ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ
медицинских сестёр России

№ 5/34 2017

Лидерство и инновации – путь к новым достижениям. В Санкт-Петербурге состоялся всероссийский конгресс РАМС

стр. 32

Формирование культуры ЗОЖ для снижения негативных последствий гиподинамии у пожилых людей

стр. 13

Роль медицинской сестры в проекте «Ведение пациентов старших возрастных групп с множественными хроническими заболеваниями»

стр. 30

Оптимизация выполнения рентгенохирургической трансбронхиальной биопсии легкого

Westfield Medical

ГРУППА КОМПАНИЙ "ЛИЗОФОРМ" - ОФИЦИАЛЬНЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ WESTFIELD MEDICAL LIMITED, ВЕЛИКОБРИТАНИЯ.

ЛИЗОФОРМ
С 1900 года на мировом рынке дезинфекции и гигиены

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

УПАКОВОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ

ПРЕДОХРАНИТЕЛЬНЫЕ ИЗДЕЛИЯ

ЛИСТОВЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ

ЦВЕТОВАЯ КОДИРОВКА

БЕЗОПАСНАЯ МАРКИРОВКА

Группа компаний «Лизоформ»
Санкт-Петербург, тел.: (812) 347-71-15 (доб. 256), e-mail.: sales@lysoform.ru
Филиал в Москве: ООО «КлинДез»,тел.: (495) 741-54-42, 771-25-64, e-mail.: klindez@yandex.ru
www.lysoform.ru

Поздравляю вас с Новым годом, желаю профессиональных успехов, открытий, свершений в своей работе и любимой профессии!

Дорогие коллеги и читатели «Вестника».

Основным событием этого года для нас стал всероссийский конгресс, приуроченный к 25-летию Ассоциации, который был организован в Санкт-Петербурге 17–19 октября 2017 года. Участниками этого мероприятия стали более 750 специалистов из России, стран ближнего и дальнего зарубежья, Донецкой и Луганской Народных Республик, ученые, исследователи, руководители и представители практического здравоохранения.

К участникам мероприятия обратилась директор Департамента медицинского образования и кадровой политики Татьяна Владимировна Семенова. Накануне вступления выпускников СПО в аккредитацию именно этот вопрос стал самым главным в ходе состоявшейся дискуссии. Мы могли еще раз уточнить, в чем именно состоит позиция Минздрава, какую роль в аккредитации призваны сыграть лидеры сестринского дела и опытные специалисты. Уже сейчас Ассоциацией сформированы предложения по составу будущих аккредитационных комиссий, членами которых должны стать члены РАМС. Суть этого процесса в том, чтобы обеспечить независимую оценку знаний и практических навыков выпускников, стимулировать совершенствование профессионального образования и его трансформацию в соответствии с потребностями современного здравоохранения.

В ходе живой дискуссии участники задавали вопросы, делились мнениями, комментировали как предстоящие в России нововведения, так и опыт наших зарубежных коллег, в частности реформы, предпринятые Правительством Уэльса с целью повышения уровня кадрового обеспечения медицинских организаций сестринским персоналом. Эта реформа сегодня находится в центре внимания руководителей и исследователей, поскольку представляет первый опыт законодательного регулирования организации сестринской помощи в рамках бюджетной системы здравоохранения.

Реформа отражает взгляды на будущее устройство здравоохранения не только Уэльса, но всей Европы и всего мирового сообщества. Выступая перед аудиторией конгресса, Г.М. Перфильева, руководитель программы ВОЗ «Кадровые ресурсы здравоохранения», подробно остановилась на рекомендациях ООН, политике Глобальной ВОЗ и Рамочной основе для действий Европейского регионального бюро организации. Все документы, которые сегодня обсуждаются и принимаются экспертами, нацелены на повышение доступности помощи посредством инвестиций в профессиональные кадры здравоохранения.

Не только пленарное, но и все секционные заседания конгресса проходили на фоне высочайшего интереса, профессионализма, желания узнать новое и поделиться своим опытом. В этом и последующих выпусках «Вестника» мы будем делиться с огромной читательской аудиторией новаторским опытом специалистов, который получил самую высокую оценку участников конгресса.

А многие региональные организации уже успели за это время таким опытом поделиться, ведь одна за другой в российских регионах прошли конференции по итогам конгресса РАМС, в подготовку которых вносили лепту члены специализированных секций, непосредственные участники всероссийского мероприятия.

Вслед за юбилейным конгрессом РАМС в Санкт-Петербурге состоялся симпозиум для медицинских сестер фтизиатрической службы, организованный на площадке VI Национального конгресса фтизиатров. Туберкулез и ВИЧ, стационарный и амбулаторный этапы лечения ТБ у детей и взрослых, лабораторная диагностика ТБ и инфекционный контроль – такими стали основные разделы научной программы. А своеобразным подарком участникам события стал инструмент профилактики побочных эффектов при лечении пациентов с МЛУ-ТБ, разработанный экспертами Международного совета медсестер. Особую гордость вызывает тот факт, что именно медицинские сестры – члены РАМС, активные участники международного проекта по фтизиатрии, внесли основной вклад в создание этого документа.

Далее последовала череда мероприятий, организованных РАМС совместно с врачебными ассоциациями. Так, внимание специалистов привлек сестринский симпозиум, организованный в рамках II Пленума Правления Ассоциации акушерских анестезиологов. Были достигнуты договоренности о проведении профильных мероприятий в регионах России, совместная работа над профессиональным стандартом «Медицинская сестра – анестезист». Совместно с Ассоциацией профессиональных участников хосписной помощи прошла сестринская конференция, где мы также обсудили текущее состояние, задачи на будущее, возможные изменения роли медицинской сестры и ее полномочий при оказании паллиативной помощи. С одной стороны, специалисты согласны с тем, что медицинская сестра выполняет основной объем работы, с другой, – пока не решаются на повышение ее автономии. В этом направлении нам еще предстоит большая и ответственная работа.

Делегаты РАМС присутствовали и на конгрессе Национальной медицинской палаты, уделив наибольшее внимание вопросам организации и проведения первичной аккредитации выпускников медицинских вузов. Формируя повестку дня РАМС по этому направлению, мы ориентируемся на лучший опыт регионов и врачебных ассоциаций, с тем чтобы сестринская аккредитация прошла максимально эффективно.

Уверена, что Ассоциация медицинских сестер России успешно справится с возложенными на нее задачами, а в ваши коллективы в результате аккредитации в 2018 году вольются отлично подготовленные и грамотные специалисты. Поздравляю вас с Новым годом, желаю профессиональных успехов, открытий, свершений в своей работе и любимой профессии!

На обложке: О.А. Бучко, руководитель секции РАМС «Сестринские исследования», и участники постерной сессии Всероссийского конгресса РАМС «Лидерство и инновации – путь к новым достижениям».

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ	
Инновационные технологии развития первичного сектора здравоохранения	стр. 3
В условиях военного времени. Опыт организации младших специалистов с медицинским образованием в Донецкой Народной Республике	стр. 15
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ	
Лидерство и инновации – путь к новым достижениям. Итоги всероссийского конгресса РАМС	стр. 18
МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО	
Новые аспекты работы медицинских сестер фтизиатрической службы	стр. 23
Ускорение на пути к ликвидации. Медицинские сестры из России побывали на международном конгрессе	стр. 26
ИННОВАЦИОННАЯ ПРАКТИКА	
Актуальные аспекты лечения и ухода за пациентами со стерномедиастинитом	стр. 6
Как изменится профессия медсестры в будущем?	стр. 10
Роль медицинской сестры в проекте «Ведение пациентов старших возрастных групп с множественными хроническими заболеваниями»	стр. 13
Формирование культуры ЗОЖ для снижения негативных последствий гиподинамии у пожилых людей	Стр. 32
Роль медицинской сестры в реализации комплексной программы реабилитации пожилых пациентов	Стр. 37
ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА	
Особенности организации работы медицинской сестры при проведении трансплантации лёгких	стр. 27
Оптимизация выполнения рентгенохирургической трансбронхиальной биопсии лёгкого	стр. 30
ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ	
Эффективная система профилактики ИСМП на территории операционного блока – миф или реальность?	стр. 37
ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ	
Безопасная больничная среда для персонала и пациентов	стр. 34

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 28.09.2017. Типографии «АКЦЕНТ». Санкт-Петербург, Б. Сампсониевский пр., д. 60, лит. И. Заказ № 2068-17. 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»

Инновационные технологии развития первичного здравоохранения

Иванова Зоя Константиновна
Исполнительный директор АРОО «Объединение медицинских работников Архангельской области»

28 сентября в Архангельской областной клинической больнице состоялась областная научно-практическая конференция «Инновационные технологии развития первичного здравоохранения. Организация работы ФАПов». С приветственным словом к собравшимся обратились А.С. Горский, заместитель главного врача по организационно-методической и профилактической работе ГБУЗ АО «АОКБ», Е.Ю. Халмрадова, представитель Министерства здравоохранения Архангельской области и Е.С. Ипатова, президент АРОО «ОМРАО».

С первым докладом о реализации проекта «Бережливая поликлиника» в медицинских организациях Архангельской области выступил К.В. Барышков, главный врач ГАУЗ АО «АККВД» и председатель РОО «Ассоциация организаторов здравоохранения Архангельской области». Проект призван оптимизировать работу регистратуры, медработников и лабораторий, избавить пациентов от ненужных хождений по кабинетам. Для реализации проекта были созданы рабочие группы. В них эксперты определили конкретные проблемные места учреждений и в настоящее время вместе с персоналом клиник разрабатывают пути их решения.

О современных тенденциях в сфере обязательного медицинского страхования рассказала Н.Н. Ясько, директор ТФОМС АО. Наталья Николаевна представила приоритетные направления в деятельности страховой медицины, анализ тарифов за 2015–2017 гг., ознакомила с новыми услугами в рамках оказания амбулаторной МП за счет средств ОМС, введенными с января 2017 года.

Н.А. Воробьева, профессор, д-р мед. наук, заведующая кафедрой клинической фармакологии и фармакотерапии СГМУ, директор Северного филиала ГНЦ МЗ РФ, заведующая лабораторией гемостаза и атеротромбоза ГБУЗ АО «ПГКБ им. Е.Е. Волосевич» выступила с интересным докладом о системе централизованного мониторинга антикоагуляционной терапии в Архангельской области. При участии сотрудников лаборатории гемостаза и атеротромбоза создана и внедрена в практическую деятельность 23 медицинских учреждений Архангельской области научно-техническая продукция проекта – IT-структура системы централизованного мониторинга показателя МНО. Эти учреждения здравоохранения оснащены профессиональными портативными коагулометрами CoaguChekXSPlus, объединенными на основе веб-сервера лаборатории гемостаза и атеротромбоза ГБУЗ Архангельской области «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич».

На основе программы IT 1000 все антикоагулянтные кабинеты Архангельской области объединены в единую базу (регистр) пациентов, что позволяет сформировать единый регистр пациентов и осложнений на фоне данного вида антикоагулянтной терапии. В этом направлении активно работает и Школа варфаринотерапии и атеротромбоза на бесплатной для пациента основе – первая школа в России, созданная еще в 2007 году.

В продолжение доклада Надежды Александровны выступил Мохамед Джамал, врач-кардиолог ГБУЗ АО «Няндомская ЦРБ». На примере Школы варфаринотерапии и атеротромбоза он рассказал об антикоагуляционной терапии, которая проводится в центральной районной больнице и полученных результатах работы. В учреждении создан антикоагуляционный кабинет, который вошел в IT-структуру системы централизованного мониторинга показателя МНО, и организована Школа варфаринотерапии и атеротромбоза. Школу посещают пациенты, которым планируется назначение препарата варфарина и уже получающие его. На занятиях обсуждаются различные вопросы: как принимать варфарин, как контролировать свое лечение, как заботиться о своей безопасности и другие.

Занятия в Школе проводятся в интерактивном режиме с демонстрацией иллюстрированных материалов. Помимо пациентов школу могут посещать их родственники, которые также нуждаются в информации о течении заболевания. Задавая вопросы во время

занятий, пациенты и их родственники всегда получают исчерпывающие компетентные ответы специалистов.

С особенностями профилактического консультирования пациентов Центра здоровья ознакомила Н.А. Червина, заведующая Центром здоровья ГБУЗ АО «АГКП № 2». Наталья Алексеевна поделилась методами работы, которые применяются в Центре. Так, специалисты Центра проводят комплексные профилактические медицинские обследования населения с целью раннего выявления факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и принятия мер минимизации их воздействия. Одним из методов, применяемых в Центре, является метод углубленного индивидуального профилактического консультирования.

Организация оказания первичной медико-санитарной помощи в отдаленных сельских территориях дело не простое. О своем опыте работы на фельдшерско-акушерском пункте рассказала Е.Н. Останкович, фельдшер, заведующая ФАП д. Кушкопала ГБУЗ АО «Карпогорская ЦРБ». На вверенном ей участке проживает более 600 человек. Заведующая ФАП возглавляет работу по организации и планированию лечебно-профилактической помощи; несет ответственность за оказание своевременной медицинской (доврачебной) помощи при различных острых заболеваниях и несчастных случаях, занимается санитарно-просветительной работой, том числе и в образовательных учреждениях. Екатерина Николаевна большое внимание уделяет вопросам иммунопрофилактики и диспансеризации. Охват диспансеризацией населения на данный момент составляет 100%.

С 1 июля 2016 года в системе обязательного медицинского страхования произошли изменения в работе с застрахованными лицами – стартовал проект института страховых представителей. Что это такое, кто такие страховые представители, как они будут работать и как это новшество повлияет на систему медицинского обслуживания населения, рассказала Л.Ю. Бутурина, начальник отдела защиты прав застрахованных лиц и медико- экспертной работы ТФОМС АО.

С докладом о технологии профилактики неинфекционных заболеваний в повседневной практике медицинских работников выступила Т.М. Тарутина, заведующая отделом организационно-методического обеспечения профилактической работы ГБУЗ АО «АЦМП». В рамках оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни осуществляются фельдшерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием. О том, что мы можем сделать и какие имеем для этого возможности, рассказала Татьяна Михайловна. С целью информирования населения сотрудники широко используют

наглядную информацию: оформление информационных стендов, стен кабинетов, коридоров, подразделений, классов; прокат видеороликов. Используют все возможности интернет-технологий (сайт – специальные рубрики), социальные сети, блоги, скайп консультирование, телефон горячей линии и т. д.).

Привлекают волонтеров к распространению листовок, буклетов, плакатов в общественных местах. Активно взаимодействуют со СМИ (пресс-конференции, размещение публикаций, интервью специалистов, инфоповоды, репортажи).

Сотрудники Центра медицинской профилактики совместно с медицинскими организациями проводят массовые мероприятия, в том числе приуроченные к всемирным дням здоровья: «День здоровья», «Стоп, наркотик!», «День трезвости», «День отказа от табака», «День семьи», «Здоровый садовод» и другие. Специалисты проводят массовые профилактические мероприятия среди населения, выходят в организации, проводят занятия и читают лекции, работают со школьниками.

В 2016 году сотрудниками поликлиники ГБУЗ АО «АГКБ № 4» проведено мероприятие «Агит-автобус», который проехал по всем учебным заведениям Исакогорского округа города Архангельска. Ученики всех школ округа приняли участие в фотовыставке «Живи ярко». В каждой школе прошли интересные беседы и занятия, сопровождающиеся веселыми играми и оздоровительной гимнастикой.

Опытом распространения информации среди пользователей сети Интернет в целях санитарного просвещения, пропаганды здорового образа жизни и повышения активности прикрепленного населения в посещении поликлиники с профилактической целью поделилась Е.В. Зайцева, канд. мед. наук, специалист по связям с общественностью ГБУЗ АО «СГБ № 2 СМП». На портале регионального информационного агентства «Беломорканал» была создана медицинская страничка «Здоровье». В этой рубрике для читателей доступны консультации врачей на актуальные темы, видео уроки школ здоровья, памятки по профилактике и своевременной диагностике, новости медицины и ЗОЖ акции. Также читатели могут задавать свои вопросы врачам.

Об особенностях работы фельдшера доврачебного кабинета на примере городской поликлиники доложила А.С. Овчинникова, фельдшер доврачебного кабинета ГБУЗ АО «АГКБ № 4». Задачами кабинета доврачебной помощи являются в первую очередь решение вопроса о срочности направления пациента к врачу; направление на лабораторно-диагностические исследования; измерение АД, ВГД, антропометрия, температуры тела, снятие ЭКГ; оформление выписки из амбулаторной карты; профилактические ме-

дицинские осмотры; вакцинопрофилактика; обслуживание пациентов на дому. В 2016 году кабинет посетило более 8 тысяч пациентов, из них 31 % с профилактической целью.

С новыми технологиями в процедуре освидетельствования на степень опьянения и с внесенными изменениями в нормативные документы ознакомил участников В.В. Никуличев, заместитель главного врача по наркологии, главный внештатный специалист, психиатр-нарколог МЗ АО. В министерстве здравоохранения АО принята дорожная карта на 2017–2020 гг. по развитию взаимодействия наркологической службы и службы медицинской профилактики.

О новой концепции – скрининге на употребление алкоголя и профилактическом консультировании на этапе первичной медико-санитарной помощи рассказала А.Н. Буланова, специалист ГБУЗ АО «АЦМП». Скрининг проблемного потребления алкоголя и профилактическое консультирование (СПК) – это адаптация модели SBIRT для нашей страны.

Новая модель, определяя проблему вредного употребления алкоголя, признает полный спектр различий питьевого поведения, полный спектр проблем и предоставляет полный спектр вмешательств в связи с употреблением алкоголя. Существует два уровня скрининга. Это универсальный скрининг, который предназначен для всех взрослых пациентов. Он позволяет исключить пациентов с низким риском или отсутствием риска и выполняется на первичном лечебном или профилактическом приеме. И здесь важную роль играет фельдшер или участковая медицинская сестра, в том числе ФАПа и кабинетов доврачебного приема. За положительным результатом универсального скрининга следует полный скрининг – выявление пациентов, которые, скорее всего, нуждаются в направлении для дальнейшего уточнения диагноза или лечения.

С докладом о результатах работы медико-генетической консультации выступила А.Б. Красова, старшая медицинская сестра медико-генетической консультации ГБУЗ АО «АОДКБ им. П.Г. Выжлецова». В России проводится скрининг на 5 наследственных заболеваний. Для этих заболеваний разработаны простые и достоверные методы диагностики и эффективные средства лечения, что позволяет обеспечить раннее выявление, своевременное лечение, остановить развитие тяжёлых проявлений. Скрининг новорожденных важен, потому что большинство тестируемых заболеваний никак не проявляются при рождении и даже в течение первых месяцев жизни. Ребёнок выглядит здоровым, хотя имеет наследственный дефект. Но со временем появляются необратимые симптомы болезни, такие как умственная отсталость, нарушение роста и развития, поражение лёгких, сердца, слепота и даже смерть. Раннее обнаружение заболевания и немедленное лечение на доклинической стадии болезни даст возможность предотвратить развитие заболевания или, по крайней мере, избежать многих серьёзных осложнений.

Маргарита Николаевна Агафонова, участковая медицинская сестра ГБУЗ АО «АГКБ № 4» доложила о принципах амбулаторной помощи, реабилитации и долгосрочного ухода за пациентами пожилого возраста. Одним из принципов является активное выявление и взятие на учет лиц пожилого возраста, проживающих на территории терапевтического участка. Медицинская сестра совместно с социальным работником участвует в разработке программ оказания социально-бытовой помощи одиноким пациентам пожилого возраста на дому.

Проводит обучение пожилых пациентов со сниженной способностью к самообслуживанию элементам самопомощи, в том числе и обучение родственников пожилых пациентов навыкам ухода за ними и пользованию приспособлениями, облегчающими самообслуживание и передвижение. К принципам долгосрочного ухода относится патронаж и оказание сестринской помощи на дому, налаживание контакта с учреждениями и общественными организациями, оказывающими помощь и поддержку нетрудоспособным лицам старшего возраста, в первую очередь – с органами социальной защиты, советами самоуправления, организациями ветеранов, волонтерскими центрами. Конечно же, работа с пожилыми пациентами – это важная часть деятельности медицинской сестры участкового приема и требует от нее выдержки, терпения, тактичности и активной гражданской позиции.

С докладом о санитарно-просветительной программе для населения, направленной на снижение заболеваемости ИППП, выступила Е.И. Полякова, заведующая организационно-методическим отделом, врач-дерматовенеролог ГАУЗ АО «АККВД».

Всего было зарегистрировано более 180 медицинских специалистов лечебных учреждений Архангельска и области, а также студенты Архангельского медицинского колледжа и Северного государственного медицинского университета. Несмотря на достаточно продолжительное время конференции, все доклады были заслушаны с интересом и удовольствием, по окончании мероприятия все участники получили сертификаты.

Хочется отметить, что все доклады были представлены на высоком уровне и затрагивали различные сферы работы первичного здравоохранения. Выражаем благодарность всем выступающим и надеемся на продолжение сотрудничества.

29 сентября конференция продолжила свою работу мастер-классами на базах медицинских организаций г. Архангельска.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ СО СТЕРНОМЕДИАСТИНИТОМ

- **Гаранина О.П.**
  Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом
- **Сизова Л.А.**
  Главная медицинская сестра, кандидат психологических наук
- **Бок Е.Г.**
  Старшая медицинская сестра ТХО № 2.
- **Холанский Е.Н.**
  Инструктор ЛФК
- **Марьенко Е.А.**
  Медицинская сестра общебольничного медицинского персонала

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1» министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар.

Введение

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С.В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края является многопрофильным лечебным учреждением третьего уровня. Это крупнейшая современная клиническая больница Юга России, центр высоких технологий Южного федерального округа, где разрабатываются и внедряются самые современные методы исследований и лечения больных.

ГБУЗ «НИИ – ККБ № 1» ведет свою историю со второй половины восемнадцатого века.

На протяжении 200-летней истории и по сей день Краевая больница № 1 является крупнейшим и ведущим медицинским учреждением края по многим направлениям – коечной мощности, количеству посещений консультативной поликлиники и числу пролеченных в стационаре больных, числу выполненных операций, стабильно низкой общебольничной летальности.

Для решения поставленных задач больница имеет достаточный коечный, технический и кадровый потенциал. Территория – 16,3 га. Корпусов – 12. Сотрудников – 4600, из них – 988 врачей, 1814 медицинских сестер.

Возглавляет клинику главный врач, главный внештатный специалист торакальный хирург, заведующий кафедрой онкологии с курсом торакальной хирургии ФПК ППС Кубанского государственного медицинского университета Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН Владимир Алексеевич Порханов.

Это единственное лечебное учреждение в России, врачи которого 4 раза завоевывали премию «Призвание».

Стационар ГБУЗ «НИИ – ККБ № 1» рассчитан на 1517 коек, из которых 65 % – хирургического профиля, 35 % – терапевтического профиля и 237 реанимационных. В структуре клиники 72 подразделения и 66 операционных.

В год в нашей клинике выполняется около 60 000 хирургических вмешательств, в том числе 2500 на сердце и 2500 на органах грудной клетки.

Пациенты с осложнениями после кардиохирургических операций получают лечение в специализированном торакальном отделении № 2. Отделение торакальной хирургии № 2 (ТХО № 2) – это изолированное боксированное отделение, рассчитанное на 15 коек. В его составе имеется: операционная, перевязочный (фото 1) и процедурный кабинеты, на территории отделения палаты интенсивной терапии и реанимации на 6 коек.

Занимается отделение лечением гнойно-септических заболеваний легких, плевры, грудной стенки, а также осложнений после кардиохирургических, торакальных операций.

За год в отделении выполняется до 800 хирургических вмешательств самого широкого спектра.

Актуальность темы. Несмотря на успехи, достигнутые в комплексном лечении гнойных ран, эта проблема продолжает оставаться актуальной и до конца не решенной. Многочисленными исследованиями, проведенными в последней четверти XX века, было убедительно доказано, что причиной сложившейся ситуации явились изменения видовой принадлежности гнойной раневой инфекции с прогрессивно нарастающей устойчивостью её к антибиотикам, массовая аллергизация населения, развитие вторичных иммунодифицитных состояний организма. В настоящее время данная ситуация стала ещё более актуальной. В послеоперационном периоде, как правило, организм больного ослаблен, поэтому может возникнуть ряд осложнений.

За пять лет в структуре пролеченных пациентов произошло значительное увеличение доли пожилых пациентов – с 43 % в 2010 году до 49 % в 2016 году, что отрицательно сказалось на числе послеоперационных осложнений. Если в 2010 году только каждый 3-й пациент ТХО № 2 был старше трудоспособного возраста, то в 2016 году это был уже каждый 2-й. Также увеличилось число пациентов, обратившихся по экстренным показаниям – с 15 % в 2010 году до 26 % в 2016 году.

Одним из наиболее грозных осложнений после кардиохирургических операций является стерномедиастинит.

Стерномедиастинит: общие понятия

Стерномедиастинит (фото 2) – это инфекционное осложнение, возникающее после рассечения грудины с во-

Фото 1. Перевязочный кабинет ТХО №2

влечением в инфекционный процесс поверхностных мягких тканей, клетчатки средостения, костной ткани грудины.

Пациенты со стерномедиастинитом – это категория тяжелых пациентов, требующих особого комплексного подхода. Лечение больных с послеоперационным стерномедиастинитом остается актуальным, сложным и дорогостоящим процессом. Стоимость лечения одного такого пациента за рубежом составляет от 20 до 60 тыс. долларов США.

Основные факторы риска развития данного осложнения условно можно подразделить на зависящие и независящие от пациента.

К независящим от пациента относятся:

- операция двустороннего маммарокоронарного шунтирования;
- неотложный характер операции;
- шок в послеоперационном периоде, особенно если имела место массивная гемотрансфузия;
- длительный период искусственного кровообращения и время операции;
- расхождение краев послеоперационной стернотомной раны;
- сахарный диабет.

К факторам риска, зависящим от самого пациента, относятся:

- ожирение более 20 % от идеальной массы тела (одной из причин развития которого является низкий уровень пищевой культуры и гиподинамия);
- несоблюдение пациентами после кардиохирургических операций рекомендаций врача по физическим нагрузкам (в том числе в домашних условиях).

Из-за нестабильности грудины после оперативного лечения (стернотомии) пациентам строго запрещено:

- поднимать руки выше уровня плеч;
- разводить руки в стороны;
- запрокидывать руки за голову;
- выполнять скручивающие движения туловищем;
- лежать (спать) на боку;
- подниматься с кровати с опорой на локоть или прямую руку;
- асимметричная нагрузка на одну руку (открывание двери одной рукой, ношение сумки);
- поднимать предметы весом более 3 кг.

Фото 2. Стерномедиастенит

В Европе создана целая комиссия по изучению медиастинитов, в результате работы которой механизм развития медиастинита после кардиохирургических операций признан неясным и, вероятнее всего, многофакторным. Существует статистика, показывающая колебание глубоких раневых осложнений в пределах от 1,2 до 4 %.

Классификацию стерномедиастинитов проводят по распространенности инфекционного процесса либо по срокам его возникновения.

Для удобства работы нами разработана собственная классификация, основанная на степени распространенности инфекционного процесса.

I тип – Нагноение мягких тканей передней грудной стенки в области п/о стернотомной раны / шва без диастаза грудины и стерномедиастинита.

II тип – Диастаз грудины (без стерномедиастинита, без нагноения п/о стернотомного рубца/шва).

III тип – Медиастинит без диастаза грудины, без нагноения мягких тканей передней грудной стенки в области п/о стернотомного рубца/шва.

IV тип – Стерномедиастинит с диастазом грудины, нагноением п/о раны.

V тип – Лигатурные свищи п/о кожной и стернотомной раны. Выраженный болевой постстернотомический синдром. Хронический остеомиелит грудины, свищевая форма.

Комплексный подход лечения данной группы пациентов заключается в хирургическом лечении, адекватной антибактериальной терапии, детоксикационной терапии, ранней активизации и физической реабилитации пациента.

Лечение стернотомных ран

Ранее в лечении ран с обильной экссудацией использовались бинтовые повязки, имеющие множество слоев марли и ваты. Бинт необходимо было затягивать туго (чтобы держался), что мешало больному дышать и двигаться. Менять такие повязки приходилось по нескольку раз в день по мере ее промокания.

Сегодня приоритетным методом хирургического лечения стерномедиастинита является метод Vac-терапии. Данный метод позволяет сократить фазы раневого процесса, ускорить рост грануляционной ткани и, как следствие, уменьшить срок пребывания больных в стационаре, делая его максимально гигиеничным и комфортным.

При выявлении пациента с послеоперационным стерномедиастинитом в условиях операционной под наркозом выполняется некрэктомия. Некротические ткани отправляются на бактериологический посев. Рана санируется раствором антисептика.

Губка с активированным углем моделируется по размеру раны.

Рана дренируется. Для защиты чувствительных органов средостения в ГБУЗ «НИИ – ККБ № 1» используется технология PDC (Protected Drainage Cavity) – дренажная пленка с капиллярной структурой. За счет капилляров происходит эффективный отвод экссудата из глубоких «карманов» и труднодоступных мест.

Перевязка проводится с обязательным участием врача-хирурга, а зачастую требует и анестезиологического пособия. Обязательным условием является бактериологический контроль.

Суть метода заключается в создании под специальной герметичной раневой повязкой разряжения, способствующего эффективному отводу экссудата, уменьшению отека раны, стимуляции кровотока, очищению раны от раневого детрита, снижению бактериальной нагрузки и улучшению роста грануляций.

Хирургическое лечение стерномедиастинита – это многоэтапный процесс.

Vac-повязка накладывается сроком до 72 ч, по истечении которого выполняется серия некрэктомий, и накладываются вакуумные повязки до момента очищения раны и появления зрелых грануляций – поднаркозных этапных некрэктомий.

Схема передвижения пациента во время многоэтапного хирургическо-

а) б)

Фото 3. Дренажные системы: а) одноразовая система- piko; б) централизованный вакуум и одноразовая система дренажная для сбора экссудата

Фото 4. Эпидуральная анальгезия

го лечения выглядит следующим образом: пациент идет в операционную на первый этап хирургического лечения, далее ранний восстановительный период в условиях реанимации (от 1 до 2 суток); следующий этап – восстановление в палате общего режима. По истечении 72 часов пациента снова берут в операционную на этапную некрэктомию, и цикл движения пациента операционная – ОАР – палата повторяется снова вплоть до последнего этапа хирургического лечения – ушивания раны.

При диастазе грудины выполняется реостеосинтез грудины пластинами стернобонд (леской МЕДИНЖ) проволочными лигатурами.

При наличии множественных поперечных переломов грудины – резекция или экстирпация грудины с оменто-, миопластикой с одномоментной пластикой местными тканями. Далее наложение вторичных швов.

Одноразовая система – piko (фото 3а) легкая и удобная, управляется одной кнопкой, размеры сопоставимы с сотовым телефоном, устройство для создания отрицательного давления (125 мм рт. ст.) Vivano с контейнером для сбора экссудата.

Для лечения больших ран используется централизованный вакуум, одноразовая дренажная система для сбора экссудата (фото 3б).

Перевязка раны и подбор бандажа

Перевязки являются важным элементом для выздоровления пациента. Опытная перевязочная медсестра по одному виду раны, по реакции тканей на внешние раздражители может определить то, как идет процесс заживления.

После ушивания раны перевязки осуществляются ежедневно. При перевязках строго соблюдаются правила асептики и антисептики. Перевязка всегда вызывает беспокойство больного, ожидающего, что она будет болезненной, поэтому снятие повязки и другие манипуляции нужно выполнять с максимальной деликатностью. При осмотре асептических ран с наложенными швами медицинская сестра обращает внимание на появление местных признаков воспаления (гиперемия, отек, врезывание или прорезывание швов). При отсутствии воспалительных явлений и хорошо лежащих швах, рану обрабатывают и накладывают асептическую повязку.

Для укрепления грудины и ускорения ее заживления, снижения болевых ощущений, уменьшения нагрузок на мышцы и позвоночник пациенту подбирают грудной бандаж. При выборе бандажа необходимо учитывать его ширину. Он должен не только закрывать шов, но и иметь запас ткани вокруг раны не меньше одного сантиметра. Также стоит обратить внимание на обхват бандажа, который должен соответствовать обхвату грудной клетки пациента. Материал бандажа должен быть натуральный, влагоотводящий, отлично пропускать воздух (послеоперационный шов должен дышать!) и не вызывать аллергии.

Обезболивание пациента

Первые сутки-двое пациент после хирургической обработки раны наблюдается в условиях палаты реанимации.

Приоритетной проблемой пациента со стерномедиастинитом является выраженный болевой синдром. Выброс в кровь большого количества адреналина («стресс-гормона», вырабатываемого корой надпочечников) приводит к повышению артериального давления, учащению пульса, психическому и двигательному возбуждению. Актуальность проблемы значительно снижается при своевременном и адекватном обезболивании пациента.

В нашей клинике широко используется методика эпидуральной анальгезии (фото 4). Скорость выставляется в зависимости от интенсивности боли, по назначению врача. Эпидуральная аналгезия обеспечивает высокое качество обезболивания.

Реабилитация. Адаптация и активизация пациента

В послеоперационном периоде пациенты со стерномедиастинитом особенно нуждаются в адекватных реабилитационных мероприятиях. В нашей клинике в послеоперационном периоде принят стандарт ранней активизации пациентов, так как пассивный постельный режим приводит к замедлению крово- и лимфотока, атрофии мышц, застойным явлением в легких.

Реабилитационные мероприятия начинаются с момента поступления пациента в реанимацию. Реабилитационный потенциал каждого конкретного пациента определяется врачом – торакальным хирургом, реаниматологом совместно с инструктором – методистом ЛФК.

Фото 5. Занятия лечебной физкультурой

Фото 6. Занятия лечебной физкультурой

Существует специально разработанный комплекс упражнений. Для данной группы пациентов важен щадящий двигательный режим, так как нестабильность грудины не позволяет использовать активные движения верхнего плечевого пояса (фото 5).

После операции вследствие наркоза наблюдается угнетение дыхательного центра и прогрессирование дыхательной недостаточности. Респираторная реабилитация заключается в проведении дыхательной гимнастики. Дыхательные упражнения являются важной составляющей программы реабилитации у пациентов со стерномедиастинитом.

Пациента обучают диафрагмальному дыханию (фото 6): по счету инструктора он делает максимальный вдох с движением брюшной стенки наружу, выдох – с максимальным движением брюшной стенки к позвоночнику.

Для тренировки дыхания в послеоперационном периоде мы используем различные дыхательные тренажеры – нагрузочные спирометры (фото 7). Спирометр можно заменить надуванием обычного воздушного шарика.

В целях санирования бронхиального дерева пациента побуждают к откашливанию мокроты: медсестра проводит ингаляционную терапию с муколитиками. Эффективен массаж спины и грудной клетки: легкое поглаживание, вибрация, легкое поколачивание способствует отхождению мокроты, повышению тонуса дыхательной мускулатуры.

Основная задача сестринского вмешательства у пациента со стерномедиастинитом – адаптация к изменениям окружающей среды.

Фото 7. Дыхательный тренажер

Конечная цель сестринского вмешательства у пациента со стерномедиастинитом считается достигнутой, если пациент восстановил собственную независимость и максимально адаптировался к изменениям окружающей среды.

Выводы

Медицинской сестре при уходе за пациентом со стерномедиастинитом требуется многогранная подготовка. Ей необходимо не только уметь работать с современной медицинской аппаратурой, владеть всеми видами манипуляций, но и обладать знаниями в области реабилитации и психологии, фаз течения раневого процесса.

Актуальными аспектами сестринского ухода за пациентом в послеоперационном периоде являются: систематическое наблюдение за состоянием пациента и контроль витальных функций, контроль состояния операционной раны, ранняя активизация и адаптация пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневский А.А., Рудаков С.С., Миланов О.Н. // Хирургия грудной стенки. – Москва: ВИДАР, 2005. – С. 301.
2. Вишневский А.А., Головтеев В.В., Перепечин В.И. Хирургическое лечение послеоперационного остеомиелита грудины и ребер // Хирургия. – 1999; № 9. – С. 55–57.
3. Robicsek F. Postoperative sternomediastinitis // Am. Surg. – 2000; 66 (2): 184–92.
4. https://hartmann.info/ru-RU/our-products/Уход-за-раной – 11.05.2017 г.
5. http://meduniver.com/Medical/travmi/texnika_zavershenia_torakotomii.html – 04.05.2017 г.
6. http://thoracic.ru/wp-content/uploads/КЛИНИЧЕСКИЕ-РЕКОМЕНДАЦИИ-ПО-ХИРУРГИЧЕСКОМУ-ЛЕЧЕНИЮ-БОЛЬНЫХ-ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ–МЕДИАСТИНИТОМ-И-ОСТЕОМИЕЛИТОМ-ГРУДИНЫ-И-РЕБЕР.pdf – 02.06.2017 г.
7. http://meduniver.com/Medical/travmi/vakuumnie_ranevie_poviazki.html – 02.06.2017 г.
8. http://pmarchive.ru/sovremennoe-mnogoetapnoe-xirurgicheskoe-lechenie-bolnyx-xronicheskim-posleoperacionnym-sternomediastinitom – 02.06.2017 г.
9. http://www.rmj.ru/articles/khirurgiya/Vakuumterapiya_v_lechenii_ran_i_ranevoy_infekcii/#ixzz4nq7cc4pR – 11.05.2017 г.

КАК ИЗМЕНИТСЯ ПРОФЕССИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В БУДУЩЕМ?

Бьянка Гоммерз
заместитель директора
по образовательным программам,
Фонд международного медицинского
кластера

Виктория Панкевич
специалист по коммуникациям
с медицинским сообществом, Фонд
международно медицинского кластера

Профессия медицинской сестры постоянно трансформируется в ответ на изменения внешней среды. Хороший пример можно найти в истории: если до революции 1917 года медицинскую помощь оказывали сестры милосердия, вышедшие из самоорганизующихся общин, то уже после 1920 года появились государственные школы для подготовки медицинских сестер, число которых к 1940 году увеличилось до 967. Трансформация здравоохранения и статуса медицинской сестры происходит и сегодня, о чем свидетельствует, в том числе опыт Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР).

Мировые системы здравоохранения сталкиваются с одинаковыми вызовами

Исходя из сегодняшних тенденций в сфере здравоохранения, можно с уверенностью сказать, что медсестер ждут большие изменения, которые, прежде всего, будут связаны с необходимостью постоянного улучшения качества медицинской помощи. Ведь это один из важнейших факторов, влияющий на то, как человек воспринимает свой уровень жизни, моральное и физическое состояние, трудоспособность, благополучие родных и близких. По уровню развития медицины в государстве можно судить об общей социально-экономической ситуации.

На сегодняшний день перед мировыми системами здравоохранения стоят глобальные вызовы, обусловленные постоянными экономическими, социальными и технологическими изменениями. И Россия – не исключение. Согласно данным Всемирного банка[1] в России и мире наблюдается постоянный рост расходов на здравоохранение, который опережает темпы роста ВВП. Это обусловлено меняющейся демографической ситуацией и ростом средней ожидаемой продолжительности жизни. На здравоохранение требуются дополнительные ресурсы, появляется необходимость оказывать медицинскую помощь в большом объеме пожилым людям с тяжелыми и хроническими заболеваниями.

На организацию процессов оказания медицинской помощи в системе здравоохранения все большее влияние оказывает необходимость интегрированного подхода. Он подразумевает, что медицинская помощь может быть оказана пациенту вне зависимости от места его нахождения – больница, поликлиника, дом. При этом все врачи и медицинские сестры, которые работают в разных учреждениях, но так или иначе участвуют в лечении одного пациента, осуществляют коммуникацию между собой. Вся медицинская помощь, которая может быть оказана у пациента на дому, больше не предоставляется в госпитале. Также в процесс ухода за пациентом, чаще всего дома, могут вовлекаться различные члены общества, не имеющие медицинского образования.

С развитием интернет-технологий пациенты становятся более информированными о состоянии своего здоровья, методах лечения заболеваний и, как следствие, становится более требовательными к качеству оказываемых медицинских услуг. Всё это сокращает информационную асимметрию между врачом и пациентом, а также побуждает медицинские организации вести более прозрачную деятельность. В результате у пациентов формируется понимание, в какую медицинскую организацию лучше обратиться с тем или иным заболеванием.

[1] https://data.worldbank.org/

Помимо качества медицинской помощи, для пациента все большее значение приобретает сервис. Растет спрос на дистанционные медицинские услуги, предложение для которого создает телемедицина. Кстати, согласно *«Healthcare at a glance: Europe 2014»*[2], с 2000 года почти во всех странах ЕС сократилась длительность госпитализации. Не секрет, что с точки зрения эффективности использования ресурсов и риска передачи инфекции пациенту лучше находиться в больнице как можно меньше.

Ключевые проблемы российского здравоохранения

Перейдем от глобальных вызовов здравоохранения к проблемам, с которыми сталкивается Россия. Длительность госпитализации в российских стационарах в 2 раза выше, чем в Европе. Исследователи ВОЗ выяснили, что на 1000 человек в России приходится 8,8 больничных коек – и это один из самых высоких показателей в странах Европы[3]. Для сравнения, показатель Германии – 8,2 койки, Австрии – 7,6 коек, а Венгрии – 6,9 коек (рис.1). Стационарное лечение преобладает для российских пациентов даже в тех случаях, когда может быть оказана амбулаторная помощь.

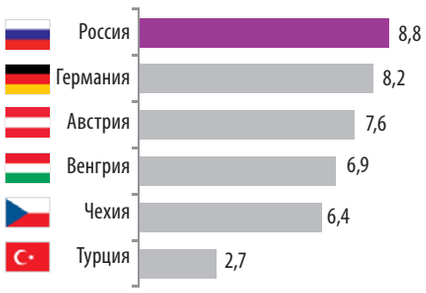


Рис.1. Кол-во коек на 1000 населения

Рис. 2. Количество медсестер и акушерок на 1 врача

Количество медсестер и акушерок на 1 врача в России намного меньше, чем в странах Европы (рис.2). При этом система образования медицинских сестер не пересматривалась долгое время, объем заложенных в программу обучения практических часов является по-прежнему недостаточным.

Если рассматривать работу медицинской сестры в России, она сталкивается с проблемами и вызовами, среди которых, согласно исследованиям российских авторов, недопонимание между врачами и медсестрами[4], низкая заработная плата и социальный статус[5], перегруженность работой[6], недостаточность нормативно-правового обеспечения профессии и несовершенство системы управления деятельностью сестринского персонала[7].

Все это говорит о необходимости трансформации системы здравоохранения в России.

Чему можно научиться у западных стран? Фокус на результат и доказательная сестринская практика

Особую роль в повышении эффективности оказания медицинской помощи играет стандартизация. Для того чтобы достичь максимального результата, во-первых, необходимо его определить, а во-вторых, – следовать установленным инструкциям и методологии. Стандарт – это процедура или мера, которую группа людей договорилась соблюдать. Соглашения оформляются в документ, который содержит спецификации. Секрет успеха зарубежных медицинских практик в установленных инструкциях и методологии.

Большинство систем здравоохранения стран ЕС фокусируются не на том, каким образом необходимо оказывать медицинскую помощь, а на том, какого результата в лечении пациента следует достичь. Таким образом, основная задача медицинского персонала, в том числе и медицинских сестер, – не оказать пациенту заданный набор услуг, а добиться наилучшего результата лечения.

Важным элементом в трансформации здравоохранения является доказательная сестринская практика, и в отличие от доказательной медицины она еще не так распространена в России.

Кей Скотт и Роб МакШерри в статье «Evidence based nursing: Clarifying the concepts for nurses in practice» определили доказательную сестринскую практику как непрерывный процесс анализа данных пациента и его предпочтений в совокупности с практической клинической экспертизой для оказания подходящей медицинской помощи. Такая практика основывается на трех элементах: научных доказательствах, клиническом опыте, ценностях и предпочтениях пациента.

В зарубежных моделях здравоохранения у медсестер более значимая роль

В западных моделях здравоохранения медсестры занимают совершенно иную позицию. Их роль можно сравнить с ролью паука в паутине, так как именно они аккумулируют всю необходимую информацию о состоянии здоровья пациента, анализируют ее, передают междисциплинарной группе врачей и обеспечивают выполнение всех необходимых манипуляций. Следует отметить, что медицинские сестры в странах ОЭСР обладают значительно большим функционалом и зонами ответственности, чем в России.

Переподготовка медицинских сестер – один из способов повлиять на систему здравоохранения. Оказание медицинской помощи на высоком

[2] Healthcare at a glance: Europe 2014. Ссылка: http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-Europe-2014-CHARTSET.pdf

[3] Russian Federation Health system review//WHO. Ссылка: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/157092/HiT-Russia_EN_web-with-links.pdf

[4] Волков С.Р., Волкова М.И. Формирование толерантного взаимодействия медицинских сестер // Главная медицинская сестра. – 2014. – № 7 – С. 33–52; Петрова Н.Г., Погосян С.Г. Состояние здоровья и проблемы подготовки среднего медицинского персонала // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2016. – № 5. – С. 109–116.

[5] Попов В.И., Натарова А.А., Лебедева Н.В. Формирование профессиональной дезадаптации у медицинских работников // Профессия и здоровье: Материалы XI Всероссийского конгресса. – М., 2012. – С. 378–380.

[6] Там же.

[7] Жаворонков Е. П. и др. Сестринский персонал медицинских организаций в условиях реформирования здравоохранения // Медицина и образование в Сибири. – 2012. – №. 4.

ЗАКОН УЭЛЬСА О КАДРОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ СЕСТРИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ

Изменение профессиональной роли медицинской сестры обусловлено различными факторами, но вектор развития профессии, вне всяких сомнений, задает кадровая политика. Серьезные шаги по реализации новой кадровой политики в сестринском деле сегодня предпринимаются Правительством Уэльса, а возглавляет эту работу Директор Департамента сестринского дела, профессор, доктор философии, Командор Ордена Британской Империи Джин Уайт. Благодаря ее инициативе был разработан законопроект, предусматривающий существенное увеличение штатного расписания за счет дополнительных должностей для сестринского персонала.

Отправной точкой стали отчеты по итогам расследований ситуаций некачественного оказания помощи и нежелательных результатов лечения. Члены комиссий пришли к выводу, что основным фактором ошибок стала нехватка медицинских сестер. Среди других факторов были определены конфигурация и размеры отделений, процесс принятия клинических решений и доступность служб технической поддержки.

Разработка закона велась с 2012 года, и в 2016-м документ был принят.

Цель закона – сформулировать требования ко всем государственным медицинским организациям по обеспечению достаточного количества медицинских сестер с тем, чтобы у специалистов было время на оказание качественной сестринской помощи. Закон выделил различные категории специалистов – медсестра, участковая медсестра, патронажная медсестра, медсестра психиатрического и педиатрического профиля. Такое разделение было сделано для того, чтобы закон внедрялся поэтапно в наиболее приоритетных сферах.

О начале реализации закона было объявлено 3 августа 2016 года. В первую очередь это коснулось медицинских сестер терапевтических и хирургических отделений взрослой сети стационаров.

Такие стационары и соответствующие их отделения должны вести расчеты кадровых потребностей на основе определенной методологии, регулярно анализировать ситуацию и определять необходимую численность сестринского персонала, гарантирующую качественное оказание помощи.

Ядро методологии составляет треугольная матрица: тяжесть состояния пациента, показатели качества и профессиональное суждение.

Тяжесть состояния пациента – это оценка объема ухода, который требуется для каждого пациента по сравнению с числом медсестер в конкретном отделении.

Показатели качества – достоверные данные о тех показателях качества, которые характеризуют результаты лечения и работу специалистов.

Профессиональное суждение – основанное на информации и знаниях мнение руководителя о факторах, которые оказывают влияние на процесс принятия клинических решений, от которых зависит безопасность пациентов.

Каждая клиника должна не только производить расчеты, но также публиковать их и раскрывать истинное текущее положение дел, чтобы и органы управления, и сами пациенты, могли познакомиться с этими данными.

Треугольная матрица иллюстрирует аспекты оказания помощи, которые должны быть приняты во внимание для планирования кадровых ресурсов.

уровне помимо качественной диагностики и лечения также подразумевает углубленный анализ состояния здоровья пациента, его социального положения, а также консультации по новому образу жизни с его заболеванием и эмоциональную поддержку в тяжелой ситуации. В моделях здравоохранения западных стран считается, что полноценно вышеперечисленные функции должны брать на себя медицинские сестры, так как именно они проводят с пациентом большую часть времени в больнице и более подробно знают его ситуацию.

Согласно образовательной концепции CanMEDS, разработанной Королевским колледжем врачей и хирургов Канады, каждый медицинский работник, в том числе и медицинская сестра, должен сочетать несколько ролей: быть профессионалом, коммуникатором, менеджером, адвокатом здоровья и научным работником.

Расширение функционала медицинской сестры в России неизбежно

Во всем мире профессия медсестры постоянно развивается. Появляются новые специализации для медсестер, такие как, например, сестринское дело в генетике, менеджмент в сестринском деле, и новые области знаний, к примеру, знания по уходу за «диабетической стопой» при наблюдении пациентов с диабетом. Все больше обязанностей переходит от врача к медсестре, развитие этой профессии предполагает расширение зоны ответственности в процессе лечения пациента.

Трансформация роли медсестры требует и изменений в законодательстве: расширение полномочий должно быть зафиксировано в протоколах лечения. Однако законодательство – это лишь часть трансформации. Медсестры должны обладать достаточным объемом знаний и практических навыков, для того чтобы работать в описанной выше роли. Поэтому в условиях российского здравоохранения они должны заниматься самообразованием, развивать компетенции и навыки, для того чтобы занять более значимую позицию уже сегодня. Сейчас в Москве создается Московский Международный Медицинский Кластер, который станет платформой для обмена опытом между зарубежными и российскими специалистами в области медицины, образования и науки. Одно из приоритетных направлений образовательной деятельности кластера – повышение квалификации медицинских сестер. Образовательные программы будут разрабатываться на основе лучших мировых практик и соответствовать тенденциям развития системы здравоохранения.

Роль медицинской сестры в проекте «Ведение пациентов старших возрастных групп с множественными хроническими заболеваниями» в ГБУЗ «Городская поликлиника № 175 ДЗ» города Москвы

- **Ширшикова А.П.**
  медицинская сестра филиала № 1 ГБУЗ «ГП № 175 ДЗМ» терапевтического участка для пациентов старшего возраста с множественными хроническими заболеваниями
- **Тернавский А.П.**
  главный врач ГБУЗ «ГП № 175 ДЗМ»
- **Киричок И.В.**
  врач-методист
- **Федорец Н.В.**
  главная медицинская сестра

В 2015 году в поликлинике № 175 под патронажем Департамента здравоохранения Москвы и непосредственной курацией главных внештатных специалистов стартовал пилотный проект по совершенствованию медицинской помощи пожилым пациентам с множественными хроническими заболеваниями, такими как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 2 типа, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, цереброваскулярная болезнь, хронические заболевания почек, перенесенный инфаркт миокарда или инсульт.

Целью нашей программы являлось:

1. Улучшение качества оказания медицинской помощи пациентам пожилого возраста, имеющим три и более хронических заболевания.

2. Повышение качества жизни за счет индивидуального подхода к лечению и раннего предупреждения возможных осложнений.

3. Повышение удовлетворенности пациентов качеством амбулаторной помощи.

4. Формирование у жителей Москвы культуры здоровья и повышение мотивации к сохранению своего здоровья.

5. Снижение числа экстренных госпитализаций и вызовов скорой и неотложной помощи за счет снижения частоты обострений.

По результатам статистических данных выявлено, что пациенты пенсионного возраста с тремя и более хроническими заболеваниями составляют 2 % населения города Москвы. При этом на их долю приходится 10 % посещений врачей-терапевтов, 8 % всех вызовов по скорой медицинской помощи, 12 % всех затрат на льготное лекарственное обеспечение в год и 5 % от общего количества экстренных госпитализаций. Это и стало причиной поиска эффективного взаимодействия с пациентами для достижения наилучших результатов амбулаторного лечения.

Проблемой пациентов пенсионного возраста является наличие множественных хронических заболеваний, которые отягощают друг друга, ухудшают качество жизни. Международный опыт (программа ChenMed в США, программа контроля диабета в Великобритании) показал, что индивидуальный подход к данной категории пациентов позволяет улучшить качество медицинской помощи и снизить затраты здравоохранения.

В рамках пилотного проекта был изменен традиционный подход к оказанию первичной медико-санитарной помощи. На одного врача-терапевта приходится около 500 пациентов с хроническими заболеваниями, что позволяет уделять пациенту во время приема от 20 до 40 минут.

Врачи работают с медицинскими сестрами и занимаются лечением только данной группы пациентов. Это позволяет сосредоточиться на конкретном пациенте и подойти к решению его проблем индивидуально, комплексно, с учетом специфики лечения разных заболеваний.

Медицинские работники обеспечены мобильной телефонной связью, рабочими местами Единой медицинской аналитической системы (ЕМИАС), автоматическими тонометрами, весами, ростомером, информационными печатными материалами. Наличие мо-

бильной связи у врача и медицинской сестры дает возможность пациенту позвонить своему врачу или медицинской сестре, чтобы записаться на прием, получить нужный совет, проконсультироваться.

Для работы в проекте были отобраны 12 врачей-терапевтов и медицинских сестер, которые прошли специальную подготовку, получили дополнительные знания по оказанию медицинской помощи пожилым пациентам с хроническими заболеваниями.

В процессе подготовки к реализации проекта медицинские сестры наряду с врачами прослушали курс из 24 лекций главных специалистов Департамента здравоохранения города Москвы по сердечно-сосудистым заболеваниям, бронхиальной астме, сахарному диабету, гериатрии.

Специально для медицинских сестёр Московским университетом управления при Правительстве Москвы была разработана комплексная программа обучения: «Развитие культуры соблюдения пациентами рекомендаций врача», направленная на повышение качества медицинской помощи, снижение количества жалоб пациентов на лечение и управление конфликтными ситуациями.

Врач, медицинская сестра и пациент являются единой командой в борьбе с хроническими заболеваниями. Медицинские работники ориентированы по ведению заболеваний пациента, знают индивидуальные показатели здоровья каждого.

Основными задачами медицинской сестры проекта является поддержание здорового образа жизни, профилактика хронических заболеваний.

На первичном приёме медицинская сестра знакомится с пациентом, рассказывает о принципах и целях проекта, проводит полное антропометрическое исследование пациента, сбор анамнеза, определяет дополнительные методы обследований, составляет индивидуальный план лечения.

Все пациенты обеспечиваются памятками по заболеваниям и дневниками самоконтроля АД.

Работа медицинской сестры происходит в условиях повышенной ответственности за жизнь и здоровье людей. Пациенты в данном проекте разного пола, возраста, социального статуса, национальности, состояния здоровья. При многих заболеваниях у пациентов возникают особенности психической деятельности. У них присутствует чувство страха, неопределенности, беспомощности, растерянности, появляется замкнутость, депрессивное состояние, ранимость психики, необычные, часто неадекватные реакции на кажущиеся здоровым людям пустячные факты и события. Всё оценивается через призму болезней. Медики должны видеть личность, заслуживающую внимания, уважения, сострадания и милосердия.

Помимо психологической работы с пациентом медицинские сестры осуществляют контроль за лечением:

- анализируют показатели артериального давления в «Дневниках гипертоника»;
- интерпретируют показатели уровня сахара в дневниках контроля гликемии;
- активно участвуют в реализации немедикаментозных методов, давая подробные пояснения по режиму питания, физической активности, здоровому образу жизни;
- ведут общение с пациентом по телефону, записывают на приём, напоминают о необходимости прибытия для исследования, на прием к врачу для получения лекарственных препаратов.

Вся актуализированная информация о пациенте, его заболеваниях, динамике его клинических показателей, наличию вызовов скорой медицинской помощи и госпитализациях концентрируется в специальных электронных регистрах, которые ведутся на каждом участке медицинской сестрой.

Заполнение регистра осуществляется при каждом посещении пациента с указанием даты посещения врача и следующей явки.

На все лекции и конференции медицинские сестры приглашаются наравне с врачами, также они совместно участвуют в клинических разборах. Это все значительно повышает статус и самореализацию медицинской сестры.

Именно активность медицинских сестер и их тесное взаимодействие с врачом и пациентом способствуют укреплению приверженности пациента к лечению.

Работая в программе, медицинские сестры получили более комфортные условия работы, новые профессиональные возможности – постоянное обучение, развитие организаторских способностей и опыт ведения пациентов с множественными хроническими заболеваниями.

С периодичностью один раз в полгода проводятся выездные обследования пациентов. Для удобства пациентов в субботний день в сопровождении медицинских сестер на специальных комфортабельных автобусах пациенты доставляются в разные филиалы поликлиники, достаточно удаленные друг от друга, для выполнения различных исследований и консультаций окружных специалистов. В течение только одного такого дня проводится более 800 исследований и консультаций.

В течение двух лет по программе пилотного проекта в ГБУЗ «ГП № 175 ДЗМ» получают медицинскую помощь более 5800 пациентов. Проведено более 80 тысяч приемов.

Получены первые результаты внедрения программы.

Доля пациентов, достигших целевого уровня артериального давления, возросла с 23% до 74%. У пациентов программы уменьшилось количество вызовов врача «на дом» на 60%, посещений врачей-специалистов – на 18%, вызовов скорой медицинской помощи – на 9%, а в группе пациентов пожилого возраста с 60 до 75 лет количество вызовов СМП уменьшилось на 17%.

По данным независимого опроса, уровень удовлетворенности качеством медицинской помощи и отношением медицинских работников среди пациентов-участников программы на 28% выше, чем у «обычных» пациентов и составляет 94%. Выражая благодарность поликлинике, пациенты особенно часто отмечают работу медицинских сестер.

Достижения данного проекта получили высокую оценку мэра г. Москвы Сергея Собянина, который лично посетил поликлинику в марте 2017 года.

С 1 сентября 2017 года программа ведения пациентов старших возрастных групп с множественными хроническими заболеваниями реализуется во всех поликлиниках города Москвы.

В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ МЛАДШИХ СПЕЦИАЛИСТОВ С МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ (МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР) В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Ежикова Т.В.
Главный внештатный специалист по сестринскому делу ДНР

Оказание качественной медицинской помощи населению Донецкой Народной Республики невозможно без развития сестринского дела. Медицинский персонал Донбасса пытается адаптироваться к условиям, которые безжалостно диктует военное время – научиться справляться с эмоциональным напряжением, страхом, потерей близких людей, жилья, болью и смертью, не только вспомнить военно-полевую медицину, но и усовершенствовать знания в этой области.

Работа наших медиков, начиная с июня 2014 года, кардинально изменилась. Всем главным медсестрам, фельдшерам, акушерам пришлось не на бумаге, а на практике научиться применять навыки менеджмента, поскольку принимать решения по организации труда медработников им приходилось в военное время. А это значит гарантировать работу учреждений здравоохранения во время отключения света, газа, воды и обеспечить строгое выполнение алгоритмов инфекционного контроля. Кроме того, не остановить работу в отделениях при наличии 25–30 % медперсонала, а наоборот, продолжить оказание своевременной медпомощи населению; суметь найти спонсоров и волонтеров (особенно в 2014 году – 1 кв. 2015 года) для приобретения медикаментов, продуктов питания и поддержки сестринского персонала ввиду большой нагрузки из-за кадрового дефицита в некоторых городах и районах.

Поскольку младшие специалисты с медицинским образованием (медицинские сестры) работают в непосредственном контакте с пациентом, от них в большей степени зависит качество медицинской помощи населению.

Чтобы обеспечить качество этой работы в сложнейших условиях, на всех уровнях управления сестринской помощью были введены соответствующие реалиям времени изменения.

Так, главными задачами и направлениями в работе Республиканского совета сестёр на данном этапе стали:

- обеспечение учреждений здравоохранения медицинским персоналом во время боевых действий;
- соблюдение алгоритмов инфекционного контроля учреждений здравоохранения в моменты отсутствия воды, света, газа;
- организация обучения медицинского персонала и населения алгоритмам поведения при обстрелах;
- проведение мероприятий по рациональной организации труда младших специалистов с медицинским образованием;
- повышение качества медицинской помощи населению;
- проведение акций для населения, дней здоровья по профилактике сердечно-сосудистых, онкологических, цереброваскулярных заболеваний, сахарного диабета, туберкулёза, гепатита, ВИЧ-инфекции;
- организация методической помощи молодым специалистам;
- организация профилактических мероприятий по обеспечению эпидемиологического благополучия населения и предупреждению инфекций;
- обучение младших специалистов с медицинским образованием методам организации работы, предупреждения профессиональных заболеваний;
- продолжение внедрения в практику протоколов медицинской сестры, фельдшера, акушерки по уходу за пациентами, а также выполнение основных медицинских процедур и манипуляций.

По состоянию на 1 октября 2017 года в учреждениях здравоохранения МЗ ДНР по штатному расписанию **25 778,25** младших специалистов с медицинским образованием.

Физических лиц – **18 344**, укомплектованность – **71,2 %**, **в 2016 году** – **71,5 %**; **в 2015 году** – **69,95 %**.

Ниже, чем по Республике, укомплектованность младшими специалистами с медицинским образованием отмечается в Донецке – 57,6 %; Ясиноватой – 65,6 %; и Тельмановском районе – 65,6 %.

Показатель обеспеченности на 10 тыс. населения младшими специалистами с медицинским образованием в 2017 году составил 78,0. Соотношение врач – медицинская сестра состав-

ляет 1:1,9. Аттестационную категорию в 2017 году имеют 71 % младших специалистов с медицинским образованием (в 2016-м – 69,9 %, в 2015 году – 66,3 %). Самые дефицитные специалисты – операционные сестры, фельдшеры, лаборанты.

Одной из насущных задач военного времени стало непрерывное обучение специалистов. В учреждениях здравоохранения появляются, по понятным причинам, молодые руководители сестринского дела, иногда не имеющие опыта. Чтобы им помочь, мы подготовили материалы и провели несколько научно-практических конференций и мероприятий.

Так, в феврале 2016 года состоялась конференция, на которой присутствовали внештатные специалисты по сестринскому делу городов и районов, главные и старшие медицинские сестры учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики. Были рассмотрены вопросы организации работы главных сестер в сложное военное время 2015 года. Обстрелы в городах и районах были практически через день… Ночь в подвалах, а иногда и день специалисты проводили вместе с пациентами. А мысли о доме не покидали, ведь там их ждали родные: у кого-то больной ребенок, у кого-то – родители. Однако чувство долга заставляло брать себя в руки и продолжать трудиться, оказывать помощь населению, быть «глазами и ушами, а иногда и руками, врача» для пациента.

В апреле 2016 года состоялись конференции для руководителей сестринского дела «Планирование работы руководителей сестринского дела», «Контроль качества в организации работы младших специалистов с медицинским образованием.

В мае 2016 года прошла первая праздничная конференция для младших специалистов с медицинским образованием, посвященная Международному дню медицинской сестры. Вручены денежные призы участникам фотоконкурса «Своей профессией горжусь», а также грамоты МЗ ДНР. В ходе конференции мы не могли не рассмотреть вопросы истории и роли сестринского персонала во времена войн.

В июне 2016 года совместно с Министерством здравоохранения, медицинскими колледжами, училищами, Центром последипломной подготовки специалистов здравоохранения мы провели первую научно-практическую республиканскую конференцию медицинских сестер и рассмотрели:

- проект Этического кодекса медсестры;
- стратегию развития сестринского дела на 2016–2020 гг.;
- организацию работы медицинской сестры в общеобразовательных учреждениях ДНР;
- роль медицинской сестры в сохранении репродуктивного здоровья.

Сельское население требует к себе повышенного внимания со стороны медработников. Мы постарались помочь нашим коллегам и в июле 2016 года организовали для них конференцию «Организация работы фельдшера ФАПа по оказанию медицинской помощи сельскому населению», после чего предоставили всем участникам конференции материалы по организации работы фельдшеров в новых условиях.

Соблюдение инфекционного контроля в учреждениях здравоохранения – это, прежде всего, забота о пациентах и медперсонале. Совместно с руководителями Республиканского центра СЭН ГСЭС МЗ ДНР были организованы практические конференции для специалистов.

В сентябре 2016 года прошли конференции для руководителей сестринского дела «Инфекционный контроль в учреждениях здравоохранения», «Организация работы медсестры процедурной, манипуляционной, прививочной». Участники мероприятия получили материалы по организации работы медсестры в процедурных, манипуляционных кабинетах, по обеспечению инфекционного контроля в учреждениях здравоохранения.

В ноябре 2016 года состоялась конференция «Профилактика гемоконтактных инфекций. Организация лечебного питания. Работа пищеблоков и диетсестёр в учреждениях здравоохранения. Контроль качества в организации работы фельдшеров», где участники также получили материалы по организации работы диет-сестры в учреждениях здравоохранения.

В декабре 2016 года внештатные специалисты по сестринскому делу городов и районов ДНР были приглашены на семинар по вопросу составления отчетов и анализа годовой деятельности, где получили формы необходимой отчетной документации для главной и старшей медсестры, главного специалиста города и района.

В 2016 году Республиканский совет медицинских сестер принял активное участие в разработке нормативных документов, а именно: приказа № 992 «Об аттестации младших специалистов с медицинским образованием в ДНР»; медико-технологических протоколов медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по уходу за пациентами и выполнению основных медицинских про-

цедур и манипуляций; проекта приказа по организации работы Совета медсестер республиканского, городского учреждения здравоохранения, приказа «Об организации курсов по подготовке младших медицинских сестер по уходу за больными в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики».

В течение 2017 года, несмотря на продолжение боевых действий, Совет по сестринскому делу не прекращал своей деятельности, конференции и семинары, нацеленные на обучение, информирование, инструктаж медицинских сестер проводились на регулярной основе. Мероприятия проводились как для руководителей, так и для практикующих специалистов. В частности, большое внимание мы уделили здоровью детей, работе медицинской сестры на педиатрическом участке. Своим опытом делились медицинские сестры из Горловки, Донецка, других районов Республики. Также рассматривали вопросы иммунопрофилактики и вакцинации, соблюдения календаря прививок, оказания антирабической помощи населению, профилактики туляремии.

В ГБ № 1 г. Енакиево был организован семинар для медицинских сестер отделений травматологии. Участников встретил заведующий травматологическим отделением Борис Владимирович Стинский, заслуженный врач Украины, награжденный медалью «За трудовую доблесть», а также отмеченный «Золотым Скифом» в номинации «Всенародное признание». Борис Владимирович является одним из первых учеников знаменитого хирурга-травматолога Г.А. Илизарова. Присутствующие смогли не только услышать, но и увидеть организацию работы медсестер в операционной, перевязочной, манипуляционной, в палатах. После такого экскурса участникам продемонстрировали фильм об организации работы отделения, о процедурах реабилитации и восстановления пациентов.

В октябре 2017 года совместно с Министерством здравоохранения и врачом хосписного отделения в ГБ № 21 г. Донецка, главной медсестрой Республиканского онкологического центра им. Г.В. Бондаря Советом была организована конференция «Паллиативная помощь: понятие, цели, задачи и организация работы хосписных отделений в наше время».

2017 год стал своеобразным «годом сюрпризов» для Республиканского совета медсестер. В августе представители Совета посетили г. Астрахань, побывав на конференции «Этическая и профессиональная культура сестринского персонала в амбулаторно-поликлинической службе», и поделились информационным материалом наших коллег из Астрахани.

А в октябре 2017 года благодаря поддержке президента РАМС Саркисовой Валентины Антоновны члены Совета медсестер смогли посетить Всероссийский конгресс Ассоциации медицинских сестер России «Лидерство и инновации – путь к новым достижениям». Мы приобрели массу ценных знаний, пообщались с коллегами, поняли, на что следует ориентироваться в процессе внедрения инноваций у себя на местах. А главное, мы еще раз убедились, что у всех медицинских сестер одна общая цель – сохранение и укрепление здоровья населения во всем мире.

Мы стараемся работать и учиться новому, несмотря на непрекращающиеся боевые действия, принимаем активное участие в разработке нормативных документов Министерства здравоохранения.

Время диктует свои условия, и Республиканский совет сестер понимает, что необходим новый вектор в работе. Как раньше, уже не будет. Необходим план конкретных целей и задач, чтобы медицинский персонал мог реализовать свои самые смелые идеи для улучшения качества оказания медицинской помощи населению.

Задачи, которые сегодня мы перед собой ставим, и решение которых, как мы надеемся, позволит повысить качество помощи и укрепить здоровье населения ДНР, включают следующие:

- разработка стандартов, протоколов в практике инфекционного контроля прогрессивных методов работы;
- разработка новой модели сестринского обслуживания школ и дошкольных учреждений;
- развитие паллиативной помощи, сестринского ухода;
- внедрение и развитие секционных групп в работе Республиканского совета медсестёр (операционное дело, организация сестринского дела, педиатрия и т. д.);
- мотивация населения к сохранению и укреплению здоровья.

Уровень качества сестринской помощи во многом зависит от того, насколько уважаема профессия медицинской сестры в каждом конкретном учреждении здравоохранения. Повлиять на ситуацию может каждый руководитель: начальник управления здравоохранением, главный врач, заведующий отделением, заместитель главного врача по сестринскому делу, главные, старшие медицинские сёстры, создавая благоприятную атмосферу сотрудничества между врачебным и сестринским персоналом, поддерживая, а не препятствуя работе медсестёр.

ЛИДЕРСТВО И ИННОВАЦИИ – ПУТЬ К НОВЫМ ДОСТИЖЕНИЯМ

ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС РАМС

17–19 октября в Санкт-Петербурге состоялось событие, без преувеличения знаковое для профессиональной общественности – Всероссийский конгресс Ассоциации медицинских сестер России. Мы решили не только поделиться с читателями основными идеями, озвученными в ходе конгресса, но и побеседовать с руководителем РАМС Валентиной Антоновной Саркисовой о том, насколько значимым стало мероприятие для организации и ее членов.

– Валентина Антоновна, сегодня, когда гости конгресса уже далеко, на своих рабочих местах, как Вы можете оценить состоявшийся конгресс? Вы достигли всех намеченных целей?

– Если говорить о самом мероприятии, его научной, практической, политической, одним словом, содержательной части, то да, вне всяких сомнений! Скажу больше. Прошло уже несколько недель, в течение которых было много командировок и других мероприятий, но ощущения конгресса еще с нами. Нам пишут и звонят десятки его участников, оставляют свои отзывы в социальных сетях и на нашем сайте, да и мы мысленно возвращаемся к этим трем дням конгресса и продолжаем обдумывать все сказанное и увиденное.

Конгресс стал одним из самых масштабных в истории РАМС, его посетили более 750 участников из 50 российских регионов, были и зарубежные гости, спикеры из США, Великобритании, Франции, Германии, Нидерландов, Республики Молдова, Республики Беларусь, Донецкой и Луганской Народных Республик и более 30 медицинских сестер из Латвии! И все специалисты активно работали, общались, обменивались мнениями и контактами.

– Что Вам больше всего запомнилось?

– В памяти отложилось многое. Но самые волнующие минуты – это открытие конгресса. Все должно быть готово, программа расписана по минутам и секундам, и вот начина-

ется красочный, яркий парад региональных ассоциаций. В этом году по известным многим причинам в параде участвовало меньше регионов, однако на самом конгрессе их было 50! Мы увидели огромную силу духа и сплоченности сестринских ассоциаций, отстаивающих свое право на независимую общественную деятельность.

Большую честь нам оказали руководители Правительства Ленинградской области. Участников приветствовал заместитель губернатора Николай Петрович Емельянов, а председатель Комитета по здравоохранению Ленинградской области Сергей Валентинович Вылегжанин поздравил участников конгресса не только от себя, но и от лица всех руководителей территориальных органов управления здравоохранением. Поздравления в адрес РАМС были направлены заместителем министра здравоохранения Краевым Сергеем Александровичем, председателем ЦК профсоюза работников здравоохранения РФ Кузьменко Михаилом Михайловичем, директором Европейского регионального бюро ВОЗ Жужанной Якаб.

В ходе открытия конгресса мы наградили лучших специалистов. Председатель комитета по здравоохранению вручил грамоты и благодарности Министерства здравоохранения, мы поздравили медицинских сестер, представленных к нагрудному знаку РАМС «За верность профессии», и впервые в рамках такого форума поздравили медицинских сестер – членов РАМС, защитивших кандидатские диссертации!

– Конгресс был приурочен к 25-летию Ассоциации медицинских сестер России. И Вы, и участники мероприятия подводили итоги проделанной работы. На Ваш взгляд, Вам удалось достичь намеченных целей?

– Нам удалось многое. Не могу сказать, что удалось все. Ведь работа профессиональной ассоциации – это всегда взгляд в будущее. Создавая Ассоциацию, мы точно знали, что хотим перемен, что медицинская сестра в России должна стать более самостоятельной, потому что она может сделать для пациента, его семьи и всего российского здравоохранения гораздо больше, чем ранее. Мы знали и хотели более высокого уровня образования, мы думали о развитии различных медицинских служб, мы были нацелены на то, чтобы медицинская сестра стала полноправным членом многопрофильной команды специалистов и таким же полноправным руководителем, который может отстаивать интересы сестринского коллектива. Потому что интересы эти далеко не личные, а от их реализации зависит качество и безопасность медицинской помощи.

Мы начинали практически с нуля, не имея никакого опыта и ни малейшего представления о том, как работает профессиональная организация. Многому учились у зарубежных коллег – во многих странах ассоциации давно перешагнули за 100-летний рубеж.

За 25 лет мы приобрели бесценный опыт привлечения десятков тысяч специалистов к совместной работе во благо своей профессии, российского здравоохранения и пациентов. В самом начале своего пути мы еще не знали, каким трудным он будет, но точно знали, к чему он должен нас привести. Сказать, что мы добились всего, решили все поставленные задачи, невозможно. Однако достигнутые результаты, масштаб проведенной работы, перемены, произошедшие в общественной работе, самосознании, отношении к профессии членов организации, не могут не восхищать и не вызывать чувства гордости!

За эти годы мы стали лидерами. Мы научились обсуждать самые серьезные проблемы управления и организации помощи, вырабатывать и отстаивать свои решения, развивать и совершенствовать сестринскую практику, писать статьи и книги, разрабатывать методические рекомендации, проводить учебные мероприятия, работать очно и онлайн, жить в своей профессии 24 часа в сутки, расти в ней и вместе с ней.

Многочисленные симпозиумы конгресса это еще раз подтвердили. 160 докладчиков – и все медицинские сестры, фельдшеры, акушерки, лаборанты, с огромным опытом, знаниями, идеями и достигнутыми результатами. Мне удалось побывать на разных секциях – везде атмосфера живых знаний, которые передаются из рук в руки. Кое-где не хватало мест… но никто не уходил, все внимательно слушали, включались в дискуссию, задавали интересующие вопросы.

Специалисты кардинально изменились! Десятилетия назад мы внимали врачам, безмолвно усваивали и не подвергали сомнению то, что они нам говорили о сестринской профессии и нашей роли. Сегодня медицинские сестры сами знают, что они должны делать и как этого достичь. Те клиники, которые прислушиваются к голосу медицинских сестер, добиваются заметных успехов, их опыт – это уже опыт мирового уровня. Именно так профессор из США Джудит Вессии прокомментировала достижения больницы скорой медицинской помощи из Петрозаводска, где была внедрена система сестринского ухода, выделен отдел по оказанию помощи лицам с дефицитом самоухода, внедрена первичная оценка рисков в приемном отделении в момент госпитализации. Система предусматривает идентификацию пациента с помощью цветного браслета в зависимости от выявленного риска – это само по себе уже большой шаг на пути к безопасности и качеству помощи. А отдельная структура больницы по сестринскому уходу – это уже высший пилотаж. Наши зарубежные коллеги взяли этот опыт на вооружение!

Мы добились того, что многие медицинские сестры получили высшее образование. Среди них оказалось немало уже опытных специалистов. И это тоже было важно, ведь они своевременно получили дополнительные знания, чтобы менять работу сестринских служб. Без мотивирующей и под-

держивающей роли РАМС едва ли таких людей было много. Медицинские сестры стали исследователями – они уже преодолели тот барьер, после которого непрерывное совершенствование сестринской помощи становится нормой и ежедневным процессом, частью практики.

– Валентина Антоновна, а сотрудничество с зарубежными специалистами сегодня по прошествии 25 лет с момента создания Ассоциации не утратило актуальности? Все-таки мы уже многому научились.

– Научились, да, но мир не стоит на месте. За последние 20–30 лет сестринская профессия сделала большой шаг вперед. Это касается и клинической практики, и организации, и образования, и законодательного регулирования. Уже у многих российских специалистов на слуху такие понятия, как самостоятельно практикующая медсестра, медсестра расширенной практики, медсестра – клинический специалист. Такие роли внедрены в системах здравоохранения многих стран. Медицинские сестры с более высоким уровнем образования получают широкие полномочия по ведению определенных групп пациентов, вплоть до назначения лекарственных средств, выписки направлений на исследования, посещение специалистов. В течение прошлого года было проведено исследование реализации новых сестринских ролей в 39 странах, рассказать об итогах которого к нам приехала Клаудия Майер, медицинская сестра исследователь из Берлинского университета. Медицинские сестры из США рассказали о том, как новые роли развивались в Америке, что это дает системе здравоохранения и пациентам.

Есть и интересные законодательные инициативы. Например, одним из знаковых событий 2016 года стало принятие правительством Уэльса закона о кадровом обеспечении клиник сестринским персоналом. В качестве спикера в нашем конгрессе приняла участие профессор Джин Уайт, директор департамента сестринского дела правительства Уэльса, так как мы хотели узнать об этой инициативе как можно больше.

Вообще то, что мы сегодня узнаем от наших зарубежных коллег, помогает быть готовыми к тому, с чем уже завтра мы сами начнем работать. Например, именно так обстоят дела с аккредитацией и непрерывным медицинским образованием. Мы давно были готовы к тому, что повышение квалификации специалистов должно идти непрерывно, а не раз в пять лет. И вот мы практически вступаем в новую систему!

– А какова будет роль профессиональной ассоциации в формирующейся системе аккредитации и непрерывного медицинского образования, насколько трудной новая система станет для медицинских сестер?

– Я очень благодарна Татьяне Владимировне Семеновой, руководителю Департамента кадровой политики и медицинского образования за участие в состоявшемся конгрессе. Лидеры всего сестринского сообщества узнали о задачах и принципах новой системы из первых рук. Татьяна Владимировна подчеркнула, что аккредитации не нужно бояться.

Для внедрения аккредитации осталось решить один главный вопрос – утвердить профессиональные стандарты по основным специальностям. С их вступлением в силу в 2018 году выпускники профессиональных училищ и колледжей вольются в ряды практикующих специалистов, только пройдя аккредитацию. Практически закончена работа над банком тестовых заданий и клинических ситуаций, которые станут основой контроля знаний, навыков и клинического мышления выпускника. Работающие медицинские сестры будут проходить аккредитацию и подтверждать свое право на работу в максимально комфортном режиме, начиная с 2021 года. Бояться аккредитации не нужно! Готовиться к новой системе – да, понимать ее суть и задачи – да, но не бояться! От специалистов будут ожидать демонстрации базовых знаний и навыков, необходимых всем, но главное внимание будет уделено тому, чем специалист занимается в рамках своих должностных обязанностей!

Сама аккредитация – как первичная, так и повторная будет проходить с участием независимых экспертов, представляющих профессиональную ассоциацию и работодателя. Ассоциация, имеющая региональные отделения в более чем 40 субъектах РФ, просто не может быть в стороне от этой работы.

РАМС своих членов к аккредитации и НМО уже готовит. Всего за полтора года в аккредитованных мероприятиях участие приняли более 11 тысяч специалистов. Когда ограничения по уровню образования будут сняты (а сегодня НМО реализуется для медицинских сестер с высшим сестринским образованием), наступит эра альтернативного обучения по выбору специалиста и его непосредственного руководителя, что станет основой для стремительного развития сферы последипломного образования. Многие ассоциации и центры повышения квалификации к такому повороту событий готовы, в чем мы не единожды

убедились в ходе симпозиумов и секционных заседаний конгресса.

– Итак, аккредитация и непрерывное медицинское образование составят важное направление в работе Ассоциации на предстоящие годы. Какие еще планы по развитию организации, специалистов, практики были выработаны в ходе конгресса?

– Я думаю, мы будем и далее поддерживать работу специализированных секций. В каждом направлении медицины должны быть свои лидеры сестринской практики, готовые внести вклад в разработку стандарта, протокола, гайдлайна. И, кстати, разработке таких документов мы также уделим предельное внимание. У нас есть Стандарт периферического венозного доступа, который как раз сейчас пересматривается. Уверена, что аналогичные документы по иным разделам практики, процедурам позволят существенно повысить качество помощи. Мы когда-то начинали с того, что в сестринском деле отсутствуют технологии, алгоритмы, документация, специальная литература. Информационный голод отчасти удалось удовлетворить. Но это была лишь вершина айсберга. Сегодня, когда в Ассоциации действуют 16 специализированных секций, мы можем ставить задачи более высокого порядка.

– Валентина Антоновна, что лично Вы считаете главным итогом прошедших 25 лет работы Ассоциации?

– Мы научились быть настоящей командой, научились поддерживать и отстаивать совместные интересы и приходить на помощь к своим коллегам там и тогда, когда ситуация этого требует. Мы смогли показать всему миру, что голос медицинских сестер, акушерок и фельдшеров России отстаивает профессиональная организация, политику которой определяют сами медицинские сестры!

Мы стали частью глобального движения медицинских сестер и за сравнительно короткий временной отрезок достигли поддержки и признания своих коллег. Сегодня РАМС является одним из ключевых участников крупнейших международных организаций, среди которых Международный совет медсестер, Европейский форум сестринских и акушерских ассоциаций, Альянс сестринских ассоциаций стран БРИКС, множество специализированных групп и организаций, с которыми взаимодействуют специализированные секции РАМС. Это позволяет участвовать в политике здравоохранения на глобальном и региональном уровне, дает нам возможность действовать с тем, чтобы позитивные перемены приходили в профессию медицинской сестры как можно скорее.

Медицинские сестры изменились. Среди нас появилось больше смелых, настойчивых, принципиальных, больше людей, готовых не жаловаться на жизнь, а действовать. Знаете, во время конгресса удалось пообщаться с очень и очень многими, и главные слова, которые я слышала от коллег, сводятся к следующему – «да, проблемы есть, приходится вести постоянную борьбу за свою точку зрения… но такие события, такие конгрессы наполняют энергией и оптимизмом, будем работать, будем добиваться!». Я так горжусь нашими медицинскими сестрами! Мы все вместе совершили грандиозный переворот в сознании огромной армии медицинских работников и доказали, что медицинская сестра может практически все!

– Валентина Антоновна, хочется поздравить Вас с 25-летием Ассоциации и пожелать Вам больших сил и новых свершений, участниками которых становятся тысячи практикующих специалистов!

– Большое спасибо. И мне в свою очередь тоже хочется поздравить все профессиональное сообщество с нашим совместным юбилеем! Мы вместе уже 25 лет и только благодаря этому мы смогли достичь заметных перемен! Мы работаем вместе и разделяем общие взгляды на содержание профессии, на ее настоящее и будущее, и вместе идем вперед.

Я искренне благодарю всех участников конгресса, всех спикеров, модераторов, руководителей секций, руководителей региональных ассоциаций, конечно же, членов Правления РАМС, и всех медицинских сестер, акушерок, фельдшеров, лаборантов за Ваш труд, героизм, упорство в достижении целей! Счастья, здоровья и благополучия Вам и всем Вашим коллегам!

С Новым Годом и Рождеством!

Дорогие коллеги, партнеры, друзья!

Ассоциация медицинских сестер России сердечно поздравляет вас с наступающим Новым годом и Рождеством!

Наступает волшебная пора, когда каждому так хочется верить в чудо, в мечту и удачу! Пусть это волшебное настроение сопровождает вас в течение всего года, ведь если верить в хорошее, доброе и светлое, то жизнь непременно наполнится светом и добром!

Благодарим вас за большую поддержку, принципиальность, готовность совместно отстаивать интересы своей профессии! Искренне желаем вам счастья, благополучия, крепкого здоровья, успехов на профессиональном и жизненном пути!

С глубоким уважением,
Валентина Саркисова,
президент РАМС

Чтобы новогодние праздники прошли весело и беззаботно, к их организации следует отнестись ответственно, не откладывая решение всех задач на последний день. Предлагаем нашим читателям полезный вариант планирования Нового года.

Начинать подготовку следует с составления перечня продуктов и оперативного похода в магазин. Составляя список, обратите внимание на мелочи, в числе которых сувениры, шпажки и салфетки. В противном случае придется возвращаться в магазин и терять время.

По возвращении из магазина приступайте к установке новогодней елки и украшению жилища. При отсутствии сил лучше сразу отправляйтесь спать, а дела оставьте на завтра.

На следующий день завершите установку елки и уборку дома. Помните, сначала устанавливается и украшается новогодний символ, а уборка проводится позже.

После приступайте к готовке угощений. Некоторые блюда готовятся заранее: салаты, торты и холодные закуски. Если времени слишком мало, торт лучше купите в кондитерской.

Решив вопросы, касающиеся новогоднего стола, поработайте над собой. Несомненно украшенный дом и накрытый стол – хорошо. Но без ухоженной хозяйки праздник будет далеким от идеала. Уделите время подготовке наряда и самой себе. Делая прическу и накладывая макияж, не спешите. Поскольку новогодние блюда уже готовы, жилье чистое и убранное, украшение стола много времени не потребует.

Последний этап подготовки к Новому году представлен сервировкой стола, завершением готовки, встречей гостей.

Следуя этому плану, вы обязательно успеете все. Останется провести новогодний праздник в веселой и шумной компании.

Как встречать новый год 2018, чтобы он запомнился надолго?

Наступающий год по восточному календарю – год желтой собаки.

Собака – животное энергичное и общительное, поэтому ей понравятся развлечения, танцы и песни. Ну, а также спортивные состязания и активные игры. Значит в процессе праздника можно запросто устроить следующие мероприятия:

1. Поход в гости к друзьям, коллегам и приятелям, с которыми можно поболтать обо всем и повеселиться.

2. Семейный праздник с кучей родственников и детей, когда слышится смех и шутки.

3. В ресторане, кафе или на турбазе, где можно не только на свежем воздухе побегать, скушать шашлык, но и отведать экзотических блюд.

4. Устроить шоу-праздник с салютом, фейерверком, сюрпризами и танцами-марабу.

И главное, где бы ни застал Вас Новый год – дома, в семейном кругу, в шумной дружеской компании или, как это часто бывает, на дежурстве, пусть с боем курантов в вашу жизнь войдут счастье и надежды на лучшее!

В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ НОВЫЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

ИТОГИ СИМПОЗИУМА РАМС В РАМКАХ VI КОНГРЕССА НАЦИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ ФТИЗИАТРОВ

23 октября в Санкт-Петербурге состоялся VI конгресс Национальной ассоциации фтизиатров «Современные направления развития фтизиатрии: научные разработки, междисциплинарная интеграция, итоги и перспективы», активными участниками которого стали более 130 медицинских сестер.

Симпозиум, организованный РАМС, проходил в течение всего первого дня работы конгресса и был условно разделен на несколько тематических блоков: общие задачи сестринского персонала при оказании помощи пациентам с ТБ, профилактике, диагностике и организации лечения; лечение пациентов с ТБ и ВИЧ, фтизиатрическая помощь детям и обеспечение инфекционного контроля.

Даже традиционные для фтизиатрических сестер темы рассматривались с точки зрения новых технологий, новых принципов организации помощи или совершенно новых масштабов.

Так, Кэрри Тюдор, руководитель ТБ проекта Международного совета медсестер представила вниманию участниц новый инструмент для работы с больными МЛУ-ТБ – по профилактике побочных эффектов терапии. В одном документе в удобном для медицинской сестры формате собраны данные о всех видах токсичности используемых в терапии препаратов. В документе содержатся данные о вероятных виновниках нежелательных симптомов, о том, на какие показатели медсестре стоит обратить внимание, какие вопросы задать пациенту и что сообщить врачу. Документ уже получил высокую оценку со стороны экспертов. Теперь с помощью членов РАМС будет организована его практическая апробация, а уже затем он будет внедрен в повседневную практику специалистов. А инициировали создание этого документа медицинские сестры России! Как показал симпозиум, наши специалисты действительно способны на очень многое.

Так, Татьяна Кудряшова, медицинская сестра кабинета профилактики из северного городка Вельска рассказала о большой работе с волонтерами. Когда-то эта работа была поставлена на широкие рельсы, потом был провал, а в последние годы ей удалось вовлечь в профилактическую работу буквально всех – от медиков до полицейских, от администрации больницы – до администрации города. Акции борьбы с ТБ в Вельске проходят широко, так что сегодня практически не осталось жителей, которые не осведомлены о симптомах данного заболевания. И результаты этой работы уже очевидны – за два года не зарегистрировано ни одного случая нового заболевания ТБ!

С замечательным докладом выступила Ирина Федченко, специалист лаборатории из Ленинградской области, предоставив участникам симпозиума замечательную возможность оказаться там, где тщательным исследованиям подвергаются те образцы биологических материалов, за сбор которых отвечают медицинские сестры. Современная лаборатория может дать ответ на множество вопросов – есть ли у человека ТБ, если да, то какой именно. К каким антибиотикам чувствительна микобактерия, как она реагирует на проводимое лечение. Отдельные исследования проводятся для пациентов с ВИЧ. Лабораторная служба совершенствуется. Результаты ее работы могут корректировать процесс лечения и оказывать влияние на его исход, однако непременное условие – правильная процедура сбора материала и его доставки в лабораторию.

Развиваются и подходы к лечению. Елена Тарасова, главная медицинская сестра противотуберкулезного диспансера из г. Тюмени поделилась с участниками впечатлениями о только накануне прошедшем Всемирном конгрессе по заболеваниям легких. В частности, в Гвадалахаре было представлено инновационное лекарство, которое позволяет отслеживать прием благодаря встроенному чипу.

Но и наши специалисты не отстают – и реальностью практики становится оказание пациент-ориентированной помощи с применением современных технологий! Уже более года в городе

Томске пациенты имеют возможность проходить контролируемое лечение на амбулаторном этапе дистанционно. Ольга Юрьевна Крицкая, старшая медсестра дневного стационара, рассказала об этапах реализации данного проекта, его преимуществах и недостатках. Апробация ВКЛ, так сокращенно называется видео контролируемое лечение, проходила с участием 6 пациентов, а сейчас их число превысило 80 человек! Пациентам не нужно ежедневно ездить в диспансер для приема медикаментов – лекарства они получают на 7 дней и принимают их перед видеокамерой во время сеанса связи по Skype с процедурной медицинской сестрой.

Особую угрозу ТБ представляет для пациентов с положительным ВИЧ статусом. По статистике Городской туберкулезной больницы № 2, у более 65 % пациентов с ВИЧ выявляется МЛУ-ТБ. Всего в нашей стране в 2016 году было зарегистрировано порядка 30,5 тысяч пациентов с ТБ и ВИЧ. У пациентов с ВИЧ туберкулез развивается иначе. Если у обычного пациента инфекция может зреть годами и симптомы развиваться месяцами, то пациенты с ВИЧ могут назвать день и час, когда они заболели ТБ, отметил в своем выступлении профессор, д-р мед. наук, Александр Михайлович Пантелеев. Симптомы нарастают и развиваются стремительно, в отсутствие незамедлительного лечения такие пациенты быстро погибают.

Клиническая симптоматика ТБ на фоне ВИЧ-инфекции:

- Лихорадка.
- Профузные ночные поты.
- Снижение веса (до 15–25 кг за месяц).
- Нарастающая кахексия.
- Быстро нарастающая адинамия.

Вследствие этого пациентам с ВИЧ рекомендовано в случае ранних стадий инфекции (более 350 кл) ФЛГ и туберкулинодиагностика дважды в год; а в случае поздних стадий (менее 350 кл) – скрининг 4 клинических симптомов (повышение температуры, снижение веса, ночные поты, кашель) и при наличии хотя бы одного – направление к фтизиатру.

Важно помнить, что ТБ на фоне ВИЧ-инфекции успешно лечится. Главное, диагностировать болезнь на начальном этапе.

Большое внимание участники симпозиума уделили вопросу лечения детей. Уникальным опытом поделились специалисты из Республики Саха (Якутия) – в Якутске построен крупнейший современный детский санаторий, где наряду с традиционными методами лечения применяются программы лечебного питания, созданы все условия для комфортного длительного пребывания детей и их обучения.

Специалисты из Тюмени рассказали о сложной задаче специалистов при лечении ТБ у детей с сопутствующими заболеваниями, в частности, с ДЦП. Туберкулез сам по себе является серьезным испытанием для детского организма, но когда речь идет о ребенке с тяжелой формой ДЦП – задача многократно усложняется. Проанализировав данные по лечению маленьких пациентов, руководители диспансера пришли к выводу о необходимости выделения отдельной сестринской ставки для лечения детей с ДЦП, была разработана специальная программа ухода – питания, гигиены, регулярных перемещений, водных процедур. Благодаря этой инновации, дети, поступающие на лечение, справляются с тяжелыми режимами химиотерапии, при этом их неврологический статус не страдает.

Специалисты обсуждали лечение детей в стационаре, длительное пребывание в санатории, роль лечебного питания и особенности организации работы диетсестры, роль и задачи инструктора ЛФК. Всем было интересно и всем хотелось больше узнать об опыте своих коллег.

Далее последовал блок докладов, посвященных проблематике инфекционного контроля. Здесь также речь шла и о работе в стационаре, и об организации работы в амбулаторной сети, и о работе специалистов в очагах. О результатах своего проекта и исследования рассказала Александра Иннокентьевна Обутова, защитившая в начале 2017 года кандидатскую диссертацию. В Республике Саха (Якутия) лечение и профилактика любых заболеваний требует преодоления географических барьеров. По сути, фельдшер в отдаленном улусе остается один на один с любым заболеванием. Поэтому специалисты НМЦ «Фтизиатрия» провели детальную работу с фельдшерами, а также руководителями улусов, объяснили всем, что такое туберкулез, научили методам дезинфекции, рассказали о симптомах заболевания. Специалисты Республики пришли к выводу, что в случае возникновения в селе туберкулеза, все село необходимо рассматривать как очаг и проводить соответствующие мероприятия. Отныне фельдшеры, работающие в улусах, действуют по единому алгоритму, ведут соответствующую документацию и получают поддержку от местной администрации и понимание со стороны населения.

Большой шаг к ведению централизованной борьбы с ТБ был сделан в столице. Специалисты Московского городского центра борьбы с ТБ применили картографический метод для визуализации слу-

чаев ТБ и создали карту города, на которую наносят все случаи ТБ с датами выявления. Карта развивается, в ней также отмечаются контакты, пациенты, излечившиеся от ТБ, умершие. Анализ карты в динамике показывает специалистам географию распространения ТБ, недочеты в работе в очагах, направления, на которых следует сосредоточить внимание. В таком огромном мегаполисе, как Москва, борьба с ТБ без применения подобных технологий – это борьба вслепую. Сегодня появляется надежда на то, что новые методы позволят полностью взять распространение ТБ под контроль.

Своеобразным эпилогом конференции стало практическое занятие – Алла Быкова, медицинская сестра из Центра специализированной фтизиопульмонологической помощи г. Владимира представила алгоритм проведения фит-теста (исследования правильного прилегания респиратора и адекватного выбора модели и размера для конкретного медицинского работника). Фит-тест проводится при первичном выборе респиратора, а затем ежегодно, также тест необходим при изменении анатомических особенностей лица. В своеобразном эксперименте в ходе симпозиума участие приняли две медицинские сестры, протестировавшие разные модели респираторов. На начальных этапах теста (при нормальном дыхании, глубоком дыхании, движениях головой в стороны, вверх и вниз) оба респиратора показали себя с наилучшей стороны. Однако в продолжение теста, когда испытуемых попросили говорить без остановки, один из респираторов оказался неподходящим. А вот второй помог нашей участнице пройти все задания – бег, ходьбу и снова обычное дыхание. Проведение фит-теста достаточно затратная по времени процедура, однако мы все убедились, как она необходима для защиты медицинской сестры – ведь на практике речь идет о ее здоровье!

Конференция позволила собравшимся обсудить волнующие вопросы, но осталось их не меньше – это лечение пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью, лечение пациентов с сопутствующими заболеваниями печени и почек, непрерывное медицинское образование, дистанционное обучение, вопросы организации помощи и кадровой политики, безопасность персонала, этические вопросы…

Все эти вопросы будут обязательно учтены при формировании программы следующего научного симпозиума РАМС для специалистов фтизиатрии, а также при формировании содержания онлайн-тренингов, которые будут проводиться в рамках программы непрерывного медицинского образования, начиная с 2018 года.

В ходе конференции выступили специалисты Санкт-Петербурга, Севастополя, Брянска, Владимира, Тюмени, Республики Саха (Якутия), Томска, Архангельской, Кировской, Ленинградской области, Астрахани, Мурманска и Москвы! Ассоциация медицинских сестер России искренне благодарит докладчиков, подготовивших исключительно интересные и содержательные доклады.

Путеводная звезда

В ходе симпозиума состоялось награждение Татьяны Кудряшовой – участковой медицинской сестры противотуберкулезного кабинета поликлиники ГБУЗ АО «Вельская центральная районная больница» – почетным знаком Международного совета медсестер «Путеводная звезда».

Некогда Татьяна Владимировна получила два диплома – «сестринское дело» и «лечебное дело», четыре года отработала фельдшером, а затем, в теперь уже далеком 1998 пришла во фтизиатрию. И вот уже почти 20 лет Татьяна отвечает за работу по предотвращению, профилактике и контролю ТБ инфекции. За эти годы были и многочисленные учебы, и интересные проекты, а сегодня уже сама Татьяна Владимировна своей работой дает пример многочисленным коллегам не только в нашей стране, но и во всем мире, где проблема ТБ стоит столь же остро.

Взяв за основу Руководство по борьбе с туберкулезом, подготовленное Международным советом медсестер, Татьяна Кудряшова вовлекла в работу против ТБ буквально всех – пациентов, глав администраций, депутатов, медиков, педагогов, родителей и детей. В местной прессе регулярно появляются публикации о ТБ, теле и радиорепортажи, в школах и других детских учреждениях, а также в рабочих, профессиональных коллективах проводятся встречи, так что все и каждый знает «врага» в лицо. Зачастую благодаря такой инициативе удается решать и социальные проблемы пациентов. Так, благодаря организуемым благотворительным акциям, удается найти средства на новогодние подарки детям, чьи родители проходят лечение в Вельском противотуберкулезном диспансере. А пациенты, находящиеся в трудной жизненной ситуации, получают продуктовые наборы.

Вот так день за днем благодаря усилиям медицинской сестры пациенты получают не только лечение, но и поддержку, а население – знания и защиту! Поздравляем Татьяну, всех ее коллег и желаем новых профессиональных достижений!

УСКОРЕНИЕ НА ПУТИ К ЛИКВИДАЦИИ

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ ИЗ РОССИИ ПРИНЯЛИ УЧАСТИЕ В МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ СОЮЗА ПО БОРЬБЕ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Елена Витальевна Тарасова
Главная медицинская сестра ГБУЗ ТО «Областной противотуберкулёзный диспансер»

Татьяна Юрьевна Федоткина
Главная медсестра ОГАУЗ «Томский фтизиопульмонологический медицинский центр»; председатель фтизиатрической секции РАМС; тренер Международного совета сестер по вопросам лечения и ухода за больными ТБ

11–14 октября 2017 года в г. Гвадалахара (Мексика) состоялась 48-я Всемирная конференция «Ускорение на пути к ликвидации». Гвадалахара встретила всех участников конференции солнечной погодой и мексиканским гостеприимством.

Всемирная конференция по здоровью легких, проведенная в Гвадалахаре, стала одной из самых инновационных в области туберкулеза и его сопутствующих инфекций. Внимание было сосредоточено на том, как ускорить ликвидацию на нескольких фронтах, включая туберкулез и сопутствующие инфекции, улучшение борьбы против табака и сокращение загрязнения воздуха.

Из 1200 тезисов экспертными комиссиями ВОЗ были отобраны для участия только половина, и это говорит о том, что выбраны самые лучшие, интересные и наиболее значимые для обсуждения темы.

Делегаты из более чем 100 стран посетили четырехдневную конференцию с пленарными заседаниями, симпозиумами и постерными сессиями.

На церемонии открытия участники мероприятия посмотрели на ТБ глазами пациента – Милени Ромеро рассказала трогательную историю о том, как столкнулась и как боролась с этим недугом.

В рамках конференции состоялся Глобальный симпозиум ВОЗ по ТБ, в ходе которого рассматривались вопросы о межсекторальном подходе к борьбе с ТБ, приводились примеры национальных стратегий, подчеркивалась важная роль гражданского общества и парламентариев.

Насыщенная содержательная программа включала много интересных симпозиумов, докладов: научные исследования в области разработки новых лекарственных препаратов и режимов лечения; новое «оцифрованное лекарство», которое могло бы революционизировать приверженность к лечению туберкулеза за счет дистанционного контроля; исследования в области профилактики (новые вакцины); вопросы инфекционного контроля; оказание пациент-ориентированной помощи, которая является неотъемлемой частью стратегии ВОЗ по борьбе с туберкулезом.

В течение нескольких лет РАМС проводит конкурсный отбор тезисов для участия в международном конгрессе Союза по борьбе с заболеваниями легких. В конкурсе могут принять участие медицинские сестры фтизиатрической службы – члены РАМС. Следите за объявлениями на нашем сайте www.medsestre.ru

Уже на протяжении нескольких лет медицинские сестры из Российской Федерации являются активными участниками международных конференций. Вот и в этом году 3 делегата – медицинские сестры приняли участие в этом глобальном мероприятии:

Елена Тарасова (г. Тюмень) с устным докладом «Оценка вмешательства медицинских сестёр для улучшения качества жизни хронических больных МЛУ-ТБ, находящихся на длительном стационарном лечении»;

Татьяна Федоткина (г. Томск) с устным докладом «Влияние депрессивных состояний на приверженность к лечению у пациентов с туберкулезом»;

Елена Хасанова (г. Санкт-Петербург) с постерным докладом «Влияние стигмы на качество жизни больных ТБ».

Кроме России, в конференции приняли участие медицинские сестры из других стран: США, Франции, Китая, Голландии. Интересные доклады и постерные сессии способствовали активному обмену опытом с коллегами из других стран.

Хотелось бы также отметить, что врачебное сообщество очень высоко оценило участие медицинских сестёр в этой масштабной конференции, ведь тезисы медицинских сестер проходили такой же отбор для включения в научную программу, как и тезисы, подготовленные врачами.

Много нового, полезного и интересного все участники привезли в свои регионы для внедрения в деятельность сестринского персонала фтизиатрической службы, чтобы на следующий год представить новые достижения и общий вклад медицинских сестёр в борьбе с туберкулёзом!

49-я конференция Союза пройдет 24–27 октября 2018 года в Гааге, Нидерланды для достижения общих целей: «Ликвидация туберкулёза в мире к 2030 году!».

Принять участие в международной конференции удалось благодаря поддержке Российской ассоциации медицинских сестёр, Международного совета медицинских сестер.

Особенности организации работы операционной медицинской сестры при проведении трансплантации легких

- **Антипова Л.В.**
  старшая операционная медицинская сестра, ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского» Департамента здравоохранения города Москвы
- **Кондрашкина Л.А.**
- **Захарова С.С.**

Трансплантация легких является единственным радикальным способом лечения в терминальной стадии хронических заболеваний органов дыхания (как легочной, так и сосудистой природы), когда исчерпаны все возможные альтернативные методы лечения. Трансплантация легких зачастую не просто сохраняет жизнь, но и радикально улучшает ее качество – более 80% пациентов практически не имеют физических ограничений через пять лет после ее проведения.

Мировая история трансплантации легких началась в СССР в 1947 году в Москве в эксперименте на животных. Владимиром Петровичем Демиховым была доказана принципиальная возможность такой операции. Первые клинические наблюдения и дальнейшее развитие этого направления в медицине осуществлялись за пределами нашей страны.

В 1963 году Дж. Харди в клинике штата Миссисипи (США) впервые выполнил одностороннюю трансплантацию легкого пациенту, страдающему раком левого главного бронха и хронической обструктивной болезнью легких. Больной умер после операции на восемнадцатые сутки от почечной недостаточности. Совершенствование хирургической техники и появление в начале 80-х годов новых более безопасных иммуносупрессивных препаратов обусловило успех операции по трансплантации.

В 1983 году в городе Торонто (Канада) командой врачей под руководством проф. Дж. Купера выполнена первая успешная односторонняя, а в 1986 году и двусторонняя пересадка легких. С этого времени в мире выполнено более 50 000 подобных операций. В наши дни эта операция заняла прочные позиции в мировой медицине и позволяет радикально излечивать пациентов, страдающих терминальными заболеваниями органов дыхания.

В СССР, а затем в РФ после основополагающих работ В.П. Демихова и Ю.Я. Рабиновича трансплантация легких не получила широкого клинического развития, и только в 2006 году международной группой специалистов из России и Франции (акад. РАН А.Г. Чучалин, проф. П.К. Яблонский и проф. Ж. Массар) выполнена первая успешная операция пациентке с эмфиземой легких. В настоящее время в мире ежегодно выполняется около 4000 трансплантаций легких.

В 2007 году в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского стало активно развиваться направление оказания высокотехнологичной медицинской помощи пациентам, нуждающимся в пересадке органов.

В 2011 году под руководством академика РАН А.Г. Чучалина и академика РАН М.Ш. Хубутия начата долговременная научно-практическая программа по клинической трансплантации легких, цель которой заключается в том, чтобы не выполнять единичные трансплантации, а сделать эти операции рутинными, сделать серию программных трансплантаций. Опыт клиники в настоящее время составляет 48 трансплантаций. Это является самым большим опытом для лечебных учреждений в нашей стране и ближнем зарубежье.

В 2011 году в составе отделения «Трансплантация почки и поджелудочной железы» в корпусе, открытом после реставрации, начал функционировать операционный блок для трансплантации органов, основной задачей которого является оказание высококвалифицированной медицинской помощи больным, нуждающимся в пересадке органов. В отделении выполняются операции по трансплантации почки, поджелудочной железы, печени, легких, а также трансплантации родственной почки и печени.

Была заложена мощная материально-техническая база. В составе отделения две интегрированных операционных OR-1, оборудованных автономной приточно-вытяжной вентиляцией и снабженных системой ламинарного потока воздуха, установлены автоматически открывающиеся – закрывающиеся двери. Операционные оснащены высокотехнологичным оборудованием:

- эндовидеохирургической аппаратурой KARL STORZ;
- электрохирургическими аппаратами FORCE TRIAD, ультразвуковыми блоками «Аутосоник», «Гармоник»;
- необходимым хирургическим инструментарием, который собран в целевые наборы и хранится в боксах KLS MARTIN, снабженных антибактериальным фильтром MICRO STOP, что обеспечивает стерильность инструментов не менее 6 месяцев;
- специализированным расходным медицинским материалом – на операциях используются одноразовые комплекты хирургического белья, халаты, перчатки, барьеры для ограничения операционного поля, наклейки на раны,

шовный материал, всевозможные одноразовые сшивающие аппараты ведущих отечественных и мировых производителей;

- предстерилизационная очистка и дезинфекционная обработка инструментария производится в моечно-дезинфекционных машинах GETTING;
- для обеззараживания воздуха от всех видов микрофлоры, помещения оперблока оборудованы УФ бактерицидными установками «АЛЬФА», принцип действия которых основан на импульсной плазменно-оптической технологии обработки воздуха и открытых поверхностей высокоинтенсивными потоками УФ-излучения сплошного спектра, это обеспечивает высокую бактерицидную эффективность установки при незначительном времени облучения. В экстренном режиме через 4 мин от начала обработки операционная готова к работе.

Персонал оперблока был укомплектован высококвалифицированными специалистами. Часть из них имеют большой опыт работы в кардиохирургии и трансплантации органов, соответственно владеют специализированными знаниями и навыками, профессиональным мастерством, необходимым для решения задач по организации проведения и освоения нового направления в трансплантологии.

Техника операции

Трансплантация легких выполняется двумя операционными бригадами, в два этапа:

1. Эксплантация донорских легких.
2. Трансплантация.

На всех этапах операции обе операционные бригады работают в тесном взаимодействии.

Для организации работы бригады на донорском этапе в отдельном помещении оперблока в мгновенной готовности хранятся полностью укомплектованные контейнеры со стерильным набором инструментария, расходных материалов, оборудования, изделий медицинского назначения, необходимых для эксплантации легких, а также термоконтейнер для консерванта, холодных растворов, стерильного льда и контейнер для транспортировки органов.

Окончательную оценку пригодности легких для пересадки проводят во время операции мультиорганного изъятия. После принятия решения о заборе органа реципиент подается в операционную, одновременно в этот момент производится эксплантация комплекса донорских легких, их консервация, упаковка и транспортировка (фото 1).

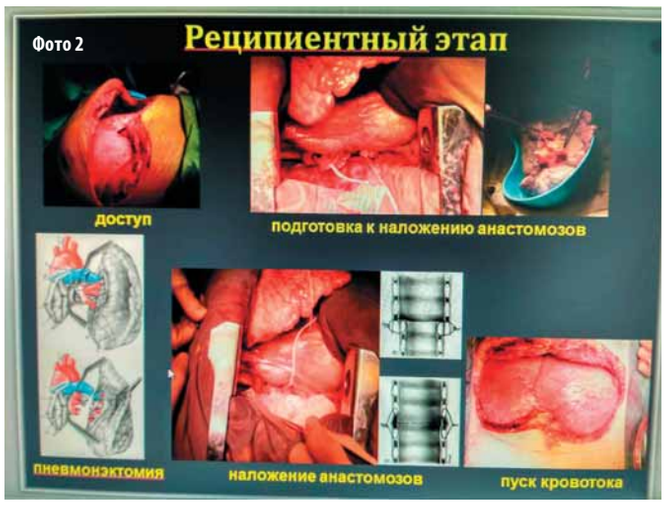
Особенностью трансплантации является синхронизация этапов донор (back table) и работы с реципиентом (двусторонняя последовательная пневмонэктомия), требующая от медицинского персонала организации одномоментной работы двух операционных бригад в условиях одной операционной, поэтому операционная сестра, готовясь к трансплантации накрывает дополнительный стол (back table) для бригады хирургов, занимающихся подготовкой трансплантата к пересадке.

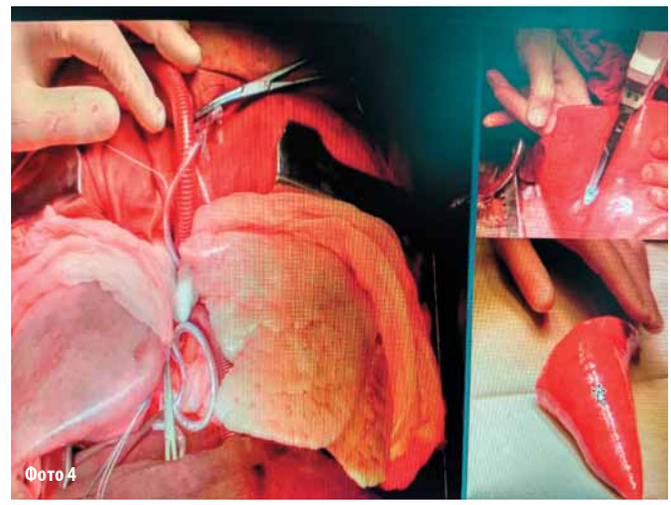
Техника хирургического вмешательства заключается в двусторонней поочередной пересадке легких, сначала удаляется одно легкое реципиента и на его место трансплантируется донорское. В течение всего этого времени газообмен обеспечивается за счет вентиляции противоположного легкого реципиента, а удаляемое легкое не вентилируется и коллабируется для облегчения визуализации доступа к анатомическим образованиям грудной клетки. Выполняется пневмонэктомия с помощью одноразовых сшивающих аппаратов и лигирования с сохранением максимально длинных культей сосудов и бронхов, наложением анастомозов между соответствующими сосудами и бронхами легких донора и реципиента. Наложение бронхиального анастомоза может выполняться телескопическим методом (если диаметр бронха донора не соответствует диаметру бронха реципиента), либо по методике «конец в конец». После наложения бронхиальных анастомозов следует производить смену инструментов, обкладочных материалов и перчаток. Затем трансплантируется второе легкое (фото 2). Техника операции обеспечивает подход к сосудам в корнях легких, доступ к сердцу при необходимости подключения аппарата искусственного кровообращения (ИК), или экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО) (фото 3).

Решение о постановке ЭКМО в большинстве случаев принимается интраоперационно, в связи с чем на этапе хирургического доступа всем пациентам выполняется поперечная стернотомия. Показанием к постановке ЭКМО является тяжелая некоррегируемая другими методами дыхательная и/или гемодинамическая недостаточность.

У части пациентов постановка ЭКМО осуществлялась до имплантации легких, в то время как в небольшом проценте случаев экстракорпоральная поддержка потребовалась после имплантации первого легкого. На этом этапе от операционной медицинской сестры требуются знания кардиохи-

Фото 1





рургического профиля с необходимостью использования аортальных и венозных канюль для канюляции магистральных сосудов, методов наложения сосудистого шва. По окончании имплантации принимается решение либо о продолжении проведения ЭКМО, либо его отключении.

На данном этапе развитие событий возможно в трех вариантах:

1. Отключение центральной ЭКМО и окончание операции.

2. Отключение центральной ЭКМО с постановкой периферических канюль и проведение послеоперационной ЭКМО.

3. Выведение центральных канюль через грудную стенку и завершение операции с продолжением центральной послеоперационной ЭКМО, а после стабилизации состояния больного выполняется рестерноторакотомия и удаление канюль ЭКМО.

Существуют некоторые особенности и осложнения, заслуживающие отдельного упоминания. Одна из проблем, с которой приходится сталкиваться хирургам при трансплантации, – несоответствие размеров трансплантата размерам плевральной полости реципиента. Даже при проведении предоперационного сопоставления иногда оказывается, что легкие донора больше, чем плевральная полость реципиента. То есть легкие после трансплантации при обычных режимах вентиляции выходят за пределы плевральной полости, и ушить рану в этой ситуации не представляется возможным. В таких случаях выполняется редукция объема трансплантата путем краевых резекций, в одном случае была выполнена двусторонняя лобэктомия (фото 4).

Нередко бывает, что при мультиорганном заборе органов разделение сердечного и легочного трансплантата приводит к недостаточности венозной сосудистой площадки для наложения анастомозов. В данной ситуации выполняют пластику имплантатов венозной площадки лоскутом перикарда.

Можно сказать, что трансплантация легких является одним из сложных оперативных вмешательств, требующих от операционной медсестры не только общехирургических навыков, но и знаний по сосудистой, торакальной, кардиохирургии, хирургии трахеи и бронхов, знания техники и хода операции. Это дает возможность предвидеть любые нестандартные ситуации и возможные осложнения, заранее подготовиться к ним для оказания оперативной помощи. Длительность операции (12 часов и более), ЭКМО сопровождение, специфические особенности данного контингента больных, подвергающихся иммуносупрессии и нуждающихся в особом, строжайшем режиме асептики и антисептики обусловливает огромную ответственность операционных медсестер и требует высокого профессионализма и компетентности.

На результат трансплантации легких оказывают влияние множество одинаково значимых факторов. Факторы реципиента и донора (разработаны определенные критерии отбора реципиента и донора), оснащение, тесная связь между различными подразделениями клиники. Важная роль отводится бригаде специалистов (пульмонологов, трансплантологов, перфузиологов, анестезиологов, реаниматологов, лаборантов, свою роль играют и операционные медицинские сестры), и только согласованная работа высокопрофессиональных специалистов, отлаженное командное взаимодействие позволяют достичь положительных результатов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Готье С.В., Мойсюк Я.Г., Хомяков С.М. // Вестник трансплантологии и искусственных органов. – 2011. – № 2. – С. 6–20.

2. Демихов В.П. Вопросы грудной хирургии. М., 1949. С. 42–46.

3. Хубутия М.Ш., Чучалин А.Г., Абакумов М.М., Авдеев С.Н., Тарабрин Е.А., Головинский С.В. Первая трансплантация легких в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского // Трансплантология. – 2011. – № 2–3. – С 5–10.

4. Хубутия М.Ш., Чучалин А.Г., Авдеев С.Н., Тарабрин Е.А., Каллагов Т.Э. Доклад « Трансплантация легких: опыт НИИ СП им. Н.В. Склифосовского» // Хирургия Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2015. – № 8. – С 56–60.

Оптимизация выполнения рентгенохирургической трансбронхиальной биопсии легкого

Федоришина Светлана Владимировна
Главная медицинская сестра ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава Российской Федерации г. Санкт-Петербург

В рамках ежегодного VII Международного конгресса «Актуальные направления кардиоторакальной хирургии», проходившего в Санкт-Петербурге в июне 2017 года, состоялся доклад старшей медицинской сестры отделения эндоскопии Т.Г. Лиходиевской на тему: «Оптимизация выполнения трансбронхиальной биопсии легкого рентгенохирургической».

Актуальность. Актуальность исследования заключается в поиске возможностей оптимизации обследования пациента, критериями которой являются быстрота и качество обследования, экономичность исследований. Согласно расчетным нормам времени на диагностическую бронхоскопию отводится 60 минут, на рентгенохирургическую трансбронхиальную биопсию легкого – 90 минут.

Кроме того, при освоении новых технологий и методов время на одно исследование должно быть увеличено на 25 %.

На процедурную сестру эндоскопического отделения возложены следующие функции: подготовка к работе своего рабочего места и места врача; помощь врачу-эндоскописту в проведении различных эндоскопических манипуляций; обеспечение сохранности аппаратуры во время работы, ее своевременная уборка и хранение; соблюдение требований охраны труда; техники безопасности, гигиены труда, обеспечение инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала; своевременное и качественное ведение медицинской документации, регистрация пациентов и проводимых исследований.

Фактически же процедурная сестра эндоскопического отделения/кабинета является ассистентом врача. Для определения роли сестры в эндоскопическом исследовании сначала расскажем о самом исследовании.

Метод. Трансбронхиальная, или чрезбронхиальная, биопсия легкого (ТББЛ) проводится для получения ткани легкого при подозрении на периферический рак или диффузные заболевания легких. Метод ТББЛ был впервые разработан и внедрен в клиническую практику H. Andersen и соавт. (1965). Первоначально метод применялся при жесткой бронхоскопии, в настоящее время ТББЛ выполняется чаще при фибробронхоскопии или видеобронхоскопии.

Предварительно на рентгенограммах грудной клетки определяют сегментарную локализацию образования, а при диффузных (интерстициальных) заболеваниях – зону наиболее выраженных изменений в легких. Во время бронхоскопии гибкие биопсийные щипцы под визуальным контролем вводят в устье сегментарного (субсегментарного) бронха, дальнейшее продвижение щипцов осуществляют под рентгенотелевизионным контролем. Щипцы устанавливают на фоне ограниченного затенения, а при диффузных процессах – на расстоянии не менее 3 см от висцеральной плевры. Положение щипцов обязательно контролируют в двух проекциях. Щипцы раскрывают на вдохе, закрывают на выдохе, затем извлекают. Полученный биоптат (фрагмент стенки мелкого бронха с окружающей тканью легкого) фиксируют в 10 % растворе нейтрального формалина. Для гистологического исследования необходимо, как правило, от 3 до 5 фрагментов ткани легкого; однако количество их зависит от того, имеют ли полученные фрагменты тот объем ткани, который был бы достаточным для гистологического исследования.

Мы так подробно описали манипуляцию, чтобы стало понятно, почему процедурная сестра эндоскопического отделения/кабинета скорее ассистент врача.

Во-первых, чрезбронхиальная биопсия легкого выполняется в рентгенкабинете, поэтому все, что необходимо для выполнения манипуляции, процедурная сестра собирает и размещает на специальной тележке:

- эндоскоп, осветитель, аспиратор;
- лекарственные препараты для местной анестезии, лекарственные средства местной остановки кровотечения, физиологический раствор;
- щипцы, шприцы;
- стакан-ловушка для бронхиального смыва;
- емкость с раствором формалина для биоптатов;
- стерильная емкость для смыва;
- перчатки и т. д.

Во-вторых, в кабинете медицинская сестра проводит первичный опрос пациента. Спрашивает, когда пациент ел/пил последний раз, уточняет данные о переносимости лекарственных веществ. О результатах сообщает врачу. Рассказывает пациенту о правильном поведении во время исследования.

В-третьих, готовит рабочее место.

В-четвертых, во время исследования корректирует поведение и успокаивает пациента, подает весь необходимый инструментарий, готовит и вводит по команде врача, лекарственные препараты, физиологический раствор. Следит за качеством смыва и биоптатов. А также помогает пациенту поворачиваться во время исследования для контроля положения щипцов.

После исследования сестра расспрашивает пациента о самочувствии, объясняет, когда можно принимать пищу. В случае необходимости вызывает персонал для транспортировки пациента в отделение.

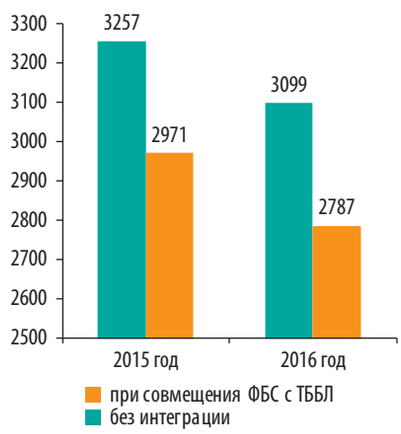
Материалы. За 2012–2016 гг. в ФГБУ «НИИ фтизиопульмонологии» МЗ РФ выполнено 1187 рентгенохирургических трансбронхиальных биопсий лег-

кого для морфологической верификации следующих диагнозов: интерстициальное заболевание легких, периферическое образование легкого.

Бронхоскопия помимо знакомства с пациентом и его медицинской картой включает местную анестезию, осмотр с фото- и/или видеозаписью, выполнение смывов из бронхов для микробиологического и цитологического исследования. Рентгенохирургическая трансбронхиальная биопсия легкого в данном случае включает в себя все этапы первичной диагностической бронхоскопии с последующим выполнением биопсии ткани легкого.

Рентгенохирургическая трансбронхиальная биопсия легкого

Под рентгенотелевизионным контролем щипцы проводятся в периферические отделы бронхиального дерева, захватывая кусочек ткани легкого, который сразу же фиксируется в 10% растворе формалина.



Сравнительная диаграмма затрат времени на проведение исследований, планируемых и после интеграции ТББЛ в диагностическую бронхоскопию (в ч)

Во время одного исследования производится взятие 3–5 кусочков ткани, из которых изготавливаются гистологические препараты.

Результаты. За 2012–2014 гг. 589 пациентам было выполнено 1178 процедур для получения материала с последующим бактериологическим, цитологическим и гистологическим исследованием.

С 2015 года первичный эндоскопический осмотр и рентгенохирургическую трансбронхиальную биопсию легкого проводили во время одного исследования – 598 исследований вместо 1196. Несмотря на некоторое увеличение продолжительности процедуры, чаще всего 3–5 минут, объединение манипуляций в одном исследовании позволило сократить стоимость получения данных за счет уменьшения износа оборудования, затрат на местную анестезию, расходные материалы, обработку оборудования, а также сократить время пребывания пациента в стационаре.

В связи с ростом запросов на проведение рентгенохирургической трансбронхиальной биопсии легкого принято решение совместить бронхоскопию и трансбронхиальную биопсию легкого в одно исследование.

Динамика показателей работы отделения за 2014–2016 гг.

После интеграции рентгенохирургической трансбронхиальной биопсии легкого в диагностическую бронхоскопию экономия времени на проведение процедур составила:

- в 2015 году – 286 рабочих часов или 8,78%;
- в 2016 году – 312 рабочих часов или 10,06%.

Заключение. Изменение протокола исследования незначительно увеличило длительность процедуры. Кроме того, работа «на выезде», то есть в другом помещении, заставляет сестру внимательнее собирать набор для любого эндоскопического исследования, так как отделения нередко находятся на разных этажах (как в нашем случае) или даже в другом здании. Таким образом, для повышения скорости диагностики без ухудшения ее качества приходится увеличивать нагрузку на одно исследование, уменьшая их количество.

Объединение первичной бронхоскопии и рентгенохирургической трансбронхиальной биопсии легкого в одном исследовании позволяет оптимизировать работу отделения, а именно:

- уменьшать затраты на получение данных за счет сокращения количества исследований;
- уменьшать износ оборудования,
- уменьшать затраты на местную анестезию, расходные материалы, обработку оборудования;
- а также сделать обследование более комфортным для пациента и минимизировать время пребывания в стационаре.

ФОРМИРОВАНИЕ КУЛЬТУРЫ ЗОЖ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ НЕГАТИВНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ГИПОДИНАМИИ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Янминкуль И.В.
Главная медицинская сестра Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Тюменской области «Областная больница № 14 им. В.Н. Шанаурина» (с. Казанское)

«Резец годов у жизни на челе за полосой проводит полосу», – так сказал великий Шекспир о неизбежной старости, когда человека начинает подводить здоровье. Эликсира молодости, способного повернуть время вспять, не существует. Но есть система мер, позволяющая восстановить процесс естественной саморегуляции организма и, таким образом, значительно отодвинуть старость и связанные с ней болезни.

Человек может полноценно функционировать только регулярно двигаясь, а пассивный отдых – неправильный выбор. Ограничение двигательной активности – это путь к раннему старению и целому букету заболеваний. Гиподинамия ослабляет мышечную систему, в результате чего ухудшается кровоснабжение, резко снижается расход энергии, гипоксия мозга ухудшает память, смекалку.

«Старшему поколению – активное долголетие!» – такой девиз выбран в Тюменской области для «Школ активного долголетия», деятельность которых является как способом повышения качества жизни пожилых людей, так и дополнительной возможностью их интеграции в современное общество. Создание среди людей старшего возраста подобных школ, как правило, имеет добровольческие корни.

Начать здоровую жизнь никогда не поздно, а старость будет в радость, если человек изменит свой образ жизни на более ранних стадиях жизни, начнет правильно питаться, исключит вредные привычки, займется спортом. Для тех, кто хочет продлить свою жизнь и оставаться активными даже в зрелом возрасте, самое главное сохранить внутренний настрой, желание жить и побеждать все болезни.

Демографическая ситуация в Казанском районе, как и в Тюменской области, да и в России в целом, складывается таким образом, что среди населения все больший удельный вес занимают люди старшего поколения, причем динамичное увеличение доли пожилых людей в перспективе будет только увеличиваться.

Из 21 848 человек, проживающих в Казанском районе, 6008 человек (27,4 %) – составляют лица пенсионного возраста, из них продолжают работать 978 человек (16 %). Один раз в три года в составе взрослого населения до 99 лет лица пожилого возраста проходят плановую диспансеризацию в амбулаторно-поликлинической сети. На основании статистических данных диспансерного осмотра пожилых людей (в возрасте от 60 лет) за последние три года (2014, 2015, 2016) к III группе отнесены 93,5 %, во II группе значатся 5,3 %, в I группе состоит 1,2 %. Анализируя структуру III группы, состоят на учете с болезнями системы кровообращения – 42,4 %, с сахарным диабетом – 18 %, с онкозаболеваниями – 2 %, с ожирением – 1,6 %. Все эти сухие статистические факты говорят об отсутствии приверженности у населения к здоровому образу жизни, недостаточности проводимой санитарно-гигиенической работы медицинскими работниками в данном направлении.

ОБ № 14 (с. Казанское) входит в состав медицинских организаций, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, поэтому во исполнение части 2

статьи 79 Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские работники обязаны проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения.

Все взрослое население Казанского района распределено на 6 терапевтических участков, 3 из которых – сельские. Работа по пропаганде здорового образа жизни на сельских участках ведется в большинстве случаев фельдшерами и акушерками, работающими в 33 ФАПах и амбулаториях на территории сельских поселений района.

В статье 33 Федерального закона 323-ФЗ, которая закрепляет за первичной медико-санитарной помощью мероприятия по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, ведущая роль отводится среднему медицинскому персоналу.

В штате больницы нет врачей по лечебной физкультуре и медицинскому массажу. В работе реабилитационных бригад, позволяющих адаптировать людей к полноценной жизни, основная роль отводится специалистам со средним медицинским образованием: инструкторам по лечебной физкультуре, специалистам по физиотерапии, грязе- и водолечению и специалистам по медицинскому массажу.

С сентября 2009 года приказом главного врача Областной больницы № 14 были утверждены цели и задачи группы здоровья для пожилых людей. Сегодня функционируют 3 группы здоровья, которые охотно посещают 39 человек, самой «юной» из которых 58 лет, а самой мудрой – 87 лет. Некоторые из женщин имеют группу инвалидности по различным заболеваниям, но желание активной жизни в обществе ведет их по верному пути.

В 2012 году участницы группы здоровья заинтересовались скандинавской ходьбой из-за низких затрат и большой пользы для здоровья. Тренируется выносливость, подвижность, координация движений, улучшается иммунитет, нормализуется сосудистый тонус, проводится активная вентиляция легких, в целом повышается качество жизни. Вместе с инструктором ЛФК они решили попробовать данный вид оздоровления на себе. Для пожилых людей или людей, проходящих реабилитацию, такая ходьба показана из-за возможности индивидуального темпа движения, не является помехой для разговора, поэтому привлекательна с точки зрения общения. Раньше женщинам приходилось осваивать этот новый вид фитнеса с помощью лыжных палок, позаимствованных у внуков. А в 2013 году после одержанной победы во Всероссийском конкурсе проектов по здоровому образу жизни, в кабинете лечебной физкультуры появились свои 14 комплектов скандинавских палочек, приобретенные на деньги от гранта в 50 тысяч рублей.

В 2014 году группа здоровья, как истинные приверженцы скандинавской ходьбы, со своим проектом приняли участие в III Выставке социальных проектов общественных объединений и некоммерческих организаций Тюменской области, организованной Правительством г. Тюмени.

Наши участницы не просто украсили выставку своими фотографиями во время занятий и озорными стихами о скандинавской ходьбе, они отвечали заинтересовавшимся на вопросы, показывали сюжеты видеороликов, снятые о них для телевизионных передач и статьи в региональных и российских газетах и журналах. С большим энтузиазмом женщины демонстрировали мастер-класс по ходьбе со скандинавскими палочками (нордиками), разъясняли, как правильно надевать на руку крепления от палок. В общем, стали настоящими пропагандистами здорового образа жизни!

Занятия в зале с применением оснащения: мячей, обручей, фитболов, гантелей, скакалок, инструктор ЛФК грамотно чередует с упражнениями на спортивных тренажерах, занятиями на свежем воздухе. Состав участниц групп здоровья на протяжении восьми лет сменялся неоднократно. А некоторые женщины, чувствуя улучшение самочувствия, привели с собой подруг, бывших коллег по работе.

Здоровье каждой участницы «Школы активного долголетия» находится под наблюдением – до и после проведения занятий участницы заполняют дневники здоровья. Состояние органов и систем ежеквартально мониторируется при помощи холтеровских мониторов ЭКГ и суточных программных комплексов АД, выполняется спирометрия, один раз в квартал выполняется необходимый спектр анализов. В дни посещения занятий участницам групп здоровья дважды проводится тонометрия, пульсоксиметрия, один раз в неделю – измерение веса. После необходимого обследования и осмотра врачом-терапевтом могут назначаться водо- или грязелечение, медицинский массаж, физиотерапевтические процедуры.

Ежеквартально инструктором по лечебной физкультуре Шаптала Натальей Михайловной проводится анкетирование, позволяющее проанализировать внутреннее самочувствие участниц групп здоровья, выяснить, какой вид физических нагрузок для них наиболее предпочтителен. На вопрос, какой принцип проведения занятий каждая из них предпочла бы (индивидуальный или групповой) и почему, 97 % участниц ответили, что им нравятся занятия в группах из-за возможности общения с единомышленниками. 75 % респондентов нравится индивидуальный подход при назначении физической нагрузки и возможность выбора занятий. Более половины участниц признают, что ощущают после занятий в группе здоровья не физическую усталость, а новый прилив сил и желание жить полноценной жизнью. 22 участницы радуются снижению веса в результате регулярных занятий и улучшению тонуса мышечной ткани. Все участницы считают, что занятия в группах здоровья улучшили их характер, упорядочили режим дня, мотивировали их ежедневно следить за своим здоровьем, приучили два раза в день измерять свое артериальное давление.

Совместные активные занятия очень сплотили участниц: зимой они катаются с горы, ходят на лыжах, летом много времени проводят на свежем воздухе, в лесу, где чередуя разминочные занятия, собирают целебные травы, из которых потом целый год заваривают тонизирующий фиточай, ходят в плавательный бассейн, занимаются скандинавской ходьбой, отмечают вместе праздники и дни рождения.

Невзирая на любые погодные условия, «Школа активного долголетия» в селе Казанское ведет активную борьбу с гиподинамией, повышая уровень ответственности населения

за собственное здоровье. А мы, медицинские работники, всегда готовы протянуть руку помощи и обучить всех желающих активной жизненной позиции, реализации жизненных сил и умению радоваться жизни в любом возрасте.

Целой командой средних медицинских работников ведется планомерная работа по поддержанию активной жизни, улучшению состояния здоровья. Здоровый образ жизни не просто увеличивает период активного долголетия людей старшего возраста, но и продлевает период сохранности и способности к самообслуживанию. Работа групп здоровья помогает формировать новую среду общения и дает своеобразный толчок для самореализации личности пожилых людей. А для профилактики гиподинамии необходимо всего лишь выбрать по вкусу любой вид физической активности – плавание, велосипед или скандинавскую ходьбу и заниматься ими в любое удобное время. Думаю, 2–3 часа свободного времени в неделю выделить совсем не сложно. Ведь хобби способствует выработке эндорфинов – гормонов хорошего настроения, а значит, и счастья.

БЕЗОПАСНАЯ БОЛЬНИЧНАЯ СРЕДА ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА И ПАЦИЕНТОВ

Рябкова Вера Владимировна
Главная медицинская сестра

Пурасова Анна Юрьевна
Медицинская сестра-анестезист

Шапошникова Наталья Анатольевна
Медицинская сестра-анестезист

«Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Смоленск)

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Смоленск) построен в 2012 году и в этом году отмечает свой 5-летний юбилей. Задача центра – оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «Травматология и ортопедия». Центр оказывает помощь пациентам из 72 регионов России, располагает достаточным набором лечебно-диагностических отделений и служб, позволяющих проводить обследование и лечение пациентов на современном уровне.

Структура центра:

1. Стационар рассчитан на одновременное пребывание 150 взрослых и 15 детей с возможностью совместного пребывания матери и ребенка.

Операционный блок имеет в своем составе 5 операционных залов, оснащенных современным оборудованием.

2. Консультативно-диагностический центр:

- рентгеновское отделение;
- клинико-диагностическая лаборатория;
- консультативно-диагностическая поликлиника.

3. Вспомогательная служба:

- приемное отделение;
- отделение восстановительного лечения и реабилитации;
- централизованная стерилизационная;
- аптека готовых лекарственных форм.

Данная структура центра и коечный фонд позволяют наиболее эффективно использовать материальную базу и в полном объеме оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь.

Здание оснащено современной системой приточно-вытяжной вентиляции и очистки воздуха, работает система кондиционирования воздуха. В операционных и палатах реанимации предусмотрена тройная фильтрация воздуха. Ведется контроль температурного режима.

В центре прекрасно сочетаются комфортные условия пребывания пациентов и профессиональная забота всего медицинского персонала, что яв-

ляется залогом хорошего самочувствия и успешного лечения.

Безопасной больничной средой называется среда, которая в наиболее полной мере обеспечивает пациенту и медицинскому работнику условия комфорта и безопасности на каждом этапе нахождения пациента в стационаре. Медицинский персонал должен обеспечить контроль и выполнение в стационаре лечебно-охранительного и санитарно-гигиенического режимов.

В нашем центре значительное внимание уделено вопросам организации санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима, профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП).

Весь персонал проходит периодический медицинский осмотр, согласно приказа № 302Н (от 12.04.2011 «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда»).

Отделение анестезиологии реанимации рассчитано на 12 коек, изолятор и палата пробуждения – на 5 коек.

Отделение анестезиологии-реанимации состоит из трех зон:

- административная зона – кабинет заведующего отделением, старшей медицинской сестры, сестры-хозяйки, ординаторской, комнаты отдыха врачей, медицинских сестер-анестезистов, младшего персонала;
- вспомогательная зона – помещение для хранения наркозно-дыхательной аппаратуры (далее – НДА), моечная НДА, помещение для хранения переносной аппаратуры, помещение для хранения и сбора чистого белья, помещение для хранения и сбора грязного белья, помещение для хранения лекарственных препаратов, санпропускники, санитарные комнаты, шлюз;
- лечебная зона – в нее входят четыре палаты, врачебные посты, посты медицинских сестер, изолятор, палата пробуждения, помещение для хранения и выдачи крови и ее заменителей, помещение для хранения сейфа.

ALFA

Моечная машина

Отделение оснащено современным оборудованием и аппаратурой.

Эпидемиологический режим имеет исключительно большое значение в работе отделения реанимации. В отделение реанимации попадаешь, только минуя фильтр-бокс – специальное помещение, где сотрудники отделения и консультанты осуществляют гигиенические мероприятия, переодеваются в сменную одежду (одноразовые халаты, шапочки и маски) и обувь (для консультантов бахилы). Таких санпропускника два – мужской и женский. В санитарных пропускниках имеется душ, две раковины, а также диспенсеры с кожным антисептиком, жидким мылом с антисептическим эффектом для гигиенической обработки рук, одноразовыми бумажными полотенцами. В фильтр-боксе разделены вход и выход, что исключает занос патогенной микрофлоры на территорию ОАР. Подобная структура помещения является отличной барьерной средой для профилактики ИСМП.

В нашем центре используется европейский стандарт обработки рук EN 1500. Применяются современные кожные антисептики, антибактериальное мыло, также используются дезинфицирующие салфетки однократного применения.

Одним из действенных методов профилактики ИСМП является ультрафиолетовое облучение, направленное на подавление жизнедеятельности микроорганизмов в воздушной среде.

Все манипуляционные кабинеты и палаты стационара оборудованы стационарными настенными ультрафиолетовыми бактерицидными облучателями-рециркуляторами закрытого типа «Дезар». Палаты реанимации оборудованы настенными облучателями-рециркуляторами «Дезар-3» (закрытого типа), позволяющими обеззараживать воздух в присутствии пациентов и персонала. Степень обеззараживания 99 %.

В нашем центре проводятся операции по ревизионному эндопротезированию крупных суставов. Данные пациенты находятся под наблюдением в изоляторе ОАР. После перевода пациента проводится заключительная уборка, используется аппарат ALFA для биодеконтаминации помещения с целью снижения уровня патогенных микроорганизмов. Для контроля обработки берутся смывы с поверхностей на наличие патогенной флоры.

Для предотвращения возникновения и распространения ИСМП все материалы и инструменты, соприкасающиеся с кровью и другими биологическими средами, только одноразовые (шприцы, в/в системы, мочевые катетеры, хирургические инструменты, перевязочный материал и др.). Многоразовый инструментарий подвергается дезинфекции, предстерилизационной обработке, стерилизации в режиме, предусмотренном производителем. Инструментарий, перевязочный материал, укладки фасуются в комбинированные пакеты и подвергаются стерилизации. Срок годности такой упаковки 12 месяцев.

В моечной наркозно-дыхательной аппаратуры производится обработка всей аппаратуры механизированным способом на моечно-дезинфицирующей машине «GETINGE». Моечно-дезинфекционные машины осуществляют мойку, дезинфекцию, предстерилизационную обработку и сушку хирургических инструментов, шлангов наркозно-дыхательной аппаратуры, многоразовых изделий медицинского назначения.

Санитарные комнаты оснащены судно-моечными машинами «GETINGE». Промывные дезинфекторы применяются для дезинфекции предметов

ухода за больными. Они предназначены для опорожнения, очистки, термической дезинфекции и конвекционной сушки больничного оборудования – подкладных суден, мочеприемников, ведер и т. д. Промывной дезинфектор оборудован педалью для автоматического открывания и закрывания крышки во избежание риска заражения чистых рук от прикосновения к загрязненным частям.

В нашем центре проводятся высокотехнологичные операции с использованием современного инструментария, что в свою очередь требует нового подхода к дезинфекции и стерилизации. В ФГБУ «ФЦТОЭ» имеется ЦС – централизованная стерилизационная. Основная задача ЦС – обеспечение центра стерильными инструментами и медицинскими изделиями. Централизованная стерилизационная оснащена современным оборудованием высокого качества: моечно-дезинфекционными машинами, ультразвуковой мойкой, форвакуумными и плазменными стерилизаторами.

Постельное белье пациентов персонал меняет столько раз, сколько это необходимо для поддержания чистоты в палате (СанПин 2.1.3.2630–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» от 18 мая 2010 года). На территории центра имеется своя прачечная. Согласно МУ № 3.5.736-99 («Технология обработки белья в медицинских учреждениях» от 16.03.1999 г.) все белье из подразделений, без предварительной обработки и в упакованном виде сдается в прачечную, где оно закладывается в стиральные машины для осуществления дезинфекции и стирки.

Медицинская одежда сотрудников отделения реанимации меняется каждую рабочую смену и централизованно стирается в прачечной, сменная обувь также подвергается дезинфекции и мойке.

Дезинфекционно-камерное подразделение осуществляет полноценное обеззараживание и дезинфекцию постельных принадлежностей, матрацев, одеял и подушек. Постельные принадлежности обрабатываются после выписки каждого пациента и при внутрибольничных переводах.

Для осуществления качественной медицинской помощи и обеспечения безопасной среды пациента большое внимание уделено проведению уборки помещений. В нашем центре внедрен безведерный метод уборки СВЕП «Хай Спид». Для уборки отделения используется больничная многофункциональная комплексная уборочная тележка, которая не требует использования ведер с рабочим раствором. Насадки заранее пропитываются дезинфицирующим раствором. Одна насадка рассчитана на обработку помещения площадью 20 квадратных метров. Отработанные насадки складываются в непромокаемый мешок для использованных насадок, в дальнейшем производится их дезинфекция и стирка. Используется цветовая маркировка для разных уборочных зон, что исключает вероятность контаминации объектов. Уборка проводится не реже 2 раз в день.

Внедрение данной системы ведет к экономии дезинфицирующих средств и воды, повышению производительности труда, позволяет уменьшить физическую нагрузку на младший медицинский персонал, эффективно в целях предупреждения внутрибольничного инфицирования пациентов и персонала.

Сбор медицинских отходов, образующихся в структурных подразделениях, осуществляется в одноразовую упаковку, которая имеет цветовую маркировку, в зависимости от класса опасности отходов, согласно СанПин 2.1.7.2790-10 («Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами» от 09.12.2010 г.) и ФЗ РФ № 52 (от 30 марта 1999 года «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»).

В одноразовую твердую герметичную упаковку желтого цвета собираются колющие и режущие отходы медицинского назначения в местах их первичного образования.

В центре разработана схема обращения с отходами.

На территории центра организован участок утилизации отходов, где установлено автоматизированное оборудование для обеззараживания медицинских отходов класса Б ТУТНАУЭР. Аппаратное обеззараживание имеет неоспоримые преимущества: изменение внешнего вида отходов, исключающее возможность их повторного применения; разрешается сбор, временное хранение, транспортировка медицинских отходов класса Б без предварительного обеззараживания в местах образования, при условии соблюдения требований безопасности.

В ФГБУ «ФЦТОЭ», согласно программе производственного контроля, утвержденной главным врачом центра, регулярно проводится микробиологический мониторинг: смывы с объектов окружающей среды, рук персонала и спецодежды – ежемесячно. После перевода пациента из изолятора проводится заключительная уборка, обработка помещения облучателем ALFA и берутся смывы на наличие патогенной флоры.

Согласно зарегистрированной статистике в ФГБУ «ФЦТОЭ» ежегодно регистрируется 1–2 случая ИСМП.

Научно-технический прогресс и современные медицинские технологии обязывают сестру-анестезиста быть в курсе новых тенденций в области анестезиологии и реанимации, знать и использовать в работе нормативные документы по санитарно-эпидемиологическому режиму, стерилизации, обслуживания аппаратуры, ухода за пациентами.

На стандартные функции сестры накладываются дополнительные требования, связанные с разработкой и совершенствованием новых методик проведения различных манипуляций.

Внедрение в повседневную работу новых медицинских технологий обусловило изменение труда медицинской сестры. Потребовалось освоение специальной современной аппаратуры, приобретение навыков при подготовке и работе с новыми расходными материалами, использование современных дезинфицирующих средств.

Регулирование и внедрение новых технологий и протоколов обеспечивает возможность оценить преимущество одного метода перед другими, рассчитать экономическую эффективность использующихся технологий.

Сознательное отношение и тщательное выполнение медицинским персоналом противоэпидемического режима может предотвратить профессиональную заболеваемость сотрудников и внутрибольничное инфицирование пациентов.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Мальцева Евгения Михайловна
главная медицинская сестра
Автономного стационарного
учреждения социального
обслуживания Омской области
«Нежинский геронтологический центр»

Проект «Семейный альбом»

Постарение населения является глобальной проблемой современности. На протяжении многих десятилетий демографы отмечают увеличение численности пожилых людей. Поэтому одной из приоритетных задач многих стран мира, в том числе и России, становится забота о пожилых людях и создание таких условий для жизни, которые способствуют активному долголетию. Каждый пожилой человек имеет право на обеспечение достойной и качественной жизни, сохранение физического и психического здоровья, социального благополучия, на удовлетворение своих потребностей в долговременном квалифицированном уходе и лечении как на дому, так и в стационарных учреждениях различных ведомств.

История самого крупного геронтологического учреждения Западной Сибири начинается с 31 октября 1967 года. Нежинский геронтологический центр относится к медико-социальным учреждениям. Его деятельность подчинена одной общей цели: предоставление социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам путем создания соответствующих состоянию здоровья и интересам условий жизнедеятельности, проведения мероприятий медицинского, психологического, социального характера, организации питания и ухода, а также посильной трудовой деятельности, отдыха и досуга.

Мощность учреждения рассчитана на 695 койко-мест, расположенных в 6 жилых корпусах на двух обособленных территориях. Проживающие размещаются в благоустроенных комнатах, рассчитанных на 1–3 человека. В центре проживают все социальные категории граждан:

- участники Великой Отечественной войны – 9 человек;
- инвалиды Великой Отечественной войны – 3 человека;
- труженики тыла – 17 человек;
- ветераны труда – 223 человека;
- жители блокадного Ленинграда – 3 человека;
- инвалиды I, II, III групп – 352 человека;
- вдовы участников Великой Отечественной войны – 28 человек;
- сироты войны – 11 человек;

Сестринский коллектив

Веселые будни проживающих

Комната проживающей

Компьютерный класс, работа проживающих на компьютере

- пенсионеры по возрасту и другие категории граждан пожилого возраста.

Средний возраст проживающих в учреждении составляет 77 лет для женщин и 69 лет для мужчин.

Учреждение имеет бессрочные лицензии на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности.

Структура центра представлена следующими отделениями и административно-хозяйственными подразделениями: 12 отделений «Милосердия», социально-медицинское отделение; отделение временного пребывания; приемно-карантинная группа; изолятор; организационно-методическое отделение; служба по организации питания; служба, осуществляющая социально-трудовую реабилитацию и культурно-массовое обслуживание; банно-прачечный комплекс; парикмахерская; финансово-экономическая служба; отдел правовой и административно-кадровой работы; служба содержания территории; служба котельной; складское хозяйство; гаражи; охрана.

Сегодня в штате центра работает порядка 600 сотрудников различных специальностей, из них врачебного персонала 17 человек, среднего медицинского персонала 87 человек, младшего медицинского и обслуживающего персонала 259 человек.

В настоящее время много внимания уделяется проблеме активного долголетия и улучшения качества жизни пожилых. Поэтому возникающие вопросы реабилитации являются актуальными и для нашего геронтологического центра. Сопоставляя проблемы проживающих в центре и возможные пути их решения, мы пришли к выводу, что основной задачей в работе с данной категорией граждан является помощь в поддержке активного и независимого образа жизни. Особую значимость для её решения приобретает комплексный подход в организации реабилитационных мероприятий.

Пройдя пятидесятилетний путь развития, наше учреждение накопило богатый опыт в использовании новых форм, методов и технологий при организации реабилитационных мероприятий, оказании медицинской и социальной помощи пожилым людям.

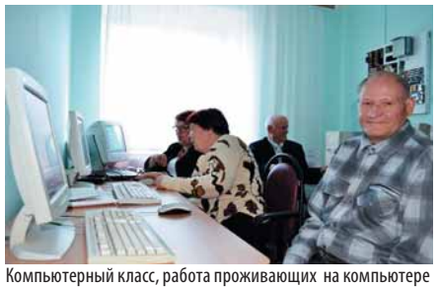
Приоритетными в учреждении являются немедикаментозные методы лечения. Для проведения реабилитационных мероприятий имеются все условия, функционируют необходимые кабинеты, оснащенные современным оборудованием. Физиотерапевтическая служба представлена кабинетами светолечения, электролечения, водолечения, ингаляторием. Открыта сильвинитовая спелеоклиматическая камера, изготовленная из натуральной руды Верхнекамского солевого разреза. Имеются залы лечебной физкультуры, тренажерные залы, кабинет фитотерапии.

Также в структуре центра действуют процедурный, перевязочный, прививочный, стоматологический, рентгенологический, массажный кабинеты, кабинет функциональной диагностики, клинико-диагностическая лаборатория, ЦСО, аптека.

В целях предоставления социально-медицинских услуг в учреждении функционирует 16 медицинских постов, которые круглосуточно проводят мероприятия по уходу за проживающими и плановое медикаментозное лечение, контролируют состояние их здоровья, оказывают неотложную помощь, выполняют реабилитационные мероприятия.

Для внедрения комплексной программы реабилитации и с целью совершенствования реабилитационного процесса в учреждении созданы полипрофессиональные бригады, объединяющие в своем составе специалистов, работа которых направлена на каждого конкретного пожилого человека или инвалида с их индивидуальными потребностями и строится по принципу многоплановой преемственности и комплексности. Возглавляет работу бригады заведующий отделением. В бригаду входят медицинская сестра, психолог, инструктор по лечебной физкультуре, медицинская сестра по массажу, врач-физиотерапевт, специалист по социальной работе, культорганизатор, юрисконсульт, инструктор по труду. При необходимости к работе привлекаются врачи узких специальностей, младший медицинский и обслуживающий персонал. Заседание бригады проводится один раз в квартал с отчетом всех членов бригады, анализом эффективности реабилитационных мероприятий.

При поступлении в учреждение на каждого проживающего заводится карта комплексной программы реабилитации, в которой определяется план работы по основным направлениям реабилитации: медицинской, психоло-


Компьютерный класс, работа проживающих на компьютере

Работа проживающих на территории

Разработка конечностей, проведение пальчиковой гимнастики

Связь поколений. 9 мая 2017 года

гической, социальной, педагогической. Все реабилитационные мероприятия проводятся длительно, систематически, с дозированием нагрузок, индивидуальным подходом и в постоянном сопровождении медицинских сестер.

В 2010 году Советом по сестринскому делу учреждения разработана и внедрена «Программа гериатрического ухода». Гериатрический уход – это комплекс мер по обслуживанию пожилых людей, учитывающий все возрастные физические и психологические особенности. Данный уход является важнейшим аспектом социально-медицинского обслуживания пожилых людей нашего центра и широко применяется в отделениях «Милосердия». В структуре учреждения 12 отделений «Милосердия», рассчитанных на 595 человек. Одним из ведущих принципов гериатрического ухода является признание и уважение независимости проживающего. В отделениях «Милосердия» 44 % проживающих находятся на постоянном постельном режиме или передвигаются только с посторонней помощью, многие утратили способность к самообслуживанию, в процессе ухода все они рассматриваются в качестве партнеров. В тех случаях, когда возможности проживающего выразить свои потребности или желания ограничены, в задачи медицинских сестер входят помочь ему максимально адаптироваться, поддерживать и пробуждать желание как можно дольше сохранить максимальную подвижность и выполнять хотя бы самые элементарные действия по самообслуживанию.

«Программа гериатрического ухода» включает в себя организацию ухода в соответствии с состоянием здоровья проживающего, наличием соматических заболеваний, круглосуточный контроль со стороны медицинской сестры за всеми жизненно важными показателями, контроль за приемом жидкости и лекарственных препаратов с занесением всех данных в лист динамического наблюдения. Проведение дыхательной гимнастики для профилактики застойных явлений в легких, активизацию в постели и разработку конечностей, проведение пальчиковой гимнастики, гимнастики для глаз. Ежедневные гигиенические процедуры, прогулки на свежем воздухе в сопровождении персонала, в том числе и проживающих активных в пределах постели.

Особое внимание уделяется контролю за организацией питания, помощи при приеме пищи. Большинству проживающих в отделениях «Милосердия» присущи возрастные изменения: отсутствие зубов или наличие съемных протезов, снижение аппетита. Поэтому в технологии организации питания и приготовлении пищи используется не только диетотерапия, которая направлена на ускорение метаболизма в организме пожилого человека и обеспечение его достаточным количеством витаминов и питательных веществ, но и применяются геродиетические рекомендации – антисклеротическое питание, учреждение не закупает жирные сорта мяса, преимущество отдается растительным жирам, в рацион включено достаточное количество рыбы, зелени, овощей, фруктов. При необходимости проживающим готовятся отварные и паровые протертые блюда.

Медицинские сестры учреждения большое внимание уделяют уходу за тяжелыми и агонирующими проживающими. Особенностью такого ухода является постоянное наблюдение за состоянием и жизненно важными функциями, их регулярная оценка. Одной из главных задач ухода за такими пациентами является профилактика пролежней. На каждого проживающего с высоким риском развития пролежней заводится сестринская карта, проводится оценка риска пролежней по шкале Ватерлоо, составляется индивидуальный план ухода. Используется абсорбирующее белье, специализированные средства по уходу за кожей, имеется достаточное количество противопролежневых систем, многофункциональных кроватей. Благодаря комплексу проводимых мероприятий на протяжении 5 лет в учреждении отсутствует развитие пролежней. Но в среднем из числа ежегодно поступающих в учреждение граждан 9 % имеют пролежни, которые благодаря комплексному подходу и лечению регенерируются.

В учреждении проводится планомерная работа по профилактике травматизма. Все места общего пользования оборудованы поручнями и барьерами вдоль стен, в ванных комнатах и туалетах имеются приспособления для опоры. Проживающим приобретается удобная нескользящая обувь по размеру. Все гигиенические, медицинские процедуры проводятся строго в сопровождении персонала. В 2011 году утвержден комплекс мер, направленных на предотвращение травматизма проживающих. По каждому случаю травматизма проводится расследование, заведующим отделения составляется акт с проведением причинно-следственного анализа. Ежемесячно в каждом отделении проводится анализ всех случаев травматизма у проживающих с занесением данных в журнал.

Уход за маломобильными проживающими

Фотостудия

Для объединения людей пожилого возраста и инвалидов, ориентированных на здоровый образ жизни, в учреждении создана школа «Здоровое долголетие». Основными направлениями данной школы являются расширение представлений пожилых людей о возможностях поддержания здорового образа жизни, максимальном использовании ресурсов своего организма для улучшения самочувствия, проведения интересного досуга, продления активного долголетия. Медицинские сестры организуют для проживающих тематические лекции, физкультурно-оздоровительные мероприятия, кружки по интересам.

Внедрение школы «Здоровое долголетие» в реальную практику позволило уже в течение года достичь высокой эффективности. В результате обучения изменились установки и отношение к здоровью: повысилась мотивация на выполнение профилактических рекомендаций; сформировалась мотивация к сохранению своего здоровья и продлению активного долголетия; снизилось число пожилых граждан, считавших действия медицинского персонала неэффективными.

Посильный физический труд оказывает благотворное влияние на состояние организма. В учреждении за каждым отделением закреплены участки территории, где проживающие совместно с сотрудниками центра занимаются благоустройством. Ежегодно в августе месяце проводится конкурс на лучшую территорию «Цветущий рай».

Многие пожилые люди с удовольствием работают на «огородиках», так они ласково называют выделенные на территории участки земли для посадки ягод, овощей, зелени. Медицинские сестры постоянно контролируют состояние здоровья данной категории граждан. Разработали памятку «огородника», в которой прописаны рекомендации, в какое время лучше выходить на огород, в какой одежде, в какой позе выполнять те или иные работы, что делать, если ухудшилось состояние здоровья.

Реализация проекта «Семейный альбом»

В 2015 году специалистами и проживающими учреждения совместно с организацией инвалидов ЛАО г. Омска выигран грант в реализации проекта «Интернет. Мир загадочный и настоящий». В рамках реализации данного проекта в центре открыт и оборудован компьютерный класс, прошли обучение 87 проживающих. В результате этого у пожилых людей появилась возможность общаться посредством сети Интернет со своими близкими, пользоваться интересующей их информацией, развивать творческие способности. Все это в комплексе способствует улучшению качества жизни и продлению активного долголетия.

В августе 2017 года выигран грантовый конкурс на реализацию проекта «Семейный альбом» в рамках программы социальных инвестиций «Родные города», проводимой АО «Газпромнефть-ОНПЗ». Реализация данного проекта только началась. В центре открыта фотостудия, пожилые люди осваивают азы профессии фотографа, активно принимают участие в роли моделей. Фотография – это язык, говорящий на уровне эмоций, и наши проживающие активно осваивают этот язык.

Целесообразность проведения комплексных реабилитационных мероприятий в центре и их влияние на активное долголетие, улучшение качества жизни пожилых людей доказываются на протяжении многих лет.

1. Анализ проводимых комплексных реабилитационных мероприятий показал, что:
   - снижается адаптационный период при поступлении в центр на постоянное проживание;
   - активизируются способности к самообслуживанию;
   - повышается творческий потенциал;
   - улучшается состояние здоровья;
   - увеличилась продолжительность жизни;
   - проживающие активно принимают участие в общественной жизни центра.

2. Медицинская сестра играет ключевую роль в реализации комплексной

Хореографический кружок «Нежинские грации»

программы реабилитации, так как является первым медицинским работником, встречающим пожилого человека при поступлении, проводит мероприятия, направленные на адаптацию и активизацию навыков самообслуживания. Медицинская сестра является координатором, а зачастую и руководителем реабилитационных программ, согласует все составляющие программы, работу различных специалистов для достижения единой цели, преемственности и устранения разобщенности.

3. Медицинская сестра оказывает неоценимую помощь, так как пожилые люди нуждаются в минимальном объёме лечебных мероприятий и длительном сестринском уходе.

4. Своевременно предпринятые и систематически проводимые комплексные мероприятия по уходу в большинстве случаев не только способствуют активному долголетию пожилого пациента, но довольно часто приводят к функциональному восстановлению, достаточному для самостоятельной и полноценной жизни.

Мы не останавливаемся на достигнутом, постоянно стремимся внедрять инновационные социальные технологии для активизации внутреннего ресурсного потенциала пожилых людей, проживающих в нашем центре. Организация достойных условий проживания людям старшего поколения, мероприятия, способствующие активному долголетию, увеличение продолжительности жизни, интеграция в общество – это те цели, к которым стремится в своей деятельности коллектив сотрудников нашего учреждения.

Как сказал ведущий специалист по геронтологии Леонид Борисович Лазебник: *«Гериатрия – это царство медицинских сестер. За старым человеком надо ухаживать, его надо выхаживать, с ним надо уметь общаться».*

Ди-Хлор-Экстра

20 ДНЕЙ
срок годности рабочих растворов

СОСТАВ

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

ФАСОВКА

Средство упаковано в банки вместимостью 100 таблеток и 300 таблеток

ОПИСАНИЕ

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

ПРОИЗВОДИТЕЛЬ

ООО «Дезснаб-Трейд», Россия.

Ди-Хлор-Экстра

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

ДЕЗСНАБ-ТРЕЙД +7 /495/ 558-63-56 info@dezsnab-trade.ru www.dezsnab.ru

ПЕДИКУЛИЦИДНЫЕ СРЕДСТВА СЕРИИ “МЕДИЛИС”

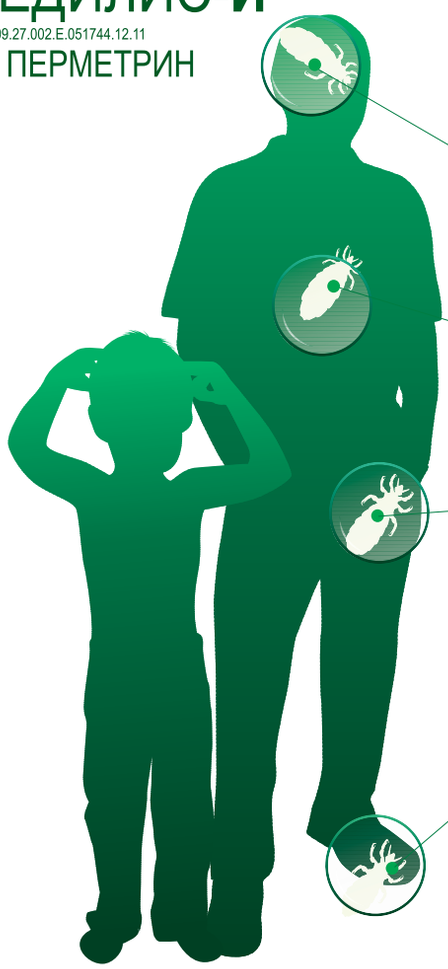
МЕДИЛИС-СУПЕР
RU.77.99.88.002.E.017368.12.12
24% ФЕНТИОН

МЕДИЛИС-ПЕРМИФЕН
RU.77.99.88.002.E.008546.10.13
4% ПЕРМЕТРИН + 16% ФЕНТИОН

МЕДИЛИС-МАЛАТИОН
RU.77.99.88.002.E.005275.06.13
40% МАЛАТИОН

МЕДИЛИС-БИО
RU.77.99.37.002.E.002102.02.11
ГВОЗДИЧНОЕ МАСЛО

МЕДИЛИС-И
RU.77.99.27.002.E.051744.12.11
5% ПЕРМЕТРИН



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

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

MEDILIS.RU

реклама