июня 2014 по январь 2015 года, осуществляя руководство и поддерживая работу 200 медицинских работников и 6000 волонтеров.

Характерным для Эболы является высокий риск инфицирования для людей, контактирующих с трупом. Неправильное захоронение погибших стало своего рода катализатором распространения вируса. Поэтому одна из задач Аманды состояла в отслеживании безопасного и соответствующего культуре жителей захоронения умерших. Помимо этого Аманда обучала, координировала и вела подготовку местных медицинских работников работе в условиях катастроф.

Цель №4 – Качественное образование

В США, как и многих других странах, есть значительная категория населения, остающаяся за чертой бедности. Организация, которую представляет Джулия Кослер Эмиг, осуществляет свою деятельность на базе 15 школ в наиболее бедных районах штата Филадельфия. Помощью организации

«Образование плюс здоровье» ежегодно пользуются более 7 тысяч детей.

В рамках этой программы в школе действует центр здоровья, работой которого руководит медицинская сестра-специалист, в паре с которой работает практическая медсестра. Особое внимание они уделяют решению таких проблем, как астма, диабет, ожирение. Дети из семей с низкими доходами получают необходимое наблюдение, находятся под профессиональным контролем, благодаря чему снижается количество вызовов скорой помощи, число госпитализаций, число пропуска детьми занятий в связи с заболеваемостью. Мониторинг результатов работы центров ведется постоянно, он, в частности, показывает, что хорошая поддержка здоровья детей отражается на их успеваемости – показатели успешной сдачи экзаменов растут, а дисциплинарных нарушений – падают.

Программа Центра предусматривает бесплатное питание для детей из бедных семей, поддерживает детей, оставшихся без попечения родителей, помогая им получить жилье в смежных социальных проектах.

Подобных примеров самоотверженной, продуманной и охватывающей самые разные проблемы населения сестрин-



**МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕНЬ
МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ**
2017 – 12 МАЯ

Много историй Много голосов



**МЕДИЦИНСКИМ
СЕСТРАМ
ПРИНАДЛЕЖИТ
ВЕДУЩИЙ ГОЛОС**
В ДОСТИЖЕНИИ Целей
Устойчивого Развития

“Займите свое место за столом переговоров
и станьте их участниками, иначе тот,
кто ничего не планирует в сестринские дни,
сделает это за вас”

Д-р Роберта Фрид, сопредседатель мировой программы по продвижению
самостоятельно практикующих медсестер

Международный день медицинской сестры ежегодно отмечается во всем мире 12 мая.

В этом году мы призываем всех медицинских сестер поделиться своим историей и показать, как их работа связана с достижением
Целей устойчивого Развития. Чтобы присоединиться к обмену, воспользуйтесь следующими адресами #VoiceToLead и #IND2017.
За более подробной информацией обратитесь к сайту www.icnvoice2olead.com



ской помощи в документе Международного совета приводится множество. Примеры тяжелые, жизненные, но именно будучи таковыми, они показывают, что медицинские сестры дарят людям надежду на спасение, жизнь, здоровье, будущее свое и своих детей.

Изменения начинаются с вас! У каждой медицинской сестры на планете есть голос, и этот голос вы можете использовать, чтобы менять мир вокруг вас. Лидерство и активная политическая работа – залог того, что ваш голос будет услышан.

Медицинские сестры не привыкли видеть в себе лидеров, хотя для этого вовсе не обязательно иметь должность, титул или быть избранным на некий пост. Способность медицинских сестер внедрять перемены не менее важна, чем технические навыки оказания безопасной и качественной помощи.

Лидерство – это действие, а не должность. Современные взгляды на изучение лидерства смещаются в сторону той работы, которая осуществляется в группах и сообществах. Лидерство увязывается с социальной ответственностью и понятием ответственного гражданства, имеющего непосредственное отношение к профессиональной и этической ответственности медицинских сестер отстаивать право человека на здоровье.

Материал подготовлен редакцией «Вестника РАМС» на основании документа МСМ «Медицинские сестры: ведущий голос в достижении целей устойчивого развития».

С Днем медицинской сестры и акушерки!

Дорогие коллеги!

Я от всего сердца поздравляю вас с Международным днем медицинский сестры и Международным днем акушерки!

От вашего внимательного и чуткого взгляда, в основе которого лежат глубокие знания и опыт, не ускользнет ни один симптом, ни одна проблема пациента. В этом году Международный совет медсестер предлагает нам посмотреть на свою практику более широким взглядом и увидеть те проблемы и трудности, которые окружают пациента и не позволяют ему достичь здоровья, качества жизни, активного долголетия.

Медицинских сестер и акушерок отличает не только внимательное отношение к пациентам, но и вдумчивое отношение к социальным проблемам, обостренное чувство социальной справедливости.

В канун важных для нашей профессии праздников я хочу еще раз напомнить вам, что в своих мыслях и действиях вы не одиноки. Десятки профессиональных сестринских организаций – региональных отделений Ассоциации медицинских сестер России, действующих в нашей стране, всегда готовы откликнуться и поддержать ваши инициативы. Помните, что в ваших руках не только здоровье населения, но и благополучие нашей страны. Уверена, что мы достигнем заметного прогресса в улучшении жизни, если профессиональным и личным кредо каждого специалиста отрасли станет лидерство в достижении перемен, изменении и расширении своей практики.

Счастья и крепкого здоровья вам, вашим близким и вашим пациентам!

*С глубоким уважением, Валентина Саркисова,
президент РАМС*



ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДЫМ

МЕДИЦИНА НА ПУТИ ОТ ИЗУЧЕНИЯ И ПРИЗНАНИЯ ПРОБЛЕМЫ
К ЕЕ ЭФФЕКТИВНОМУ РЕШЕНИЮ



■ **Самойленко Валерий Валерьевич**
Исполнительный директор РАМС

«Если бы Вы увидели густое облако, перед которым была бы табличка о том, что оно содержит бензол, окись углерода, формальдегид, цианистый водород, метан, фенол, стирол и толуол, захотели бы Вы изменить свой путь, чтобы пройти через это облако и вдохнуть все эти токсические вещества? Конечно нет. Но Вы подвергаете себя воздействию тех же самых опасных веществ каждый раз, когда принимаете участие в операции, в которой электрохирургические или лазерные устройства образуют хирургический дым».

Беверли П. Джордано, RN, MC

С только лет, сколько существует хирургия, в ней используются тепловые воздействия на ткани. Отец медицины Гиппократ из Коса, Асклепиад считал воздействия температурой равноправным элемен-

том знаменитой терапевтической триады: лекарства, надрезы, прижигания. Более того, среди прочих прижиганиям он давал большую лечебную силу, записав в «Афоризмах»: «То, что не лечит лекарство, лечит нож; то, что не лечит нож, лечит огонь; а то, что не лечит огонь, должно считаться неизлечимым». Историки медицины описывают нам обильное применение горячих температур – будь то раскаленное железо или кипящее масло, нагретый докрасна камень или открытый огонь – при лечении ран, остановке кровотечения, проведении операций. Справедливости ради заметим, что не менее рьяно высокие температуры использовались и в нехирургической патологии – также у Гиппократа находим указание лечить «заболевание, вызванное истечением желчи и флегмы в сосуды», десятью (!) прижиганиями: четырежды под правой лопаткой и еще два – на ягодице, два посередине бедра, одно прижигание над коленом и одно над щиколоткой. И все-таки хирургия, безусловно, оставляла за собой лидерство в прижигании ран.

Таким образом, наличие дыма в операционной во все времена воспринималось медиками привычно, с легкой иронией, – до тех пор, пока не был под-

нят вопрос – а так ли он безвреден этот дым.

Данная статья написана на основе образовательного модуля Surgical smoke, подготовленного Pfiedler Enterprises – образовательным подразделением Ассоциации периоперационных зарегистрированных медсестер (AORN).

Первой публикацией, положившей начало серьезному обсуждению хирургического дыма (ХД), стала опубликованная в 1975 году статья Mihashi с соавт., в которой было указано, что в ХД содержатся микрочастицы размером менее 1,1 мк – то есть частицы, способные достигать нижних отделов дыхательных путей. С этого момента в профессиональном медицинском сообществе дискутируется вопрос о вреде, наносимым хирургическим дымом медицинским работникам и пациентам. Качество воздуха в операционных залах стало одной из важных тем обеспечения безопасности работников операционных.

В 1989 году японский исследователь Tomita сравнил вдыхание ХД с курением табака, сообщив нам, что вдыхание дыма, полученного испарением одного грамма ткани с помощью CO₂ лазера, аналогично выкуриванию трех сигарет

без фильтра в течение 15-минутного периода; а дым, полученный испарением одного грамма ткани с использованием электрохирургического инструмента, сопоставим с курением шести сигарет без фильтра в течение 15 минут.

В образовательном материале Surgical smoke указываются следующие основные вехи изучения хирургического дыма и борьбы с ним.

1975	Mihashi, et al. Определили, что 77% твердых частиц от лазерного испарения имеет размер менее 1,1 мкм – то есть находятся в дыхательном диапазоне
1985	Национальный институт охраны труда и здоровья (NIOSH) представил отчет о рисках, указав, что существует потенциальная опасность воздействия дыма, создаваемого электрохирургическими ножами
1988	Garden и др. Получили интактную вирусную ДНК из дыма, образованного при использовании CO ₂ -лазера, во время vaporизации бычьего фибропапилломавируса
1988	NIOSH выпустила отчет, предупреждающий о вреде дыма, возникающего при использовании медицинских лазеров
1988	Vaggish, et al. провели эксперимент на крысах, ингалируя им хирургический дым, пропущенный через фильтры и такой же дым без применения фильтров. У крыс, дышавших нефильтрованным дымом, обнаруживаются застойные явления в легких и гиперплазия бронхов
1989	Tomita, et al. опубликовали сообщение о том, что вдыхание хирургического дыма сопоставимо с курением сигарет без фильтра
1991	Опубликован отчет о норвежском хирурге, у которого развился папилломатоз гортани после лечения пациентов со сходным поражением
1993	Ott и др. продемонстрировали, что лапароскопический дым вызывает увеличение уровней карбоксигемоглобина и метгемоглобина у пациентов, что уменьшает насыщение крови кислородом и может исказить показатели пульс оксиметрии
1995	Hoglan указал, что в хирургическом дыме содержатся многие опасные химические вещества, включая бензол, толуол, акролеин и формальдегид

Спор о вреде хирургического дыма не утихает до сегодняшнего дня. В соответствии с научными данными, нако-

пленными к 2017 году, ряд профессиональных ассоциаций выступили с заявлениями об обязательном использовании аспирантов хирургического дыма при проведении операций, использующих методики, ведущие к его образованию.

Под хирургическим дымом (ХД) понимают газообразные испарения, возникающие при использовании электрохирургических инструментов, аппаратов лазерной хирургии, ультразвуковых ножниц; высокоскоростных дрейлей, фрез и пил. Образование хирургического дыма сопровождается появлением специфического запаха. Как видимые, так и пахучие компоненты хирургического дыма являются продуктами разрушения и испарения тканевых белков и жировой ткани (рис. 1).

Наиболее частой причиной образования ХД является использование электрохирургического оборудования.

Электрохирургия – прогрессивный метод хирургических вмешательств, использующий для воздействия на ткани энергию электрического тока высокой частоты. К основным методам электрохирургии относятся электротомия (рассечение ткани) и электрокоагуляция (прижигание тканей). При использовании электрохирургических принципов для рассечения тканей под воздействием тока большой силы ткани стремительно нагреваются до температуры свыше 100 градусов, вследствие чего внутриклеточная жидкость закипает и, испаряясь, разрывает клетку. Образующийся при этом пар, содержащий частицы клетки, образует ХД. При электрокоагуляции повышение температуры происходит медленнее, поэтому внутриклеточная жидкость испаряется медленнее, но количество газообразных частиц при этой процедуре выше.

Хирургические лазеры – второй по значимости источник образования ХД. При использовании монохромного (постоянной длиной волны), коллимированного (при котором лучи в потоке параллельны или почти параллельны) и когерентного (согласованного) пучка света происходит нагревание тканей, достигающее в некоторых случаях 1000 градусов. При этом последовательно происходят процессы нагревания тканей, выпаривания, обугливания и испарения. Что,

в конечном счете, также приводит к образованию ХД.

Проведенные исследования показали, что состав дымов, образующихся при использовании электрохирургических устройств и хирургических лазеров практически идентичен по составу, поэтому несет сходные риски и определяет сходную тактику.

Следующим инструментом, приводящим к образованию ХД, являются ультразвуковые аппараты, используемые для диссекции и коагуляции тканей. Колеблющаяся с частотой до 100 кГц рабочая поверхность инструмента вызывает диссекцию тканей, коагуляцию и кавитацию (образование холодного пара). Поскольку температура образующегося аэрозоля невелика, риск переноса инфекционных агентов выше, чем при применении электрохирургических инструментов и лазеров.

Часто упускается из виду, что важным источником загрязнения воздуха в операционной являются костные пилы, сверла и другие высокоскоростные электрические устройства, используемые для рассечения резекции тканей. При воздействии на ткани выделяется большое количество тепла, поэтому устройства часто используют орошение области воздействия стерильным раствором, который, нагреваясь от рабочих поверхностей инструмента, образует в операционном поле аэрозоль, способный попасть в дыхательные пути операционной бригады. Проводимые в настоящее время исследе-



Рис. 1.

Таблица 1

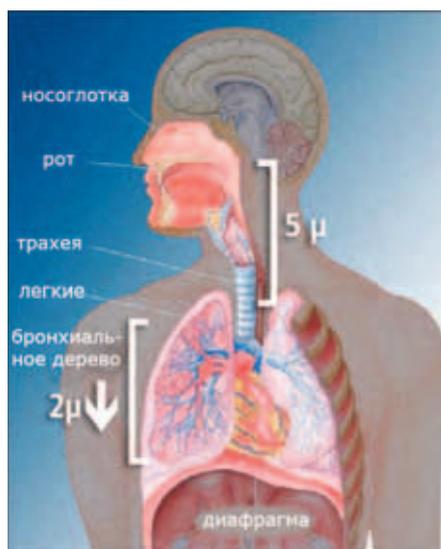


Рис. 2.

дования призваны ответить на вопрос о наличии жизнеспособных инфекционных агентов в этом аэрозоле и тем самым о возможном риске инфицирования врачей и сестер.

Состав операционного дыма достаточно хорошо изучен и включает в себя 95% воды или пара и 5% продуктов распада клеток в виде химических соединений, частиц клеток и тканей, вирусов и бактерий.

Доктор Mihashi и др. выразили обеспокоенность по поводу содержания хирургического дыма еще в 1975 году, однако споры об опасности ХД не затихают до сих пор, причем авторы публикаций варьируют свои оценки от крайней опасности до практически полного отрицания медицинского вреда. Однако все больше исследователей уверенно утверждают, что не существует такого понятия, как безопасный дым, предлагая до получения окончательных результатов исследований скорее перестраховаться, нежели чем недооценить потенциальную опасность. Ярким подтверждением этому служит известная цитата доктора Anderson, который в 2005 написал: «В будущем, оглядываясь назад, не придется ли специалистам в области здравоохранения стесняться своего скептического отношения к хирургическому дыму, как когда-то к сигаретному дыму?».

Значительная группа текущих исследований посвящена исследованиям размеров твердых частиц в составе ХД. Этот вопрос признан особенно значимым в связи с известными данными о

Токсичные вещества, содержащиеся в составе хирургического дыма

Акрилонитрил	Изобутен	Стирол
Акролеин	Индан	Толуол
Алкилбензол	Индол	Угарный газ
Ацетилен	Ксилол	Фенол
Ацетонитрил	Креозол	Формальдегид
Бензальдегид	Метан	Фурфурол
Бензол	Пиридин	Ундецен-1
Бензонитрил	Пиррол	Этан
Бутадиен	Пропан	Этилен
Бутан	Пропиленгликоль	Этилбензол
Децен-1	Синильная кислота	3-бутеннитрил

том, что частицы, имеющие размер менее 100 мкм в диаметре, могут достаточно долго циркулировать в воздухе помещения; при этом частицы, превышающие размер 5 мкм, при вдыхании оседают на стенках носовой полости, глотки, трахеи и бронхов, а частицы размером менее 2 мкм могут достигать мелких бронхиол и альвеол, затрудняя газообмен в легких (рис. 2). Для сравнения, средняя толщина человеческого волоса составляет около 200 мкм. При этом, чем меньше размер частиц, тем дольше они могут оставаться в воздухе операционной и негативно воздействовать на медицинских работников и пациентов.

Состав химических примесей хирургического дыма был подробно описан Barrett и Garber, опубликовавшими в 2003 году в журнале *Surgical Endoscopy* обзор литературы по данному вопросу. Среди многих токсических веществ, обнаруженных в составе ХД, наибольшую озабоченность вызывали высокотоксичные акрилонитрил и синильная кислота, способные проникать в организм через кожу и легкие. Сильный растворитель фурфурол был выделен в концентрации в 12 раз превышающей предельно допустимые нормы. Такая концентрация приводит к раздражению глаз, слизистых оболочек, может привести к бронхоспазму и поражению ЦНС.

Примерно в то же время швейцарский исследователь Hollmann с коллегами на основании спектроскопического исследования ХД выявили 11 газов, которые могут быть отнесены к токсичным и канцерогенным. В своей статье ученые писали, что потенциальная опасность от токсичных и мутагенных газовых соединений, частиц тканей

и ДНК вируса не может быть недооценена.

Неполный список токсичных веществ, выявленных в составе ХД, приведен в таблице 1.

Группа немецких ученых под руководством доктора Plappert, изучавших химический состав ХД при использовании хирургических лазеров, писали в заключении своей статьи: «Нам удалось доказать, что фракции частиц, содержащихся в аэрозолях, которые образуются при лазерном разрушении биологических тканей, несомненно должны быть классифицированы как цитотоксические, генотоксичные и мутагенные».

Следующим вопросом, который закономерно возник при изучении ХД, стала возможность передачи с хирургическим дымом частиц крови, бактерий и вирусов. Многочисленные исследования, проведенные, начиная с 80-х годов 20 столетия, показали возможность распространения инфекционных агентов с аэрозодем ХД. Например, Sawchuk с соавт. описали эксперимент, в ходе которого были исследованы пары ХД при деструкции бородавок. ДНК ВПЧ были обнаружены в пяти из восьми образцов, полученных при использовании хирургического лазера и в четырех из семи случаев использования электрохирургического инструмента. В 1998 году Carizzi и его коллеги изучали жизнеспособность бактерий во время процедуры лазерной шлифовки кожи. При посеве препаратов, полученных из 13 образцов ХД, в пяти случаях был получен рост коагулазонегативных стафилококков. Исследователи пришли к выводу, что существует значительный риск передачи патогенных вирусов персоналу операционно-

Обзор основных токсичных веществ мы приводим в переводе, представленном на сайте АНО «Центр клинической и экспериментальной хирургии» (<http://www.surgicalart.ru/>)

Название химического вещества	OSHA: допустимый порог воздействия	ACGIH: значение порогового ограничения	NIOSH: относительный порог воздействия	Влияние на здоровье
Ацетальдегид	200 част./млн	Предел краткого воздействия: 25 част./млн; канцерогенен для животных	Канцероген, без дальнейших превращений	Раздражение глаз, кожи и дыхательных путей. Клинически действие дыма включает также эритему, кашель, отек легкого, некроз. Вещество с тератогенным эффектом. Раздражение возникнет через 15 мин после воздействия дозы 50 част./млн. Может способствовать проникновению других вредных атмосферных примесей через бронхиальный эпителий.
Акролеин	0,1 част./млн (0,25 мг/м ³)		5 мг/м ³	Раздражение глаз, кожи, верхних дыхательных путей. Может увеличить время свертывания, повреждающе действовать на печень и почки.
Ацетонитрил	40 част./млн	40 част./млн		Раздражение слизистой носа, асфиксия гортани. На моделях животных было показано повреждение печени и почек.
Бензол	1 част./млн или 3 мг/м ³	10 част./млн или 32 мг/м ³	0,1 мг/м ³	Головная боль, слабость, потеря аппетита, быстрая утомляемость. Длительное воздействие малых доз может вызывать повреждение костного мозга, и привести к нарушению кроветворения. Периодическое вдыхание более 1 года может привести к расстройствам питания и ожирению.
Формальдегид	0,75 част./млн (2,5 мг/м ³)	15мин; Предел краткого воздействия: 2 част./млн; канцерогенен для животных		Раздражение слизистых глаз, носа, рта, дыхательных путей. Продолжение воздействия может вызвать кашель и бронхоспазм. Сенсибилизирующее вещество. Установлено развитие опухолей носа у крыс.
Полиароматические гидрокарбонны (PAHs)	Нафтаден 10 част./млн	Нафтаден 10 част./млн STEL: 15 част./млн		Всасываются в дыхательных путях. Раздражение слизистых глаз и дыхательных путей. Широкий спектр сенсибилизации. Воздействие наблюдается даже при очень низкой концентрации. Стирен и акролеин усиливают эффект ингаляции.
Стирен	100 част./млн Предельно: 200 част./млн Пиковый: 600 част./млн (5 мин)	213 нг/м ³ = 50 част./млн		Раздражение дыхательных путей. Кратковременная ингаляция животным приводила к повреждению слизистого слоя носа.
Толуол	200 част./млн Предельно: 300 част./млн; Пиковый: 500 част./млн	50 част./млн	100 част./млн Предел краткого воздействия: 150 част./млн	Хорошо абсорбируется при вдыхании. Аэрозоль раздражает глаза, дыхательный тракт. Продолжительные исследования на животных в основном описывают нарушения ЦНС. Высокие концентрации сопровождаются тератогенным эффектом.
Ксилол	100 част./млн Предел краткого воздействия: 150 част./млн	100 част./млн		Хорошо абсорбируется через дыхательные пути. Раздражение дыхательных путей начинается при концентрации 200 част./млн. Постоянное воздействие сопровождается обратимыми изменениями в количестве красных и белых кровяных клеток и повышает количество тромбоцитов.

го блока и акцентировали внимание на необходимости использования устройств эвакуации ХД.

Распространение ХД в воздухе операционной происходит стремительно и лавинообразно. При включении электрохирургического инструмента без использования устройств эвакуации ХД концентрация частиц в воздухе возрастает в 16 раз в течение первых 5 минут и остается повышенной в течение всего периода использования электрохирургических приборов. Причем повышенная концентрация частиц дыма наблюдается во всем объеме воздуха операционной, независимо от удаленности от

операционного стола. Требуется около 20 минут использования стандартной вентиляции для снижения загрязнения воздуха к исходному уровню. Интересное исследование было проведено группой бразильских исследователей под руководством Nicola. В условиях операционной они измерили скорость распространения твердых частиц при лазерной vaporизации кожи животных. Скорость распространения частиц колебалась в диапазоне от 9 до 18 метров в секунду.

Вопросы риска ХД для операционного персонала и пациентов стали предметом многочисленных работ

в последние 30 лет. В целом, большинство профессиональных ассоциаций, связанных с проведением операций в разных странах, выразили свою настороженность в отношении уже доказанного и потенциального риска для хирургов, анестезиологов и медицинских сестер, работающих в операционном блоке.

Еще в 1988 году Baggish и его коллеги провели исследование на крысах, ингалируя одной группе хирургический дым, не прошедший очистки, а другой – такой же дым, очищенный с помощью системы фильтров, включая фильтры ULPA (Ultra Low Penetrating Air), которые в соответствии с заявлен-

нием производителей улавливают до 99,9% частиц, имеющих диаметр более 0,1 мкм. В первом случае на секции были обнаружены признаки патологических изменений в легких, у второй группы животных подобных изменений не было.

Еще большую обеспокоенность вызвал опубликованный в 1991 году в *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* докторами Hallmo и Naess случай заболевания папилломатозом гортани у 44-летнего лазерного хирурга из Норвегии, возникшего после вдыхания ХД. ДНК-типирование показало идентичность возбудителя с материалом, полученным от пациента, которому доктор оказывал помощь.

Группа ученых из Нидерландов под руководством Alp в 2006 году опубликовала список патологических симптомов, характерных при вдыхании хирургического дыма:

Острые и хронические воспалительные заболевания дыхательных путей, эмфизема, астма, хронические бронхиты	Дерматиты
Гипоксия / головокружения	Дисфункции сердечно-сосудистой системы
Раздражение глаз	Першение в горле
Тошнота, рвота	Слезотечение
Головная боль	Спастические боли в животе
Ринорея, чихание	Тревожность, беспокойство
Слабость	Анемии
Предобморочное состояние	Лейкемия
Карцинома	Поражения носоглотки
Инфицирование ВИЧ	Инфицирование гепатитами

Помимо медицинского персонала ХД представляет значительный риск и для пациентов, получающих медицинскую помощь указанными нами методами, особенно во время лапароскопических вмешательств. Исследование, проведенное в университете Миннесоты, показало увеличение концентрации окиси углерода после лапароскопического применения электрохирургических методов, значительно превышающее безопасные показатели. Хирургический дым, всасываемый через брюшину в кровь пациента, увеличивает уровень метгемоглобина и карбоксигемоглобина, ухудшая транспортную функцию крови. При этом пульсоксиметрия на фоне дисгемоглобинемии показывает ложно завышенные показатели, маскируя гипоксию.

Еще один риск для пациента связан с возможностью образования метастазов при проведении операций по удалению опухолей в брюшной полости. Ряд исследований (Fletcher JN 1999, In SM с соавт. 2015 и др.) показали, что хирургический дым, образующийся при электрохирургическом удалении опухолей, радиочастотной абляции и использовании ультразвукового скальпеля, содержит жизнеспособные клетки опухоли, что может объяснить возникновение у пациентов вторичных опухолей в зонах, не находившихся в непосредственном контакте с удаленной опухолью.

Защита от хирургического дыма

Накопленный к настоящему времени материал позволил большинству профессиональных хирургических ассоциаций сформулировать требования к мерам безопасности, защищающим медицинских работников и пациентов. И хотя в большинстве стран вопрос защиты от ХД пока не

регламентируется законодательно, рекомендации профессиональных ассоциаций служат авторитетным источником информации для принятия административных решений. Важность проблемы признается настолько значимой, что тема Европейского дня операционной медицинской сестры 2017 года была сформулирована, как «Контроль хирургического дыма – залог безопасной операционной среды».

Ассоциация медицинских сестер России, разделяя позицию международного научного сообщества и следуя принципам научно обоснованной сестринской практики также сформулировала официальную позицию в отношении хирургического дыма (см. «Вестник Ассоциации медицинских сестер России», № 1/30, 2017).

Обобщая рекомендации ведущих сестринских ассоциаций в области операционного дела, можно сформулировать следующие основные положения, связанные с эффективной защитой от ХД:

- Необходимо использовать все доступные знания и инструменты, чтобы свести к минимуму воздействие ХД на медицинских работников и пациентов.
- Общие для всех операционных США требования регламентируют не менее чем 15-кратный обмен воздуха в течение каждого операционного часа. При этом должно поддерживаться постоянное положительное давление воздуха.
- Фильтры, используемые в системах вентиляции операционных блоков, должны обслуживаться и заменяться так часто, как это установлено производителем.

Хирургическая маска не может рассматриваться как эффективная защита от хирургического дыма. Несмотря на то, что первоначально хирургическая маска рассматривалась, в первую очередь, как средство защиты пациента от инфицирования, сегодня мы можем говорить и о том, что маски в некоторой степени могут защищать специалистов от вредных аэрозолей. Большинство хирургических масок способны фильтровать частицы размером более 5 мкм, поэтому, учитывая, что по результатам исследований 77% твердых частиц в ХД имеют размер 1,1 мкм и менее, такую защиту нельзя считать эффективной. Разработанные в последние годы маски высокой степени фильтрации предполагают более высокую защиту, улавливая большинство частиц диаметром 0,1 мкм, однако необходимо помнить, что вирусные частицы могут иметь значительно меньший диаметр. Проведенное в 2016 году исследование доктора Gao с соавт., посвященное изучению эффективности различных типов хирургических масок и респираторов в борьбе с ХД, показало выраженные преимущества медицинских респираторов класса N100 (по классификации NIOSH Национальный институт профессиональной безопасности и здоровья – США) в сравнении с классическими хирургическими масками, однако исследователи признали, что даже этот тип респираторов не может обеспечить достаточной защиты для медицинского персонала. В профессиональной научной среде продолжают споры о длительности ношения маски и о частоте ее замены. В любом случае на сегодняшний день хирургические маски и респираторы не должны рассматриваться как единственное средство за-

щиты медицинских работников от хирургического дыма (рис. 3).

Вакуумные аспираторы, предназначенные для удаления жидкостей в процессе операции, также не обеспечивают необходимого уровня защиты в большинстве случаев, поскольку их мощность и минутный объем всасывания достаточны для удаления дыма только при процедурах с минимальным образованием ХД. Однако даже в таком случае должен использоваться встроенный фильтр (Inline Filter), иначе аспирация не обеспечит достаточного уровня защиты, а накапливающиеся твердые частицы будут закупоривать трубки отсоса.

Наиболее эффективным методом защиты от ХД на сегодняшний день являются операционные эвакуаторы дыма (аспираторы дыма, дымоотсосы), которые специально разработаны для решения описанной проблемы и в современных моделях имеют три уровня фильтрации образующихся в процессе операции аэрозолей:

1. Первичный фильтр захватывает наиболее крупные частицы и капли жидкости.

2. Фильтр ULPA (Ultra Low Penetrating Air) – воздушный фильтр со сверхнизкой проницаемостью, способный улавливать до 99,9999% частиц диаметром свыше 0,1 мкм. При такой эффективности фильтра только одна из миллиона частиц проходит сквозь фильтр.

3. Финальный фильтр, содержащий высококачественный активированный уголь, улавливает токсичные газы и удаляет характерные запахи хирургического дыма.

В некоторых наиболее совершенных моделях добавлен 4 уровень фильтрации, улавливающий микроскопические частицы активированного угля, используемого на третьем этапе. Но эта функция не является обязательной.

Операционные аспираторы хирургического дыма различаются по мощности всасывания и должны обеспечить аспирацию всего объема хирургического дыма, образующегося в ходе операции. Действующие на сегодня рекомендации предписывают оптимальное расстояние дымозабора от места проведения вмешательства в 2 см. Для этого в современной аппаратуре предусматривается совмеще-

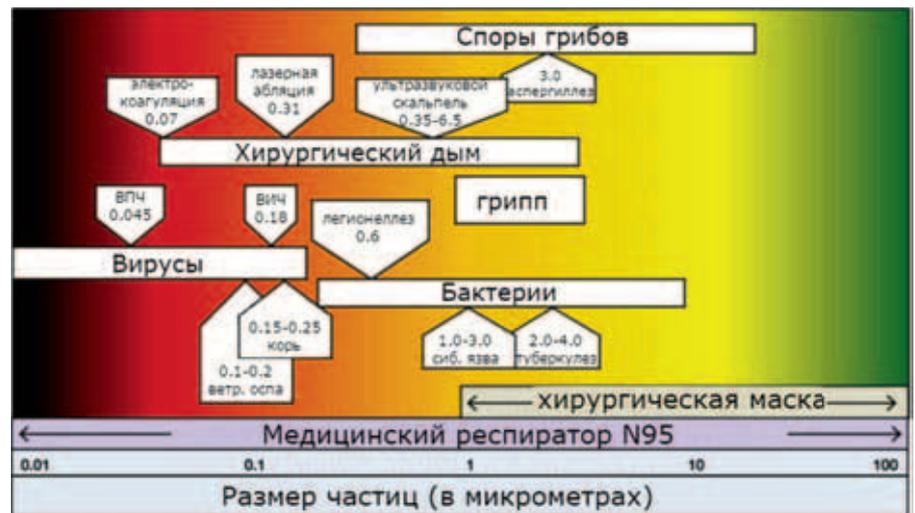


Рис. 3

ние аспирационного наконечника с рабочим хирургическим инструментом и автоматическое включение аспиратора при активации электрохирургического или иного инструмента. В случаях, когда по объективным причинам подведение аспирационной системы непосредственно к месту проведения вмешательства невозможно, должны использоваться более мощные режимы работы аспиратора, обеспечивать более высокая скорость потока. В любом случае следует стремиться к тому, чтобы дымоулавливатель находился как можно ближе к месту образования ХД.

Операционная бригада должна предвидеть вероятный объем ХД, который будет образован при проведении операции и выбрать наиболее подходящее устройство для его эвакуации.

Утилизация использованных расходных материалов должна проводиться с использованием стандартных мер предосторожности для инфицированных изделий медицинского назначения.

Современные операционные могут предусматривать централизованные системы эвакуации ХД. В этом случае основные компоненты системы вынесены за пределы операционной, что снижает уровень шума в операционном зале и облегчает уборку после проведения операции.

Следует отметить и еще одно преимущество интраоперационной аспирации хирургического дыма – отсутствие непрозрачных аэрозолей облегчает видимость операционного поля, что особенно важно при проведении

лапароскопических вмешательств. Кроме того, действующие рекомендации предусматривают и активную аспирацию газов при использовании пневмоперитонеума; введенный в брюшную полость газ, смешанный с образовавшимся в ходе операции ХД, должен быть эвакуирован и подвергнут фильтрации, чтобы предотвратить пагубное воздействие на членов операционной бригады и защитить пациента от всасывания ХД через брюшину.

Профессиональные сестринские ассоциации всего мира, наравне с ассоциациями врачей хирургов, активно включились в решение проблемы хирургического дыма. Заинтересованный читатель может найти дополнительную информацию на сайтах:

- Ассоциация государственных промышленных гигиенистов США (ACGIH) <http://www.acgih.org/>
- Ассоциация периоперативных медицинских сестер (AORN) <http://www.aorn.org/>
- Британское общество гигиены труда (BOHS) <http://www.bohs.org/>
- Международная федерация периоперационных медсестер (IFPN) <http://www.ifpn.org.uk/>
- Ассоциация специалистов периоперативной практики (AFPP) <https://www.afpp.org.uk/>
- Австралийский колледж операционных сестер (ACORN) <http://www.mesuva.com.au>
- Канадская ассоциация операционных сестер (ORNAC) <http://ornac.ca/en/>

Соблюдать меры индивидуальной защиты – значит защитить себя

Спасая миллионы человеческих жизней и стремясь предотвратить внутрибольничные инфекции, медицинские работники оказываются сами недостаточно защищёнными. На сегодняшний день заболеваемость медицинского персонала целым рядом инфекций намного выше, нежели у других групп населения. И в первую очередь это связано с недостаточными знаниями о мерах предосторожности и отсутствием средств защиты на рабочем месте. Речь идёт и о белых халатах, и о перчатках, масках, очках и контейнерах для сбора, хранения и утилизации медицинских отходов.

Впервые на фармацевтическом рынке о безопасности здоровья медицинского персонала заговорил известный хирург XIX века – Джозеф Листер. Он стал новатором – ввёл понятие «стерильности» и предложил использовать перчатки, повязки для лица и спецодежду для защиты здоровья самих врачей. Например, для дезинфекции инструментов Джозеф Листер начал применять карболовую кислоту, что вошло в обиход вплоть до XX века. А уже в 40-х годах кроме кислоты пользовались паром под высоким давлением.

В 1904 году появились хирургические халаты. Они не предназначались для профилактики заражения, их главной задачей было предохранение одежды от загрязнения. В настоящее же время одежда для медицинского персонала не менее важна, чем инструмент. Она должна быть удобной, функциональной, вызывающей уважение. Она, как уверяют доктора, сама по себе оказывает благотворное воздействие на процесс лечения, придавая врачу уверенности и вселяя в пациента веру. Недаром испокон веков белые халаты служат одним из символов самой гуманной профессии.

История появления и открытия перчаток как необходимого атрибута любого работника медицины начинается с 1758 года. Первая пара была изготовлена из тонкой кишки овцы для использования в практике акушеров-гинекологов.

В 1907 году по просьбе американского хирурга Уильяма Холстеда были изготовлены хирургические перчатки для медицинской сестры, у которой развился дерматит в связи с использованием раствора сулемы для уборки операционной.

А вот история медицинской маски началась ещё в эпоху Средневековья, в то время когда свирепствовала чума, уносящая жизни трети населения стран Европы. Маска «чумного доктора» всем своим видом должна была отпугивать болезнь, ароматические соли розмарина и чабреца, набитые в клюв маски, облегчали дыхание в условиях разлагающихся трупов.

В 1860-х гг. Джозеф Листер разработал теорию антисептиков и со временем врачи все больше времени уделяли защитной медицинской одежде. Ватно-марлевая медицинская маска появилась только в 1916–1918 годах во время свирепствования эпидемии испанки, а в 20–30-х годах XX века но-



ПАМЯТКА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

О чем в первую очередь необходимо помнить медицинскому персоналу, находясь на рабочем месте?

- **Необходимо работать в медицинских перчатках, при повышенной опасности заражения – в двух парах перчаток.**
- **Использовать маски, очки и экраны.**
- **Использовать маски при обработке уже использованной одежды и инструментов.**
- **Осторожно обращаться с острым медицинским инструментарием.**
- **Микротравмы на руках закрывать лейкопластырем, напальчником.**
- **Использовать для сбора, хранения и утилизации инструментария специальную тару компании КМ-Проект (контейнеры для разных классов медицинских отходов).**

шение медицинской маски стало обязательным для всех медицинских работников. По сей день маски служат необходимым условием защиты для предотвращения воздушно-капельного переноса микроорганизмов.

Во все времена медицинские работники подвергались опасности заражения, поэтому всегда были обязаны соблюдать меры предосторожности, находясь на «службе». Только с течением времени и развитием технологий следить за своим здоровьем стало значительно проще, поскольку стали появляться новые средства защиты.

Например, чтобы избежать инфицирования персонала такими распространёнными инфекциями, как туберкулёз, гепатиты В и С, ВИЧ, прежде всего, применяются современные дезинфицирующие средства. И в современных условиях существует надёжный барьер на пути контактно-бытового способа передачи инфекционных заболеваний – ёмкости-контейнеры из поликарбоната. Эти приспособления стали незаменимыми помощниками, облегчающими

Продукция компании КМ-Проект



1. Сбор

Одноразовые емкости КМ-Проект представлены в широком ассортименте.

2. Транспортировка

Тележки КМ-Проект созданы для безопасного перемещения отходов.

3. Обезвреживание отходов

Автономная установка MEDISOTA предназначена для обезвреживания отходов класса Б, В.

4. Временное хранение

Внутрикорпусный контейнер оснащен педальным механизмом и замком по желанию клиента

5. Вывоз обезвреженных отходов



нелёгкий труд и берегающими здоровье медицинского персонала.

Данные приспособления стали применять с 1998 года, когда появился первый санитарный норматив «Временные рекомендации по правилам обращения с отходами здравоохранения». Основной задачей производителей контейнеров стало обеспечение безопасности медицинского персонала при обращении с отходами классов А, Б, В, Г и Д.

Изначально выпускали порядка 5–6 видов контейнеров для сбора и хранения особого мусора, но с течением времени производители стали работать над пожеланиями сотрудников ЛПУ и выпускать более комфортные, качественные и надёжные тары.

На сегодняшний день на рынке представлены одноразовые и многоразовые контейнеры для утилизации медицинских отходов. Они подходят для сбора отработанного инструментария – всех типов шприцов, браунюль, игл, инфузионных канюль, ланцетов, наконечников скальпелей, капилляров, многоканальных пипеток, а также для органических отходов.

Например, компания «КМ-проект» в ходе работы с клиентами и их пожеланиями разработала специальный цикл безопасного обращения с отходами, состоящий из пяти этапов: сбора, маркировки и герметизации в местах образования; транспортировки; временного хранения; транспортировки до места расположения обеззараживающего оборудования или до места хранения отходов на межкорпусной площадке и обеззараживания отходов. Такой цикл не только упрощает

работу, но и сокращает степень травматизма работы сотрудников.

Отсюда следует, что в ЛПУ необходимо постоянно совершенствовать профилактику внутрибольничного инфицирования медицинских работников за счет рациональной организации труда, включая и рациональную организацию рабочего места, разработку и внедрение алгоритмов парентеральных вмешательств и применения средств индивидуальной защиты на рабочем месте.

В октябре 2016 года в Москве был проведён семинар на тему: «Медицинские отходы ЛПУ. Актуальные и дискуссионные вопросы»*. В ходе семинара специалисты ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» и компании «КМ-Проект» рассмотрели актуальные вопросы, касающиеся безопасности труда персонала, а также защиты населения от необеззараженных отходов. Эксперты затронули тему классификации отходов, рассмотрели правила и способы хранения, презентовали современную продукцию по безопасной утилизации медицинского сырья. Данное мероприятие получило большой отклик – семинар посетили 123 представителя медицинских учреждений. В связи с повышенным интересом аудитории специалисты компании «КМ-Проект» стали регулярно проводить подобные мероприятия во всех городах РФ. Все, кто хочет принять участие в семинарах, могут оставить заявку в письменной форме e-mail: market@dez.ru. Обучение – бесплатное!

www.dez.ru

* Данное мероприятие получило большой отклик – семинар посетили 123 представителя медицинских учреждений



Семинар «Медицинские отходы ЛПУ. Актуальные и дискуссионные вопросы».



Помощник врача-эпидемиолога ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Юмцунова Наталья Александровна – эксперт семинара.

Способы немедикаментозного снижения уровня психоэмоциональных расстройств у пациентов наркологического стационара



■ **Чаркова Оксана Геннадьевна**
Старшая медицинская сестра
амбулаторно-поликлинической службы
БУЗОО «Наркологический диспансер»

Изменение личности в период заболевания, нестабильность психоэмоционального состояния усугубляют течение заболевания, отрицательно влияют на все сферы жизнедеятельности пациента. В результате проведенного исследования установлено, что уровень психоэмоциональных расстройств у пациентов наркологического стационара можно снизить путем применения в работе способов дополнительного немедикаментозного воздействия. Это стало возможным благодаря использованию программы, способствующей снижению психоэмоциональных расстройств у пациентов в период пребывания в наркологическом стационаре. Программа позволила создать в отделении благоприятную больничную среду, что положительно сказалось на психоэмоциональном состоянии пациентов.

Актуальность. В процессе формирования алкогольной зависимости у пациентов происходит тяжелая дефор-

мация психоэмоциональной сферы, что отрицательно влияет на уровень качества жизни [3]. В этой связи представляется актуальной попытка реализации дополнительных сестринских вмешательств, направленных на снижение уровня психоэмоциональных расстройств.

Цель исследования – оценить эффективность сестринской помощи с использованием психотерапии средой в уменьшении выраженности психоэмоциональных расстройств пациентов наркологического стационара.

Практическая значимость – посредством изменения форм сестринской помощи и создания благоприятной среды в отделении удалось достигнуть клинически значимого снижения уровня тревожности у пациентов наркологического стационара.

Методы исследования: тестирование (госпитальная шкала тревоги и депрессии (A.S. Zigmond, R.P. Snaithe); методика «Определение уровня тревожности» (Ч.Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханин); диагностика личностной агрессивности (Е.П. Ильин, П.А. Ковалев); SF-36 (The Short Form-36) [8]. Оценка параметров проводилась в начале терапии, на 7, 14, и 21 день стационарной помощи.

Одним из важнейших методов лечения наркологических заболеваний является **психотерапия**. Психотерапия – это комплекс лечебных воздействий на психику и через психику. Психотерапевтические методы – это специальные приемы воздействия на сознание человека с целью оказания ему помощи в разрешении его психологических проблем. Рассмотрим некоторые из психотерапевтических методов:

Терапия средой – под средой имеют в виду все, что окружает пациента в стационаре (вещи, люди, процессы, события). **Терапия занятостью** – это преимущественно проявление различных индивидуальных интересов, т. е. занятия типа хобби. **Арт-терапия** – метод, который дословно можно перевести как «лечение искусством». Применительно к нашей публикации под арт-терапией следует понимать такие ее виды, как рисование, живопись, графика, лепка оригами, библиотерапия, музыкотерапия, цветотерапия, игротерапия [9] и т. д.

Учитывая тот факт, что полный комплекс мероприятий по вышеперечисленным методикам может осуществить только специалист с соответствующей квалификацией, мы использовали отдельные элементы данных



психотерапевтических методик, такие как: просмотр видеоматериалов, прослушивание музыкальных произведений, рисование, оригами, чтение, настольные игры.

Материалы и методы исследования.

В ходе исследования были сформированы две группы: группа сравнения и основная группа по 15 человек каждая, все женщины, в возрасте 30–50 лет, со 2 стадией хронического алкоголизма на 7 день нахождения в стационаре на восстановительном лечении с одинаковой медикаментозной терапией.

В отделении существует определенный распорядок дня, который предусматривает распределение лечебно-диагностических и иных мероприятий в течение дня. В группе сравнения пациенты получали наркологическую помощь в полном объеме, соблюдая уже имеющийся распорядок дня, в основной группе в уже имеющийся распорядок дня были включены элементы малой психотерапии:

- музыкальное сопровождение приемов пищи и выполнения манипуляций, направленное на формирование положительных эмоций;
- рисование самостоятельно, по заданной тематике, направленное на усвоение прослушанного материала профилактической беседы;
- чтение, рисование, оригами, настольные игры, просмотр фильмов, сказок, способствует организации свободного времени пациентов, в котором происходит переключение внимания и создание позитивного настроения.



Рис. 1. Показатели госпитальной шкалы тревоги и депрессии (A.S. Zigmond, R.P. Snaith)

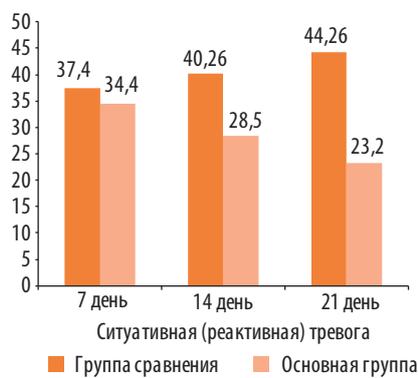


Рис. 2. Показатели уровня тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханин

На основании опыта работы медицинских сестер отделения в период проведения экспериментальной части исследования была разработана программа оказания сестринской помощи, которая должна способствовать снижению уровня психоэмоциональных расстройств у пациентов в период пребывания в стационаре (Приложение 1).

Достигнутый результат: уменьшились факторы, приводящие к чрезмерному психоэмоциональному напряжению и тревожности. Сформировалось

адекватное конструктивное поведение. Внутри отделения созданы доброжелательная атмосфера и благоприятные условия для оказания квалифицированной и качественной наркологической помощи.

В результате применения данной программы получены следующие результаты.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (A.S. Zigmond, R.P. Snaith) (рис. 1).

Вывод: показатели по шкалам госпитальной шкалы тревоги и шкалы депрессии на 7 день нахождения в стационаре

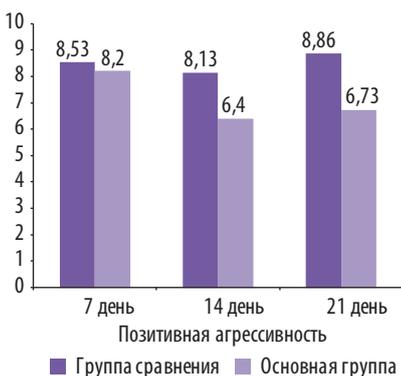


Рис. 3. Показатели личной агрессивности (Е.П. Ильин, П.А. Ковалев) по подшкалам

онаре в обеих группах указывают на клинически выраженные уровни. В группе сравнения данный показатель остается высоким на протяжении всей госпитализации, а в основной группе показатель снижается до субклинически выраженной депрессии и тревоги.

Определение уровня тревожности по методике (Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина) (рис. 2).

Вывод: показатели личностной тревоги преобладают над показателями ситуативной (реактивной) тревоги. Показатели в обеих группах на 7 день нахождения в стационаре по шкале ситуативная (реактивная) тревога характеризуются как умеренная тревожность, а показатели по шкале личностная тревога характеризуются как высокая тревожность. Данная ситуация меняется с 14 по 21 день, показатели в группе сравнения растут, показатели же в основной группе наоборот падают.

Диагностика личностной агрессивности Е.П. Ильин, П.А. Ковалев представлена показателями по 8 шкалам: наступательность, неуступчивость, нетерпимость к мнению других, мстительность, компромиссность, вспыльчивость, обидчивость, подозрительность. Эти показатели складываются в три подшкалы: показатель позитивной агрессивности, складывается из шкал «наступательность (напористость)», «неуступчивость»; показатель негативной агрессивности, складывается из шкал «нетерпимость к мнению других», «мстительность»; показатель конфликтности складывается из шкал «компромиссность», «вспыльчивость», «обидчивость», «подозрительность». При рассмотрении подшкал данной методики был получен следующий результат (рис. 3).

Вывод: показатели позитивной агрессивности и конфликтности с 7 по 21 день лечения в группе сравнения имеют тенденцию к росту, а показатели основной группы имеют тенденцию к уменьшению. Показатели негативной агрессивности сокращаются в обеих группах.

Показатели опросника SF-36 (The Short Form-36) (рис. 4).

Вывод: из полученных данных наблюдается положительная динамика в основной группе и отрицательная в группе сравнения.

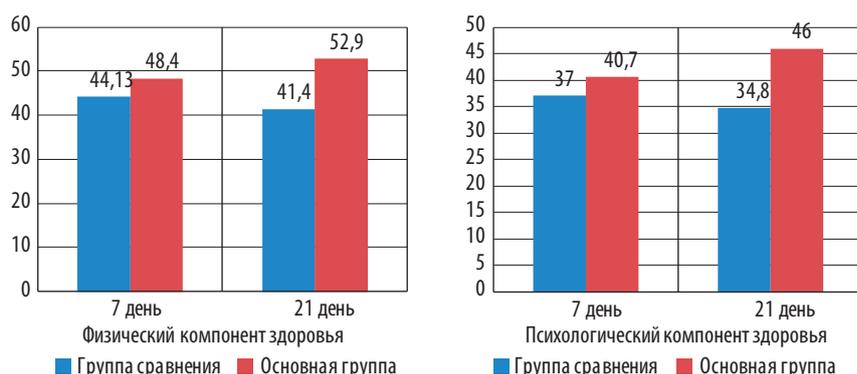


Рис. 4. Результаты опросника SF-36 (The Short Form-36)

Исходя из определения понятия психотерапии, можно сделать вывод, что действия, осуществляемые медицинскими сестрами в рамках медицинской организации, имеют психотерапевтическую природу. Использование элементов психотерапии с целью укрепления установки пациента на лечение и трезвость должно стать одним из обязательных пунктов должностной инструкции медицинских сестер наркологического диспансера. Проведение гигиенического воспитания и пропаганды здорового образа жизни, осуществление профессиональной деятельности в соответствии с Этическим кодексом медицинской сестры России – это должностные обязанности каждого медицинского работника, которые сами по себе имеют психотерапевтический эффект.

Эмпирически нельзя не признать эффективность применения психотерапевтических элементов при психоэмоциональных расстройствах. Проведенное нами исследование позволило обосновать исходные позиции и определить инструменты воздействия: терапия средой, терапия занятостью, арт-терапия, элементы, которые целесообразно применять на практике в работе медицинских сестер.

Объем и функции медицинской сестры любой медицинской организации многогранны и достаточно насыщены. Рабочий день медицинской сестры расписан по минутам, высокая нагрузка на персонал усугубляется такой проблемой, как дефицит кадров. Одной из задач, которую ставили перед собой авторы исследования, была разработка такой программы, которая бы позволила улучшить результаты лечения, не увеличивая нагрузку на ме-

дицинских сестер в течение смены. Представленная нами программа, включающая элементы психотерапии, хорошо совместилась с уже имеющимся распорядком дня и должностными обязанностями медицинской сестры. А её положительный эффект позволил пациентам отвлечься от своих тягостных мыслей и погрузиться в атмосферу внимания, понимания и заботы.

Первое наркологическое отделение, в рамках которого проходило данное исследование, это в первую очередь прекрасный коллектив, в котором, начиная от заведующей отделением и заканчивая младшим персоналом, работают квалифицированные специалисты с высоким уровнем профессионализма. Персоналу свойственны такие качества, как доброта, отзывчивость, умение сопереживать и прийти на помощь.

Выводы:

- проблема психоэмоциональных расстройств у наркологических пациентов в группе сравнения ярко выражена;
- использование методов малой психотерапии позволяет достигнуть выраженного снижения уровней тревожности и депрессии;
- предлагаемые авторами методы могут быть интегрированы в процесс оказания наркологической помощи с использованием разработанной программы;
- разработана программа сестринской помощи, способствующая снижению уровня психоэмоциональных расстройств у пациентов в период пребывания в наркологическом стационаре.

Программа для медицинских сестер, способствующая снижению уровня психоэмоциональных расстройств у пациентов в период пребывания в наркологическом стационаре

Данная программа направлена на снижение психоэмоциональных расстройств у пациентов в период пребывания в наркологическом стационаре, а так же на организацию досуга пациентов и как следствие на положительный настрой, на дальнейшее прохождение лечения по реабилитационным программам. На проводимых медицинскими сестрами мероприятиях пациенты получают качественную немедикаментозную помощь, с применением элементов малой психотерапии.

Основным предметом внимания программы являются:

- пациент и его психоэмоциональное состояние;
- взаимодействие – пациент + пациент;
- взаимодействие – пациент + персонал отделения;
- способы снижения психоэмоциональных расстройств;
- влияние среды и применяемых элементов психотерапии на психоэмоциональное состояние пациентов.

Формы и методы работы:

- групповая работа;
- элементы индивидуальной работы;
- наблюдение;
- демонстрация видеоматериала;
- проведение гигиенического воспитания и пропаганды ЗОЖ, с последующим перенесением прослушанного материала на рисунок;
- занятия оригами.

Критерии эффективности:

- снижение уровня психоэмоциональных расстройств;
- наличие навыков и умений снятия психоэмоционального напряжения у пациентов.

Цели программы:

- Повысить качество оказываемой сестринской помощи.
- Внедрить в работу стационарного отделения элементы психотерапии, применяемые в практической деятельности медицинскими сестрами в рамках своей профессиональной компетенции.
- Развитие коммуникативных навыков медицинской сестры.
- Формирование умения слушать, слышать и наблюдать за пациентом.
- Освоение элементов психотерапии, предложенных данной программой.
- Выработать навыки проявления бдительности, терпения, чуткости, вежливости, внимания к пациентам при любых сложившихся обстоятельствах.

Задачи программы:

1. Создать благоприятные условия для работы персонала в отделении.
2. Создать благоприятные условия для пациентов на весь период их пребывания в стационаре. При этом учитывать, как психологическую атмосферу отделения, так и эстетическое состояние отделения.
3. Создать условия для медицинских сестер, способствующие их профессиональному росту в данной сфере (проведение тренингов, семинаров, конференций, самообразование).
4. Организовать досуг пациентов, что позволит снизить их уровень психоэмоциональных расстройств.

Способы немедикаментозного воздействия (систематически проводимые)	Период времени	Количество
1. Музыкаотерапия.	8:00–8:30 11:00–11:30 13:00–14:00 17:30–18:00	2,5 часа
2. Видеоматериалы – изображения природы, животных, архитектуры, в сопровождении музыкальных произведений.	7:00–7:30 18:00–18:30 22:00–22:30	1,5 часа
3. Проведение гигиенического обучения и пропаганды ЗОЖ, после которого пациентам предлагается зафиксировать услышанное на бумаге в виде рисунка.	18:30–19:15	45 минут
4. Занятия по интересам: настольные игры (шашки, шахматы), арт-терапия (рисование, оригами).	19:15–20:00	45 минут
5. Обучение вновь поступивших пациентов технике оригами.	17:00–17:20	20 минут
6. Просмотр видеоматериалов (мультфильмы, сказки, фильмы с позитивным сюжетом и отсутствием сцен употребления психоактивных веществ и элементов насилия).	20:00–22:00	2 часа
Дополнительные способы немедикаментозного воздействия, по желанию пациента, в течении дня, в свободное от лечебно-диагностических мероприятий время: чтение, оригами, рисование.		

ЛИТЕРАТУРА

1. Голощапов И.В. Формирование согласия на лечение у больных с зависимостью от алкоголя: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010.
2. Дегтярева Е.А., Муханов О.А. Кафедра детских болезней № 3, РГМУ, Московский научно-практический центр спортивной медицины / Немедикаментозные методы лечения, альтернативная, народная, традиционная, биологическая, комплементарная медицина. – 2013 г. <http://medvuz.com/med1808/t5/20.php>.
3. Иванец Н.Н. Психиатрия и наркология: учебник / Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832 с.
4. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. /Динамика наркологических расстройств в Российской Федерации в 2000–2005 гг. / Материалы Соповещения главных наркологов органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, 11–15 сентября, Москва, 2006 г. – С. 33–45.
5. Материалы 11-й Всероссийской Общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции / МОП, под ред. А.И. Аппелянского, Ю.П. Бойко, В.Н. Краснова, В.И. Курпатовой, Ю.С. Шевченко. – МО, Щёлково: Издатель Мархотин П.Ю., 2013. – 304 с.
6. Осипова А.А. Общая психология, арт-терапия, общая психокоррекция, 2009 г.
7. Плавинский С.Л. Мероприятия по усилению приверженности терапии. – М., 2007. – 48 с.
8. Сборник психологических тестов. Часть III: Пособие / Сост. Е.Е. Миронова. – Мн.: Женский институт ЭНВИЛА, 2006.
9. Федорцов В.И. Психотерапия (Психотерапия, ее виды и методы). Webmaster – Vicont MF /Victor N. Sergeev/. – 2013 г.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МРТ-ИССЛЕДОВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С КЛАУСТРОФОБИЕЙ



■ **Шевкунова Лариса Геннадьевна,**
рентгенолаборант кабинета МРТ
Ленинградской областной
клинической больницы



■ **Оточкин Владимир Вячеславович,**
врач кабинета МРТ Ленинградской
областной клинической больницы,
ассистент кафедры лучевой
диагностики и лучевой терапии
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Пациенты с различными заболеваниями страдают не только физически, но и психологически, поэтому возникновение повышенной тревожности при нахождении в медицинских учреждениях вполне объяснимо. МРТ обладает наибольшей тканевой контрастностью среди других методов лучевой диагностики вследствие своих физических свойств и поэтому является незаменимым исследованием в онкологии, травматологии, неврологии, гинекологии и др. Особенностью устройства магнитно-резонансного томографа является наличие тоннеля, куда помещается пациент, и, соответственно, некоторые пациенты с боязнью замкнутого пространства тяжело переносят данное исследование. Клаустрофобия относится к невротическим расстройствам, в которых тревога вызывается определенными ситуациями или объектами. Тревога проявляется по интенсивно-

сти от легкого дискомфорта до ужаса и может длиться минуты или часы [1, 2, 3].

Цель исследования. Целью данной работы было изучить проявления клаустрофобии у пациентов, направленных на МРТ, и разработать алгоритмы обследования таких пациентов, позволяющие уменьшить их страдания во время нахождения в аппарате. Отсутствие четкого алгоритма действий рентгенолаборанта в работе с пациентами с клаустрофобией увеличивает время и количество невыполненных исследований. В отечественной и зарубежной литературе встречаются работы, посвященные данной проблеме. Во всех источниках подчеркивается необходимость индивидуального подхода к пациентам с клаустрофобией. В некоторых клиниках разрабатывают различные опросники и анкеты, позволяющие определить вероятность возникновения паники при прохождении МРТ в зависимости от количества набранных баллов [4, 5]. Одни авторы предлагают определенные методы коррекции клаустрофобии с преимущественным акцентом на профилактическую беседу перед исследованием [6], другие – гипнотическое воздействие [7].

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе кабинета МРТ ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница. МРТ-исследования выполнялись на аппаратах закрытого типа с напряженностью магнитного поля 1,5 Тесла с использованием различных радиочастотных катушек в зависимости от исследуемой области. Выполнено МРТ-исследование 2379 пациентам из 2388 обратившихся. Часть пациентов ($n = 93$; 4%) перед или во время исследования проявляли беспокойство, связанное с боязнью замкнутого пространства, различной степени выраженности. Среди таких пациентов встречались как женщины ($n = 68$; 73%), так и мужчины ($n = 25$; 27%), в возрасте от 18 до 79 лет (средний возраст 43,5 года). Среди исследуемых анатомических зон преобладали: головной мозг ($n = 29$; 32%), позвоночник ($n = 19$; 20%), малый таз ($n = 17$; 18%) и брюшная



полость ($n = 14$; 15%). Остальные зоны были малочисленными ($n = 14$; 15%) (рис. 1). Пациенты с клаустрофобией были разделены на две группы: впервые ($n = 71$; 76%) и повторно обследующиеся ($n = 22$; 24%). Соотношение анатомических областей у первичных пациентов с клаустрофобией практически соответствовало соотношению в общей группе.

Результаты и их обсуждение. В нашей работе анкетирование не проводилось, так как вопросы, поставленные в анкетах и связанные со страхами пациентов, могли усиливать проявления клаустрофобии. Опыт использования сигнальной груши, которая поставляется вместе с томографом во все учреждения, заставил нас отказаться от данного приспособления. Пациенты с клаустрофобией вместе с грушей получают дополнительный стимул для своего страха и обязательно используют ее. Звуковой сигнал, подающийся на динамик в пульту, мешает работать персоналу, оказывая неблагоприятное влияние на их нервную систему в течение длительного рабочего дня. В нашей работе наилучшие результаты достигнуты при оценке внешних признаков клаустрофобии перед исследованием с использованием профилактической беседы.

Впервые обследующиеся на МРТ пациенты ($n = 71$; 76%) оценивались визуально рентгенолаборантом с целью выявить внешние признаки клаустрофобии, которые наблюдались у 62 пациентов ($n = 62$; 87%) (табл. 1). Косвенными внешними признаками клаустрофобии были волнение, суетливость, гиперемия лица

и шеи, бегающий взгляд, тремор конечностей, много уточняющих вопросов.

Таблица 1

Распределение первично обследуемых пациентов в зависимости от выраженности признаков клаустрофобии

Внешние признаки клаустрофобии	n	%
Выраженные	48	68
Умеренные	14	19
Признаки отсутствовали	9	13
Всего	71	100

Часть первичных пациентов сразу сообщали о клаустрофобии (n = 18; 25%). Со всеми пациентами проводилась беседа, в ходе которой собирался анамнез и объяснялись особенности проведения МРТ-исследования. Важным моментом при общении рентгенолаборанта с такими пациентами являлось формирование доверительного отношения с демонстрацией внешних особенностей аппарата МРТ, создание комфортного положения во время исследования, объяснение необходимости данной диагностической процедуры для определения дальнейшей тактики лечения. Была отмечена нецелесообразность употребления слов: страх и клаустрофобия с заменой их на слова: комфортно, некомфортно. Необходимы стандартные вопросы и фразы, дающие положительный настрой и мотивацию. Пациентам с умеренными внешними проявлениями клаустрофобии было достаточно углубленной беседы (n = 14; 20%), при выраженных проявлениях использовали: датчики (n = 20; 28%); датчик и голосовое общение по громкой связи (n = 35; 49%); привлечение родственника во время исследования и голосовое общение (n = 2; 3%) (рис. 2). Датчики пульса (рис. 3) и дыхания использовали не для мониторинга состояния, а в качестве психологического воздействия – пациентам спокойнее, когда за ними наблюдают. Несколько пациентов были вывезены из аппарата по их требованию из-за возникшей тревоги и паники (n = 21; 30%). Проводилась повторная беседа, обязательно на стуле вне аппарата. Если с пациентами приходили родственники, они приглашались в помещение магнита и находились рядом с исследуемыми во время обследования, держали их за руку или за ногу. Использовались датчики и голосовое общение у тех, у кого это не было использовано ранее. Голосовое общение по гром-

кой связи осуществлялось рентгенолаборантом со своего рабочего места и действовало успокаивающе. При повторном помещении в магнит 9 пациентов (n = 9; 13%) категорически отказались обследоваться. В нашей работе встречались пациенты, обследовавшиеся повторно (n = 22; 24%) в связи с контролем проведенного лечения, которые сразу сообщали о клаустрофобии, но осознавали необходимость данного исследования. В этом случае использовались датчики пульса или дыхания (n = 22; 100%), предлагалась повязка на глаза (n = 9; 40%), два пациента пришли на исследование с родственниками (n = 2; 9%); со всеми пациентами проводилось голосовое общение по громкой связи с рабочего места. Все пациенты данной группы прошли исследование.

Рентгенолаборант при работе с такими пациентами непрерывно наблюдает за их положением в тоннеле и показаниями датчиков. При малейшем двигательном беспокойстве пациентов персонал возвращается к магниту или разговаривает с ними по громкой связи. По нашему опыту отмечено, что недостаточное освещение в помещении магнита негативно сказывается на обследовании пациентов с клаустрофобией. В нашем стационаре два аппарата, в помещении одного из которых освещение недостаточно интенсивное, и случаи невыполненных исследований там встречаются чаще.

В результате выбранных алгоритмов и примененных методов исследование было выполнено 84 пациентам с клаустрофобией из 93 (n = 84; 90%). После того, как исследование было выполнено, с пациентами проводилась беседа, в ходе которой давался положительный настрой на повторное посещение кабинета МРТ.

Существуют особенности проведения МРТ-исследований различных анатомических зон. Головной мозг и гипофиз обследуются с применением специального зеркала, вмонтированного в головную катушку и позволяющего видеть персонал, что успокаивает пациента. При исследовании коленных, голеностопных суставов верхняя половина туловища расположена вне аппарата, что сводит к минимуму приступы паники. При исследовании малого таза и тазобедренных суставов голова пациента находится по краю

тоннеля аппарата, что позволяет пациенту частично видеть потолок помещения. Брюшная полость, забрюшинное пространство и желчные протоки исследуются с применением датчика дыхания, и во время всего исследования пациенту даются голосовые команды для задержки дыхания, что создает для пациента эффект присутствия сотрудника рядом (рис. 4). При исследовании молочных желез пациентка лежит на животе и может видеть сотрудников.

Заключение. Пациенты с клаустрофобией требуют индивидуального подхода со стороны медицинского персонала, направленного на преодоление боязни замкнутого пространства и оптимизацию времени исследования. Правильный подход и соблюдение определенного алгоритма действий при работе с пациентами, страдающими клаустрофобией, позволили выполнить 99,6% исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Психиатрия / под ред. Н.Г. Незнанова и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 207–209. – (Серия «Клинические рекомендации»).
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие / Ю.А. Александровский. – М.: Медицина, 3-е издание, 2000. – С. 108–109.
3. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 531–534.
4. Booth Lisa. Screening for claustrophobia in MRI – a pilot study / Booth Lisa, Dr. PhD, BSc (hons) Bell Lois, BSc // European Scientific Journal. – June 2013 edition. – Vol. 9, P. 20–31.
5. Heather K. Mclsaac. Claustrophobia and the Magnetic Resonance Imaging Procedure / Heather K. Mclsaac, Dana S. Thordar son, Roz Shafran, S. Rachman and Gary Poole. // Journal of Behavioral Medicine. – 1998. – Vol. 21, No. 3, P. 255–267.
6. Фокина О.В. Магнитно-резонансная томография у пациентов, страдающих клаустрофобией // Журн. Медицинская сестра. – 2010. – № 7. – С. 27–29.
7. Luiz Guilherme Carneiro Velloso. Hypnosis for management of claustrophobia in magnetic resonance imaging / Luiz Guilherme Carneiro Velloso, Maria de Lourdes Duprat, Ricardo Martins, Luiz Scoppetta. // Colegio Brasileiro de Radiologia e Diagnostico por Imagem: Radiol Bras. – 2010 Jan/Fev; Vol.43(1), P. 19–22.



ЗАБОТА О СЕБЕ:

КАК СНИЗИТЬ ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА



■ **Мэри Эллен Шандс**

Регистрированная медицинская сестра, магистр, США

В продолжение публикаций для медицинских сестер онкологической службы в рамках международного проекта РАМС со специалистами Вашингтонского университета предлагаем вниманию читателей материал, посвященный профилактике эмоционального выгорания, или «усталости и стресса от сострадания», подготовленный магистром сестринского дела Мэри Эллен Шандс.

Усталость от сострадания – это «конечный результат прогрессирующего и кумулятивного процесса, который развивается в ре-

зультате длительного, непрерывного и интенсивного контакта с пациентами и воздействия стресса» (Coetzee & Klopper, 2010). Синдром усталости от сострадания является видом профессиональной вредности в сестринской практике в онкологии. Пренебрежение этой проблемой чревато тяжелыми последствиями для медицинских сестер; их физического, психического, эмоционального, духовного состояния и поведения (Aусock & Boyle, 2009). Такие неблагоприятные последствия могут в конечном итоге привести к тому, что медицинская сестра покинет онкологическую практику. Учитывая глобальную нехватку сестринских кадров, необходимо вести поиск способов, помогающих специалистам оставаться на работе.

Среди онкологических медицинских сестер не единожды проводились опросы на предмет того, что сыграло роль побудительного мотива для выбора профессии и специализации. Многие отвечали, что для них была важна «возможность помогать другим», «психологическая близость с пациентом и его родственниками», «вы-

полнение важной и нужной работы», «духовность и сострадание», «ценность построения взаимоотношений с людьми» (Medlund, Howard-Ruben & Whitaker, 2004). Все эти безусловно важные и глубоко личные причины выбора профессии и специализации на каком-то этапе могут стать источником стресса и причиной развития синдрома усталости от сострадания.

Ухаживая за пациентами с жизнеугрожающим заболеванием, медицинские сестры онкологических учреждений нередко сталкиваются с грустью, гневом, разочарованием и ощущением беспомощности своих подопечных. Медицинские сестры оценивают потребности пациентов и членов их семей, стараются помочь и поддержать и могут лично переживать те же чувства, что и пациенты, стремясь сделать для них как можно больше. Кроме того, работая в онкологии, специалистам не избежать чувства потери и горя, которые иногда могут становиться всепоглощающими.

Исследователи Wenzel, Shaha, Klimmek & Krumm (2011) проводили с онкологическими сестрами фокус-

КАК МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ ПОЗАБОТИТЬСЯ О СВОЕМ ЗДОРОВЬЕ

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ БОРЬБЫ СО СТРЕССОМ ВО ВРЕМЯ РАБОТЫ

- Попросите кого-либо из коллег отслеживать использование вами перерывов в работе.
- Во время своих перерывов покидайте свое отделение, найдите приятное тихое место в кафе или выйдите на улицу.
- Совершайте 5-минутные прогулки за пределы своего отделения во время перерыва.
- Сделайте упражнения на растяжку мышц, релаксацию или глубокое дыхание.
- Планируйте выполнение работы таким образом, чтобы использовать перерывы и вовремя уходить с работы.
- Найдите тихое укромное место на те случаи, когда вы не можете покинуть отделение, а пара минут спокойствия и тишины вам потребуются. Пусть в этом месте будет приятно. Организуйте для себя это пространство, например, чтобы там можно было включить спокойную умиротворяющую музыку.
- Сформулируйте значимое для себя определение своей работы, читайте его каждый день перед выходом на работу, держите в своем кармане или расположите на работе так, чтобы и другие сотрудники могли извлечь из него пользу.
- Носите в кармане или на одежде какой-нибудь символ, напоминающий вам о собственной силе.

Henry, B.J. (2014). Nursing burnout interventions: What is being done? Clinical Journal of Oncology Nursing, 18(2), 211–214.

СОЗДАНИЕ НА РАБОТЕ НОВЫХ ТРАДИЦИЙ И РИТУАЛОВ

- Разместите в удобном месте доску, где можно повесить записки с благодарностью от пациентов, памятные открытки.
- Предложите сотрудникам ежедневно проводить встречи для обсуждения трудных ситуаций с пациентами или смерти пациентов.
- Учредите ежемесячную награду для сотрудника отделения, чтобы человек знал, как он ценен для команды или для пациентов и их близких.

Fetter, K.L. (2012). We grieve too: One inpatient oncology unit's interventions for recognizing & combating compassion fatigue. Clinical Journal of Oncology Nursing, 16(6), 559–561.

ПРОВОДИТЕ ВРЕМЯ С ДРУГИМИ ЛЮДЬМИ

- Договоритесь о встрече с коллегой, когда вам потребуется поговорить о своих чувствах потери и грусти после смерти пациента, или когда с пациентом возникает сложная ситуация.
- Попросите о том, что вам требуется для выполнения работы, будь то помощь от более опытной медсестры, которую вы цените, или просто помощь в конкретной ситуации с пациентом или с выполнением определенной задачи.

Potter, P., Deshields, T., Berger, J.A., Clarke, M., Olsen, S., & Chen, L. (2013). Evaluation of a compassion fatigue resiliency program for oncology nurses. Oncology Nursing Forum, 40(2), 180–187.

СТРАТЕГИИ УПРАВЛЕНИЯ СТРЕССОМ ВНЕ РАБОТЫ

- Возьмите за привычку ежедневные упражнения, например, совершайте 20-минутную прогулку 3–4 раза в неделю; найдите кого-то, кто будет гулять с вами, кто поможет соблюдать новый образ жизни.
- Определите, кто из ваших друзей надежен, кто умеет слушать, с кем можно обсудить сложности, с которыми вы столкнулись за неделю.
- Выделите 3–4 часа, чтобы побыть на природе.
- Выделите 15–30 минут, чтобы почитать книгу.
- Дайте себе 1–2 часа, чтобы посмотреть фильм.
- Уделите время, чтобы написать пару абзацев о чем-то красивом.
- В свой выходной поспите на час дольше, чем обычно.
- Пригласите в выходной на чашку кофе кого-то из друзей, из тех, кто любит шутить и сможет насмешить вас.
- Включите любимую музыку, спойте или потанцуйте в течение 15 минут.
- Понаблюдайте за рассветом или закатом.
- Попросите, чтобы кто-то из близких или друзей сделал вам массаж в течение 20 минут.
- Сыграйте в игру с друзьями или близкими.
- Разработайте ландшафт для своего сада.
- Проводите, работая в саду, не менее часа в неделю.
- Испеките хлеб для семьи или друзей.
- Если вам грустно, найдите укромное местечко и хорошенько поплачьте.
- Проведите уборку в шкафу или ящике.
- Раз в месяц запланируйте встречу с друзьями или с коллегами по работе для веселого времяпрепровождения.
- Поставьте рядом с кроватью вазу с красивыми цветами так, чтобы радоваться им каждый день.
- Уделяйте себе ежедневно 10–20 минут. Подумайте о том, чтобы:
 - послушать тихую, расслабляющую музыку;
 - записать свои мысли и чувства за прошедший день;
 - заняться шитьем, вязанием, вышивкой;
 - принять теплую ванну с пеной;
 - заняться дыхательной гимнастикой, релаксацией;
 - заняться творчеством – рисованием, созданием коллажа, лепкой из глины;
 - заняться растяжкой, простыми упражнениями из йоги;
 - зажечь свечи для размышлений и настроения.

группы, чтобы выявить ситуации, в которых возникают чувства горя и потери. Медицинские сестры высказывались о нехватке поддержки, когда они сталкивались с особо тяжелыми ситуациями в уходе за пациентами. К числу тяжелых ситуаций медицинские сестры отнесли случаи, когда состояние пациентов ухудшалось стремительно, либо это ухудшение было внезапным. Специалисты также высказывались о том, что у них не хватало времени, чтобы пережить ощущение потери и утраты, находясь в постоянном цейтноте и решая многочисленные проблемы других пациентов. Медицинские сестры часто испытывают разочарование, когда у пациентов, с которыми завязались дружеские отношения, возникает рецидив заболевания. Особенно сложными были периоды непрерывных попыток сохранения жизни пациенту, находящемуся на пороге смерти. У медицинских сестер возникало чувство внутреннего конфликта и неудовлетворенности своей работой. При этом у специалистов нет возможности сделать перерыв, отойти от своего отделения, «разрядиться». Общение с коллегами и врачами иногда принимает характер конфликта. А попытка общения и обсуждения эмоционально сложной ситуации вне больницы иногда может обернуться непониманием и еще большей досадой.

В результате непрерывного воздействия вышеупомянутых стрессоров, дистресс и эмоциональное истощение у онкологических сестер со временем нарастают. Кумулятивным эффектом дистресса становится синдром усталости от сострадания или эмоционального выгорания. А выгорание в свою очередь приводит к деперсонализации, результатом которой становится низкая оценка своих достижений (Maslach, Jackson & Leiter, 1996). Медицинские сестры, переживающие синдром усталости от сострадания, говорят о недостаточном качестве ухода, испытывают низкую удовлетворенность от работы и имеют более высокий риск не заметить дистресс у пациента (Aiken, Clarke, Sloane, Sochaliski, et al., 2002; Birkmeyer, Dimick & Birkmeyer, 2004). Эмоциональное перенапряжение медсестер ведет к снижению реакции на потребности пациента, может вести к нежелатель-

ным последствиям в плане их безопасности (Laschinger & Leiter, 2006).

Симптомы усталости от сострадания могут быть физическими, психологическими или эмоциональными, поведенческими и духовными. К физическим симптомам относятся бессонница, усталость, набор веса, жалобы на ЖКТ, гипертония, головные боли, мышечные боли, слабость, головокружение, учащенный пульс, частые или затяжные болезни и снижение устойчивости к инфекциям. Психологические или эмоциональные симптомы могут включать критическое отношение к окружающим, апатию, депрессию, тревожность, безнадежность, раздражительность, фрустрацию, трудности с концентрацией внимания и чувство изоляции, обезличивание пациентов, избегание трудных ситуаций в уходе за пациентами и чувство низких личных достижений. Поведенческие симптомы могут включать различные злоупотребления, опоздания и прогулы, медицинские ошибки, сарказм, цинизм, сокращение времени пребывания с пациентами, некачественную документацию и обезличенное общение. В духовном плане, когда медсестра сталкивается с синдромом усталости от сострадания, на поверхность могут выйти сомнения по поводу ценностей и убеждений, горечь или гнев к богу, мысли о необходимости кардинальных перемен в жизни – о разводе, о новой работе, переезде, смене круга общения (Radziewicz, 2001).

С учетом того, что синдром усталости от сострадания неискореним из жизни онкологических медицинских сестер, в сестринской специализированной литературе опубликовано немало работ, посвященных заботе о себе. В таблице, приведенной ниже, рассмотрены 6 недавно проведенных исследований по теме заботы о себе и преодолению усталости от сострадания. Приводятся в специализированной литературе и такие методики, достоверных исследований по которым не проводилось, однако они получили немалое число положительных откликов со стороны участников.

Так, по описанию исследователя Генри (2014), одной из эффективных методик стал семинар, проведенный с участием 40 онкологических меди-

цинских сестер и «ночь арт-терапии», где специалисты могли заниматься творчеством, изобразительным искусством, писали и рассказывали личные истории.

В заботе о себе могут помочь самые разные занятия – лечебная гимнастика, осознанная медитация, массаж, пение, танцы, смехотерапия, йога, прогулки.

Еще одно из описываемых мероприятий для борьбы с усталостью от сострадания было сфокусировано на тимбилдинге (укреплении команды). Здесь использовались разные методики для более глубокого понимания динамики развития коллектива, личных стилей поведения, стилей общения, сотрудники могли просто вместе приятно провести время, повеселиться.

В одном из учреждений для 150 сотрудников провели дневной выезд, во время которого были представлены презентации по темам благополучия и скорби, техникам релаксации, ведению личного дневника, творчеству, эффективной работе команды. Участникам программы рассказывали о техниках управления стрессом и стратегиях самопомощи. В другом крупном онкологическом учреждении для сохранения кадров применяется комплексная программа, подразумевающая наставничество, проведение общих собраний, обмен переживаниями и поддержкой в рамках специальных встреч в кругу коллег. Кроме того, в больничной церкви проводятся четырехчасовые встречи для медицинских сестер с чаепитием, общением, музыкой, высказыванием своих мыслей и чувств.

Разработка личного плана заботы о себе – первый шаг на пути управления стрессом. Ваш план может отражать ваши особенности – ведь средство, которое может помочь вам отвлечься от ежедневного профессионального стресса, сугубо индивидуально. Чтобы разработать план заботы о себе, предусмотрите следующее: 1. Определите, с какими факторами связан ваш профессиональный стресс; 2. Подумайте, что вы сами можете применить, чтобы снизить уровень профессионального стресса; 3. Разработайте последовательность действий для снижения стресса и реализуйте эти действия.

Дезактив-Гель

АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО

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

ОПИСАНИЕ

Готовый к применению гель в виде прозрачной вязкой жидкости.

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

СОСТАВ

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

НАЗНАЧЕНИЕ

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

Срок годности средства—3 года.



ПРИМЕНЕНИЕ

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

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

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

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

МИКРОБИОЛОГИЯ

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



готовое универсальное средство для быстрой дезинфекции рук, поверхностей и оборудования

«МЕДИЛИС®-АСЕПТ»

I ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ В КАЧЕСТВЕ БЫСТРОГО КОЖНОГО АНТИСЕПТИКА:

- гигиеническая обработка рук:
 - медицинского персонала
 - работников лабораторий, аптек и аптечных заведений
 - медицинских работников детских дошкольных и школьных учреждений, учреждений соцобеспечения, хосписов, санаторно-курортных учреждений, воинских и пенитенциарных учреждений
 - населением в быту, в том числе при инъекциях
- обработка рук хирургов и лиц, участвующих в проведении оперативных вмешательств в медицинских организациях
- обработка локтевых сгибов доноров на станциях переливания крови и в других учреждениях
- обработка операционного и инъекционного поля
- обеззараживание перчаток перед утилизацией



II ДЛЯ БЫСТРОГО ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ ПОВЕРХНОСТЕЙ:

- в помещениях, жесткой мебели, предметов обстановки, а также труднодоступных для обработки и требующих быстрого обеззараживания и высыхания поверхностей
- приборов, медицинского оборудования (в том числе поверхностей аппаратов искусственного дыхания, оборудования для анестезии и гемодиализа, стоматологического оборудования, оптических приборов, разрешенных производителем к обработке)
- оборудования и поверхностей в машинах скорой медицинской помощи и санитарном транспорте
- датчиков УЗИ; стетоскопов и фонендоскопов; стоматологических наконечников

ПРЕПАРАТ СООТВЕТСТВУЕТ ФЕДЕРАЛЬНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ВЫБОРУ ХИМИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ДЕЗИНФЕКЦИИ И СТЕРИЛИЗАЦИИ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

фасовка:

1 литр

250 мл

50 мл

+7(499)678-03-66

(многоканальный)

+7(495)315-16-65

+7(495)315-17-10

MEDILIS.RU