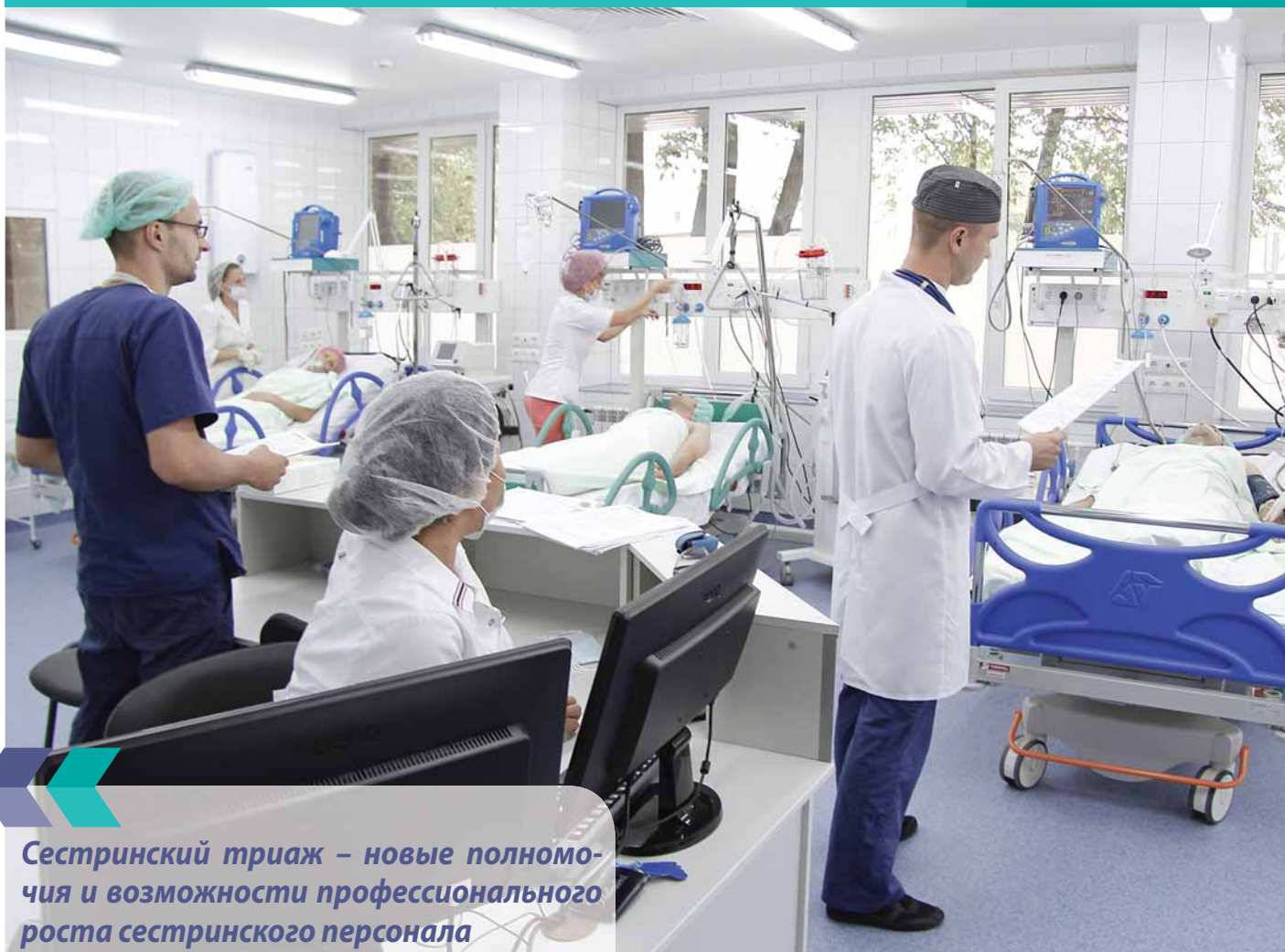


ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 1/35 2018



Сестринский триаж – новые полномочия и возможности профессионального роста сестринского персонала



стр. 6

Профилактика хирургических рисков: задачи операционной медицинской сестры



стр. 4

Стратегия ЗОЖ в действии: опыт Центра здоровья Донецкой Народной Республики



стр. 34

Инновационные технологии в гистологической практике

**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





Профессиональным ассоциациям предстоит сыграть значимую роль в проведении первичной аккредитации выпускников, ведь согласно Приказу МЗ РФ представители некоммерческих организаций и органов исполнительной власти войдут в состав аккредитационных комиссий

Уважаемые коллеги и читатели «Вестника».

Открывая первый в этом году выпуск журнала, хочется поделиться с вами ближайшими планами и перспективами работы, что мы обязательно сделаем, обсудив важный для многих специалистов вопрос. В конце года в адрес Ассоциации медицинских сестер России буквально одно за другим посыпались обращения, связанные с оплатой труда, в том числе с более высокой оплатой работы санитарок и младших медицинских сестер. Сразу отметим, что в каждом конкретном случае была проведена тщательная экспертиза, при этом выводы были примерно одинаковыми для всех.

В каждом регионе в соответствии с майскими указами Президента РФ установлены целевые значения по оплате труда врачей, медицинских сестер и младшего персонала. И если медицинским сестрам уровень оплаты труда поднимали до целевых значений поэтапно, либо он уже был на этом уровне, то санитаркам и младшему персоналу во многих регионах и организациях оплату производили по прежним нормам. По итогам года потребовался выход на целевые параметры, что и было достигнуто за счет выплаты крупных премий.

Это небольшое резюме по поступившим обращениям, однако проблема гораздо глубже. Заключается она в том, что некоторые регионы и организации излишне буквально трактуют рекомендации по оплате труда и не дифференцируют оплату, исходя из интенсивности труда, уровня образования и ответственности специалистов. Очевидно, что по всем этим параметрам труд медицинской сестры должен быть более высокооплачиваемым.

Данная проблема обсуждалась и с ЦК Профсоюза работников здравоохранения, куда также поступали жалобы специалистов. Итогом стало обращение в Минздрав России

с просьбой урегулировать ситуацию. Официального ответа ведомства в нашем распоряжении пока нет, однако, все говорит о том, что понимание достигнуто и наступивший год внесет ясность и справедливость в вопрос оплаты труда медицинских работников. Это тем более необходимо в связи со скорым принятием профессиональных стандартов, а впоследствии – отраслевой рамки квалификации.

Начало года ознаменовалось новым витком работы по подготовке к первичной аккредитации специалистов. Как вы знаете, в этом году выпускники будут входить в сестринскую профессию по-новому. И самым сложным и ответственным станет именно этот – первый выпуск. Ведь система должна быть сформирована с нуля.

Все региональные ассоциации в составе РАМС сегодня вовлечены в подготовку к аккредитации. Согласно Положению об аккредитации, утвержденному Приказом МЗ РФ № 334н от 2 июня 2016 года, с изменениями от 19 мая 2017 года, в состав аккредитационных комиссий должны войти представители профессиональных некоммерческих организаций и органов исполнительной власти и могут войти представители образовательной организации. Таким образом, профессиональные ассоциации приобретают значимую роль и огромную ответственность за аккредитацию. В частности, за выбор ответственных лиц, кандидатов в члены и председатели комиссий. Окончательное утверждение состава комиссий – за Минздравом России. А следующие шаги РАМС по подготовке к аккредитации – предложения по организации различных этапов первичной аккредитации, что уже отчасти выполнено, участие в рецензировании контрольно-измерительных инструментов (тестов) и подготовка экспертов, которые будут утверждены Минздравом, для непо-

средственного участия в процедуре аккредитации.

Работа предстоит большая, но мы верим в силы и способности специалистов на этом важнейшем этапе развития профессии!

То, что сестринское дело стремительно движется вперед, не вызывает никаких сомнений. Об этом свидетельствуют многочисленные исследовательские и инновационные проекты, которыми с вами поделятся авторы статей, публикуемых в этом выпуске «Вестника». Многие из них стали участниками и докладчиками Всероссийского конгресса РАМС и успели донести главные идеи до его аудитории, а теперь делятся наработками и с вами.

Вашего особого внимания требует публикация наших коллег, группы авторов Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, где в отделении скорой медицинской помощи внедряется сестринский триаж, и на практике осуществляются преобразования, существенно расширяющие полномочия медицинской сестры. Деятельность специалиста становится такой, какой она и должна быть в XXI веке. Медицинская сестра обретает самостоятельную роль в оценке состояния пациента и назначении ему базовых диагностических исследований, внося вклад в повышение эффективности работы всего подразделения.

Первые месяцы нового года – это не только пора большой работы, но и пора важных дат. Мы постарались учесть их в публикациях «Вестника», отметив операционных сестер, профессиональный праздник которых приходится на 15 февраля, и наших любимых коллег – мужчин, по случаю 23 февраля, а также в связи с растущим участием медицинских братьев, мужчин-фельдшеров в профессиональной организации, и, конечно, по случаю 8 марта – прекрасного праздника весны, обновления и красоты.



На обложке: Стационарное отделение скорой медицинской помощи, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ	
Современные принципы сестринского ухода. Хроника пятидневного семинара, прошедшего в Ленинградской области	стр. 3
Формирование ЗОЖ у жителей Донецкой области	стр. 4
Юбилей с чувством юмора. В Томской области отметили 10-летие ассоциации	стр. 16
Стратегия развития первичного здравоохранения в Ленинградской области	стр. 18
СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	
Особенности сестринского ухода за пациентами после чревоного дренажирования почки. Предупреждение тревоги и эмоциональных расстройств в дальнейшем течении болезни	стр. 37
ИННОВАЦИОННАЯ ПРАКТИКА	
Участие медицинской сестры в сортировочном процессе стационарного отделения скорой медицинской помощи	стр. 20
Возможности дистанционного контроля в процессе лечения туберкулеза. Опыт Томской области	стр. 23
Работа в команде и коммуникация. Новая роль медицинских сестер по обучению и поддержке коллег	стр. 32
Инновационные технологии в гистологической практике	стр. 34
КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Профилактика хирургических рисков. Опыт Тюменской областной клинической больницы	стр. 6
Задачи медицинской сестры-анестезиста при лечении массивной интраоперационной кровопотери в акушерстве	стр. 9
ИСТОРИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА	
Мужчины в сестринской профессии	стр. 25

Свидетельство о регистрации ПИ №ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 07.02.2018. Типографии «АКЦЕНТ». Санкт-Петербург, Б. Сампсониевский пр., д. 60, лит. И. Заказ №0203-18. Тираж 15 500. Цена договорная. За опубликованные рекламные материалы редакция ответственности не несет. Фото: depositphotos.com

СОТРУДНИЧЕСТВО С АВТОРАМИ

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

ОФОРМЛЕНИЕ ПОДПИСКИ

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

УЧРЕДИТЕЛИ И ИЗДАТЕЛИ

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

РЕДАКЦИЯ

Главный редактор – Валентина Саркисова
Ответственный редактор – Наталья Серебренникова
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»

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ СЕСТРИНСКОГО УХОДА

ХРОНИКА ПЯТИДНЕВНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО СЕМИНАРА В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Современные принципы ухода – безопасность, конфиденциальность, инфекционная безопасность, независимость, уважение чувств и достоинства пациента. Профессиональный уход за тяжелобольным – это, прежде всего, максимально качественный уход. Всему этому в ходе пятидневных семинарских занятий, организованных Европейским центром долгосрочной опеки «Школа по уходу» совместно с РООЛО «ПАССД», обучались 55 специалистов сестринского дела из ЛПО Ленинградской области. Обучение проходило на базе ГБУЗ ЛО «Тосненской КМБ», где Варфоломеева Ирина Михайловна – вице-президент, руководитель профессионального комитета РООЛО «ПАССД», является заместителем главного врача по работе с сестринским персоналом.

11 декабря состоялась первая лекция на тему «Первая помощь в неотложных ситуациях». Преподаватель Бубнова Анастасия Вячеславовна, старший инструктор первой помощи по программе Красного Креста, с первых минут своего выступления захватила внимание слушателей. Особенный интерес вызывали практические занятия с участием статистов. У опытных коллег ЛПО Ленинградской области было много вопросов к преподавателям.

На следующий день школа по уходу продолжила свою работу. Лекции и дальнейшую отработку навыков по безопасному перемещению тяжелобольных пациентов вела опытный преподаватель Биличенко Елена Борисовна, врач-реабилитолог кафедры «Медицинская реабилитация и АФК» СПбГМУ им. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург. В работе сестринского персонала вопросы безопасного перемещения больных всегда актуальны. Важно не только не причинить вред пациенту, но при этом сберечь и своё здоровье. Эргономика, кинестетика, средства по перемещению, различные техники и методики перемещения, основные принципы использования возможностей



самого пациента – всё это и многое другое участники тренинга имели возможность услышать и опробовать на практике, используя собственные ресурсы.

13 декабря стал ещё одним рабочим днём «Школы ухода» Европейского центра долгосрочной опеки. Решающая роль в обеспечении правильного ухода за тяжёлыми пациентами всегда отводится среднему и младшему медицинскому персоналу. Отсутствие современного сестринского ухода, непрофессиональные действия и некомпетентность медицинского персонала в вопросах ухода могут свести на нет весь ход лечения тяжёлого пациента. Это заставляет задуматься о необходимости получения профессиональных навыков, помогающих справиться с этой непростой проблемой. Как организовать правильный уход? Как облегчить страдания и переживания пациента? Как ухаживать за пациентом, чтобы на коже не образовывались пролежни? Какие средства для ухода необходимо выбирать, чтобы не нанести вред? Принципы ухода за тяжёлыми пациентами и пожилыми людьми, а также правила работы с абсорбирующими изделиями с участницами семинара разбирала Коняева Елена Викторовна, преподаватель

УЦДПО «Европейский центр долгосрочной опеки».

«Профилактика и лечение хронических ран» – тема четвёртого семинара, который прошёл 14 декабря 2017 года. Участникам семинара о профилактике заболеваний, связанных с длительным постельным режимом, о лечении хронических ран с использованием современных перевязочных средств рассказывала Выговская Ольга Николаевна, главный врач Епархиального дома милосердия города Новосибирск, УЦДПО «Европейский центр долгосрочной опеки».

Во время лекции участники задавали вопросы Ольге Николаевне не только по тематике семинара, но и углублялись в насущные проблемы, а именно во взаимоотношения «пациент – медицинская сестра» и «медицинская сестра – родственники». Ольга Николаевна уделила большое внимание таким моментам, как принципы и тактика общения с пациентом, – основным механизмом общения должна стать эмпатия, очень важно научиться слушать и слышать пациента. Подходящий к больному медицинский работник должен быть полностью сосредоточен на восприятии пациента и его проблем.

15 декабря пятидневная программа «Школы ухода европейского центра



долгосрочной опеки» финишировала. Темой последнего семинара стали психологические аспекты в работе с тяжелобольным и его родственниками. Шиманская Елена Валентиновна, психолог-педагог хосписа № 1 г. Санкт-Петербург, рассказывала участникам о понятии «Эмоциональное выгорание», о его симптомах, стадиях и самодиагностике. Участники разбирали способы восстановления для того, чтобы сберечь себя для работы, семьи и жизни в обществе. Вторая часть лекции была посвящена особенностям психологического состояния тяжелобольного человека и его родственников. «Медицина как область, затрагивающая важнейшие ин-

тересы каждого человека – жизнь и здоровье, – не может существовать без конфликтов. В защите своих интересов, даже от воображаемой угрозы, человек легко может перейти разумные границы. Любой медицинский работник, общаясь с пациентом, должен делать поправку на то, что каждая болезнь, так или иначе, изменяет душевное состояние человека, уводя его всё дальше от нормы. Даже незначительное заболевание пробуждает существующие у каждого в той или иной мере страхи. К сожалению, сегодня престиж врачебной, сестринской профессии и медицинских учреждений невелик. «Общественное мнение утвердилось на позиции “врачи

плохо работают”, “поликлиники никуда не годятся”. Из-за этого недоверия происходят попытки направлять и контролировать работу врача и сестры. И то и другое – богатейшие источники конфликтных ситуаций», – говорила Елена Валентиновна. Участники семинара разбирали конфликтные ситуации и способы их решения.

В конце пятидневного образовательного марафона все специалисты сестринского дела получили сертификаты от Европейского центра долгосрочной опеки.

Надеемся, что данный проект продолжит свою работу в Ленинградской области и в 2018 году.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗОЖ У ЖИТЕЛЕЙ ДОНБАССА – ЭФФЕКТИВНАЯ СТРАТЕГИЯ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ



■ **Ежикова Т.В.**

Начальник Республиканского центра здоровья, главный внештатный специалист по сестринскому делу ДНР

Задача формирования у населения здорового образа жизни с каждым днем приобретает все более высокую актуальность. Это связано с тем, что глобальная урбанизация, плохая экология, развитие технического прогресса, который способствует меньшей активности человека, угрозы техногенного характера

и множество других негативных факторов с каждым днем все больше вредят организму человека. Формирование ЗОЖ определяется укреплением мотивации и наличием условий для реализации ЗОЖ.

Боевые действия на Донбассе являются жестким экзаменом для нашего здравоохранения и медицинской

науки, проверкой сил и способностей в трудных условиях бороться за жизнь и здоровье нашего населения. В таких условиях актуальность задачи сохранения здоровья только возрастает.

В настоящее время в Республике реализуется широкомасштабная кампания по популяризации здорового образа жизни и профилактике заболева-





ний, отказа от вредных привычек. За прошедший год службе Республиканского центра здоровья удалось значительно расширить свой потенциал за счет использования самых разных стратегий работы с населением. Надеемся, что этот опыт будет интересен нашим коллегам в России.

К организации любой акции мы подходим с целью охвата максимального числа жителей, каждая акция предполагает большой пласт организационной работы и длится не один день.

Так, одной из успешных стала акция по сохранению репродуктивного здоровья молодежи – «Патруль здоровья», которая проходила с июня по октябрь 2017 года. В акции принимали участие семейный врач, психолог, нарколог, эпидемиолог, гинеколог, студенты-волонтеры. За период проведения акции были распространены информационные материалы по формированию ЗОЖ, профилактике ВИЧ инфекции, ранних аборт, отказу от вредных привычек в количестве более 5000 экз., выданы более 4500 контрацептивов. Кроме того, в рамках акции 250 человек прошли анонимное тестирование на ВИЧ, гепатиты В и С, осмотром охвачено 500 молодых людей и подростков в городах Дебальцево, Горловке (пос. Гольма), Макеевке (2 выезда), Амвросиевском и Тельмановском районах. В общей сложности медицинская помощь оказана более 1700 жителям Донецкой Республики.

Чтобы повысить мотивацию у граждан Республики по формированию здорового образа жизни, сохранению и укреплению здоровья, в мае 2017 года в электротранспорте внедрена социальная реклама (19 слоганов о здоровом образе жизни, профилактике неинфекционных и инфекционных заболеваний, отказе от вредных привычек). С июня 2017 года выпускается 16-страничный буклет «МИР ЗДОРОВО-

ВЪЯ», выпущено 4 номера и распространено более 600 экземпляров. В рамках гуманитарной программы по воссоединению народа Донбасса под эгидой МЗ ДНР публикуется ежемесячное приложение на 4 страницах «С заботой о вашем здоровье». Данное приложение знакомит жителей с территориями Донецкой области, подконтрольной Украине, с Гумпрогграммой, а также с профилактикой инфекционных и неинфекционных заболеваний, учит формированию ЗОЖ, вышло 5 номеров, общий тираж – 7000 экземпляров.

В сентябре 2017 года подготовлен проект документа «Концепция формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний в Донецкой Народной Республике на период до 2025 года». В рамках всемирных и международных дней здоровья, установленных ВОЗ, регулярно проводятся «круглые столы», брифинги, пресс-конференции с ведущими специалистами учреждений здравоохранения. За текущий год по случаю международных дней здоровья РЦЗ МЗ ДНР было инициировано 15 акций в городах и районах ДНР.

С целью выявления и ранней диагностики социально значимых заболеваний, онкозаболеваний и иных патологий в отдаленных городах и районах Республики проводятся мобильные акции с участием специалистов республиканских учреждений. Только в акции по борьбе с раком молочной железы в городах Новоазовск, Старобешеве, Иловайск осмотрено 763 женщины, патология выявлена у 49 человек, на данный момент эти пациентки проходят лечение в Республиканском онкологическом центре им. Г.В. Бондаря. Доказано, что вовремя диагностированное онкологическое заболевание почти всегда излечивается. Мы стараемся научить население республики самообследованию на предмет

онкопатологии, сахарного диабета, а также правилам личной гигиены, профилактики и выявления стресса, отказа от вредных привычек.

Молодое поколение – это надежда государства на светлое будущее! Здоровью молодежи мы уделяем особое внимание. Под патронатом Министерства здравоохранения ДНР совместно с Министерством образования ДНР Республиканский Центр здоровья с 20.09 по 26.09.2017 г. провели акцию «Молодежь Республики за здоровую семью», в ходе которой студентам были представлены программы соблюдения половой культуры, профилактики венерических заболеваний, ранней беременности (охвачено 5 университетов республики и 1500 студентов).

В рамках совместного проекта МЗ ДНР и ТК «Первый Республиканский» нами подготовлены 24 эфира программы «Ваше здоровье»; успешно функционирует совместный проект Радио-ТВ и МЗ ДНР «Самая здоровая программа» (записано и проведено 42 эфира), с октября 2017 года выходит совместный радиопроект МЗ ДНР и ГП «Радиостанция «Комета» – передача «Медицина Республики», в которой освещаются различные вопросы, касающиеся оказания медицинской помощи населению ДНР (вышло 7 программ); готовится проект sms-рассылки для абонентов Республиканского оператора связи «Феникс» по здоровому образу жизни.

Если мы будем выполнять основные направления модели академика АМН СССР Н.А. Семашко – придерживаться единства профилактики и лечения, ликвидации социальных основ болезней, привлекать общественность к делу охраны здоровья, – мы получим отличную возможность вырастить здоровое поколение и улучшить качество жизни нашего населения!

ПРОФИЛАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКИХ РИСКОВ

ОПЫТ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ



Гордиевская Любовь

Александровна

Старшая операционная медицинская сестра ГБУЗ ТО «ОКБ № 1»,
председатель секции РАМС
«Операционное дело, стерилизация»

Безопасная больничная среда означает наличие таких окружающих пациента и медицинского работника условий, которые не создают для них опасности приобретения нового заболевания. Поступив на лечение в стационарное отделение, пациент не должен подвергнуться инфекционному заболеванию, получить психологическую травму, испытать воздействие неблагоприятных побочных действий лекарств или физических методов лечения. Поэтому безопасная больничная среда – это собирательное понятие, включающее как лечебно-охранительный режим и инфекционную защиту, так и правильное размещение, надежные условия транспортировки пациентов, особые режимы их двигательной активности, а также психологическую защиту больных и медицинских работников.

Тюменская областная клиническая больница № 1 была основана в 1944 году. На сегодняшний день ГБУЗ ТО «ОКБ № 1» – единственное в области многопрофильное лечебное учреждение по многим видам медицинской помощи. В обновлённой структуре развёрнуто шесть уникальных центров, каждый из которых решает определённую категорию задач. Одной из ведущих является хирургическая служба.

Центр сердца и сосудов ГБУЗ ТО «ОКБ № 1» – основная структура тюменского здравоохранения, оказыва-

ющая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь взрослым и детям по направлениям кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. Здесь выполняют плановые и urgentные операции на сердце и сосудах, осуществляют хирургическую и медикаментозную коррекцию нарушений ритма сердца, а также имплантируют искусственные водители сердечного ритма. Оперативные вмешательства в отделениях Центра хирургии проводятся по высокотехнологичным, малоинвазивным методикам на современном оборудовании. Медицинский персонал оказывает экстренную и плановую помощь пациентам с различной хирургической патологией по профилю общей хирургии, заболеваниями органов эндокринной системы, ожоговыми травмами. В отделении офтальмологии практикуется амбулаторная хирургия «одного дня», в отделении гинекологии – органосохраняющие операции (рис. 1).

Специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь оказывается более чем по 30 специальностям. Ежегодно выполняется более 13 000 операций; из них более 2000 высокотехнологичных. Отделения центра хирур-

гии отдают приоритет высокотехнологичным, малоинвазивным методикам.

Преимущества малоинвазивных методик:

- минимальная травматичность;
- короткий период восстановления;
- уменьшение кровопотери;
- максимальная эффективность;
- отсутствие нагноений послеоперационной раны.

Основной задачей операционного блока является обеспечение условий и проведение плановых и urgentных операций, выполнение которых требует условий больших операционных залов, сведения к минимуму рисков оперативного вмешательства и послеоперационных осложнений. Предотвращение возникновения ИОХВ (инфекции области хирургического вмешательства) является показателем качества хирургической помощи. Операционный блок построен по принципу чистых помещений, с разделением на «чистые» и «грязные» зоны для профилактики ИОХВ. Автоматическая ламинарная система обеспечивает поток очищенного, стерильного воздуха над хирургическим столом. Операционные залы скомпонованы в едином модуле с анестезиолого-реанимационным отделением, что позволяет обеспечить безопасность паци-



Рис. 1.

ентов в послеоперационном периоде на этапе транспортировки. Стандартный размер операционных залов для размещения оборудования по профилю оказания хирургической помощи соответствует СанПиНу. Внутренняя отделка помещений соответствует классу чистоты А. В информационный пост по программе «1С Больница» в электронном виде из отделений центров направляются планы операций по всем операционным залам. Медицинская сестра-координатор, принимая пациентов в соответствии с планом, контролирует соблюдение требований асептики, подготовку области операционного поля, наличие добровольного согласия на хирургическое вмешательство (рис. 2). Наличие системы видеонаблюдения и телемедицины в операционных позволяют не только проводить ретроспективный анализ выполненных операций в записи, но и контролировать ход выполнения операции в режиме on-line из конференц-зала учреждения, а также осуществлять ее трансляцию с учебной или консультативной целью в любую клинику.

К операции готовится не только пациент, но и хирург, и вся хирургическая команда. Выполнение высокотехнологичных хирургических вмешательств требует мультидисциплинарного подхода. Мультидисциплинарная команда – это группа специалистов, единомышленников, объединенных общими целями. Ей свойственны четкие задачи и согласованные действия, определенные функции, распределение ролей и ответственности. В центре команды операционного блока, безусловно, пациент (рис. 3).

Операционный риск – совокупность факторов, влияющих на исход хирургического вмешательства

Потенциальные факторы риска в операционной:

1. Идентификация пациента.

Безопасная и правильная идентификация пациента медицинским работником необходима для минимизации рисков, связанных с применением медицинской помощи не тому пациенту. Требованием является соблюдение простого протокола/алгоритма иден-



Рис. 2

тификации личности всеми сотрудниками и при каждом контакте с пациентом – использование не менее двух идентификаторов, например:

- ФИ.О. полностью и года рождения (но никогда номера палаты, инициалов и т.п.) – позволяет избежать большинства ошибок.
- Применение тайм-аута операционной командой перед хирургическим вмешательством.

2. Осложнения, возникающие при укладывании (позиционировании) пациента на операционный стол, нарушение техники безопасности.

Несмотря на то, что предложено множество способов укладки пациента, существуют определенные общие принципы:

Оптимальный хирургический доступ, чтобы сделать операцию простой, насколько это возможно;

Хороший венозный отток для минимизации кровопотери;

Избегать повреждения периферических нервов и защищать места компрессии (применение гелевых принадлежностей для позиционирования пациента нашло широкое применение в нашей клинике).



Рис. 3

3. Проблемы регулирования теплообмена – гипотермия/гипертермия.

Применение термоматраса, предназначенного для подогрева поверхности операционного стола. Автоматический контроль температуры матраса служит профилактикой гипотермии/гипертермии.

4. Аллергические реакции (антибиотики, латекс).

Тщательно собранный аллергический анамнез помогает избежать таких рисков.

5. Ошибки при отправке биологического материала.

Материал для патогистологического исследования доставляется с направлением по форме 014/У (единая электронная форма лечебно-профилактического учреждения), которое заполняется хирургом, осуществляющим забор материала для исследования. Операционная медсестра следит за своевременным отправлением на гистологическое исследование материала, взятого во время операции.

6. Ошибки в обозначении места операции.

Маркировка места оперативного вмешательства – мера повышения безопасности в хирургии. Маркировку проводят несмываемым маркером, стрелкой к разрезу.

Чтобы правильно идентифицировать пациента, используйте полное написание ФИО и года рождения!



Рис. 4

7. Инфекции (рис. 4).

Рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по хирургической безопасности пациентов для предотвращения раневых послеоперационных инфекций:

- Профилактический приём антибиотиков в течение часа до операции;
- Эффективные дезинфекционно-стерилизационные мероприятия;
- «Безопасная» анестезия;
- «Безопасная» хирургическая команда;
- Контрольный перечень мер по обеспечению хирургической безопасности;
- Технология хирургической обработки рук согласно действующему СанПиНу, Европейскому руководству по хирургической обработке рук.

8. Ошибки при обработке операционного поля.

При обработке операционного поля необходимо следить за тем, чтобы не было затёков антисептика в пах, под пациента, на нейтральный электрод. Кроме того, для профилактики ожогов операционной сестре следует обязательно выдерживать экспозицию обработки кожным антисептиком по методическим рекомендациям. Ведь если операционное поле изолировать до того, как высохнет антисептик, пары спиртового антисептика останутся под операционным бельём и при работе

с высокочастотной аппаратурой могут воспламениться. Операционная медицинская сестра всегда помнит о потенциальных факторах риска в операционной и предупреждает их.

9. Термические/электрические травмы и повреждения.

Для профилактики ожогов при работе с пассивными электродами электрокоагулятора необходимо:

- Проверить исправность электроприборов;
- При обработке операционного поля следить, чтобы не было затёков;
- Не обкладывать операционное поле, пока антисептик не высохнет.

10. Инородные тела в области хирургического вмешательства.

Чтобы пациенты не пострадали в результате хирургического вмешательства, следует обеспечить:

- Выполнение алгоритма подсчёта перевязочного материала и инструментария;
- Ведение чек-листа (протокол операционной медсестры);
- Исполнение внутрибольничного приказа № 124 «О мерах по улучшению качества выполняемых операций». В целях профилактики оставления инородных тел во время операции все хирургические салфетки, вводимые в полости на время или весь период вме-

шательства, снабдить нитью/тесёмой, которая выводится в рану наружу и фиксируется зажимом. Извлечение инородного тела после операции требует дополнительного вмешательства и сопряжено с этим риском.

Чтобы предотвратить серьёзные ошибки, наносящие необратимый ущерб здоровью пациента, необходимо проводить тщательный анализ предшествующих тому причин.

Операционный блок – это непрерывный процесс совершенствования. Работа по повышению квалификации операционных медицинских сестёр носит непрерывный характер. Обучение на рабочем месте очень важно, так как знания помогают следовать принципу «делать правильно с первого раза». Обязанности операционной медицинской сестры постоянно расширяются, сформировался принципиально новый уровень ее совместной работы с хирургом. Она, как никто другой, ответственна за безопасность и надежность при хирургическом вмешательстве. Применение новых высокотехнологичных, малоинвазивных методик требует от операционной медицинской сестры не только хорошей теоретической подготовки, практических навыков, но и умение соблюдать этику, иметь мотивацию «познавать новое», творчески относиться к своим обязанностям.



ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ-АНЕСТЕЗИСТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МАССИВНОЙ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ В АКУШЕРСТВЕ



■ **Шелема Алла Витальевна**

Старшая медицинская сестра
отделения анестезиологии-
реанимации



■ **Лысенко Игорь Васильевич**

Заведующий отделением
анестезиологии-реанимации,
Перинатальный центр БУЗ Омской
области «Областная клиническая
больница»

Массивная кровопотеря и геморрагический шок в мире являются одной из основных причин материнской смертности в акушерстве после экстрагениальной патологии и занимают до 25 % в её структуре.

По данным ВОЗ распространённость послеродовых кровотечений (более 500 мл) составляет примерно 6 % от всех беременностей, а тяжёлых послеродовых кровотечений (более 1000 мл) 1,96 %. Сюда же можно отнести массивные кровопотери при операциях кесарева сечения, процент которых варьирует от 0,8 до 2.

Примерно 70 % всех кровотечений в акушерстве относится к послеродовым гипотоническим кровотечениям.

29 %, при которых применяется активная хирургическая тактика, обусловлены патологией плаценты – от-

слойка, истинное вращение, центральное предлежание, и только 1 % приходится на коагулопатию при различных формах тромбофилий (рис. 1).

При этом среди причин кровотечений, определяющих материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность, преобладают преждевременная отслойка плаценты, предлежание плаценты и нарушение в системе гемостаза.

Под массивной акушерской кровопотерей понимается:

- кровопотеря более 30 % ОЦК;
- скорость кровопотери более 150 мл в минуту;
- потеря более 50 % ОЦК за 3 часа;
- кровопотеря более 1500–2000 мл.

Отличительными особенностями массивных акушерских кровопотерь являются:

- внезапность и высокий процент непрогнозируемых кровопотерь;
- значительная скорость развития кровопотери и критической гиповолемии, а также быстрое присоединение тяжёлой коагулопатии.

Перинатальный центр Омской областной клинической больницы представляет собой акушерский стационар в составе многопрофильного лечебно-го учреждения.

Коечный фонд центра составляет 136 коек. В среднем за год проходит около 3500 родов и 1800 операций кесарева сечения.

Основной задачей центра является оказание специализированной помощи пациенткам группы высокого риска, особенно с тяжёлой экстрагениальной патологией. В связи с этим из года в год остается высоким процент операций кесарева сечения – до 50–60 %. Соответственно, встречаются случаи массивных интраоперационных кровопотерь.

Количество массивных интраоперационных кровопотерь в течение трёх лет постепенно увеличивается и составляет от 1,2 до 1,9 % от общего количества операций кесарева сечения. Это связано с концентрацией в перинатальном центре пациенток, имеющих высокий риск массивной кровопотери (рис. 2).

Массивные интраоперационные акушерские кровотечения обусловлены рядом причин и чаще всего их комбинацией. В 2014 году зафиксировано 19 массивных кровопотерь, из них 10 свыше 2000 мл; в 2015 году – 24 массивные кровопотери, свыше 2000 мл – 15; в 2016 году – 33; свыше 2000 мл – 17 (рис. 2, 3).

Анализ всех случаев массивной кровопотери в перинатальном центре показывает, что 40 % приходится на случаи непрогнозированной кровопотери, и наиболее частыми их причинами являются приращение плаценты, отслойка плаценты, атоническое маточ-



Рис. 1. Основные причины акушерских кровотечений

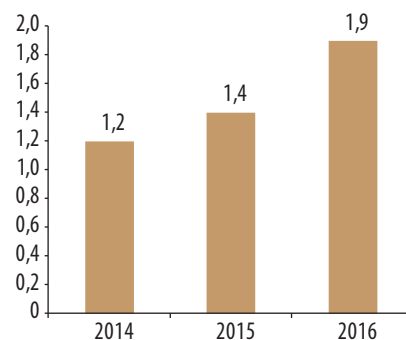


Рис. 2. Процент от общего количества операций кесарева сечения

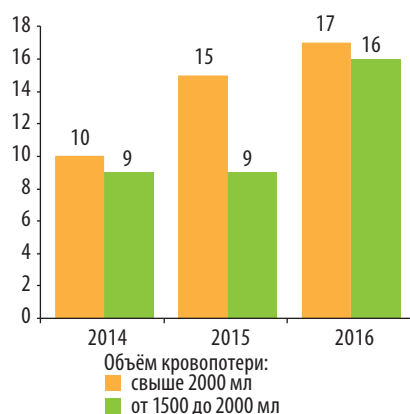


Рис. 3. Статистические данные по массивным интраоперационным акушерским кровопотерям

ное кровотечение, и, как следствие, присоединение ДВС-синдрома.

Кроме того, анализ всех случаев массивной кровопотери объемом свыше 2000 мл показывает, что все они могут быть отнесены к группе «near miss», т. е. к случаям несостоявшейся материнской смертности.

Проблема стратегии и тактики восполнения острой кровопотери в акушерской практике особенно актуальна. По тому, как она решается, можно судить о квалификации медицинского персонала, об организации неотложной помощи в том или ином учреждении родовспоможения.

В нашем перинатальном центре используется комплексный подход в лечении массивной кровопотери, благодаря чему удалось избежать случаев материнской смертности, связанной с кровопотерей. Основу данного подхода составляют согласованные действия всей хирургической бригады. В первую очередь, это активная хирур-

гическая тактика, направленная на профилактику кровопотери – перевязка маточных сосудов, наложение гемостатических швов на матку, двухбаллонная управляемая тампонада полости матки, гистерэктомия.

Задачей анестезиологической бригады является проведение эффективной интенсивной терапии, направленной на борьбу с острой гиповолемией, возникшей вследствие массивной кровопотери, нарушениями гемостаза в соответствии с данными клинико-лабораторного мониторинга. Это может быть достигнуто благодаря четкому соблюдению принципа работы в команде, так как согласованные действия всех членов команды составляют основу эффективного лечения массивной кровопотери.

В случае развития массивной интраоперационной кровопотери участие в оказании помощи принимают несколько врачей анестезиологов-реаниматологов и, как правило, 2–3 медицинских сестры-анестезиста.

Задачи, стоящие перед медицинской сестрой-анестезистом, многогранны и включают в себя:

- знание особенностей проведения интенсивной терапии массивных акушерских кровопотерь, этапов осуществления хирургического гемостаза;
- умение работать в команде;
- готовность к обеспечению дополнительного венозного доступа;
- знание принципа конверсии анестезии и участие в его реализации;
- участие в проведении инфузионно-трансфузионной терапии;

- проведение интенсивной терапии с учетом знания фармакодинамики и фармакокинетики лекарственных препаратов;
- проведение квалифицированного клинико-лабораторного мониторинга.

В отделении анестезиологии-реанимации перинатального центра работает 24 медсестры-анестезиста. Все медицинские сестры имеют квалификационную категорию, из них 60% высшую со стажем работы в акушерской анестезиологии не менее 5 лет.

Медицинские сестры постоянно повышают уровень своих практических и теоретических знаний, принимая участие в общепольничных, региональных, всероссийских конференциях, семинарах, мастер-классах, благодаря чему они хорошо ориентируются в критических ситуациях, связанных с массивной кровопотерей, и являются надежными помощниками врача в проведении интенсивной терапии.

Медицинские сестры отделения четко представляют, что малейшее промедление с началом адекватной интенсивной терапии массивной кровопотери приводит к развитию острой гиповолемии, а также синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания, многократно усугубляющего отрицательные последствия кровопотери.

Проведение адекватной инфузионной терапии массивной кровопотери возможно только при обеспечении надежного венозного доступа. Зачастую, это катетеризация трёх-четырёх периферических вен. Выполняет кате-



Рис. 4. Обеспечение венозного доступа



Рис. 5. Конверсия регионарной анестезии

теризацию медицинская сестра-анестезист, которая также ассистирует врачу анестезиологу-реаниматологу при катетеризации одной-двух центральных вен (рис. 1).

По данным 2014–2016 гг., при лечении 76 случаев массивной кровопотери произведено 109 дополнительных катетеризаций периферических вен и 4 катетеризации центральных вен. Для достижения необходимого эффекта используются периферические катетеры крупного диаметра и центральные двухпросветные венозные катетеры высокого потока. Необходимо отметить, что в силу ряда причин не всегда удавалось установить периферический венозный катетер с первой попытки, что наблюдалось в 18 случаях. Все трудности были преодолены благодаря согласованности действий анестезиологической бригады, квалификации и опыту сестринского персонала.

Кроме того, непрогнозируемая массивная кровопотеря зачастую диктует необходимость изменения тактики проведения анестезии. Чаще всего это переход от регионарной анестезии к общей в условиях искусственной вентиляции легких. В этих случаях медицинская сестра-анестезист принимает непосредственное участие в переводе пациентки на искусственную вентиляцию легких с готовностью к развитию ситуации трудных дыхательных путей, так как в акушерстве она встречается значительно чаще (рис. 2).

В задачу медицинской сестры входит обеспечение наличия в опера-

ционной набора девайсов на случай развития ситуации трудных дыхательных путей, а также умение своевременно реагировать при развитии критической ситуации, ассистируя врачу анестезиологу-реаниматологу.

Знание особенностей интенсивной терапии акушерских кровотечений позволяет медицинской сестре-анестезисту грамотно расставлять приоритеты по отношению к различным методам лечения, отдавая предпочтение наиболее эффективным, одним из которых является аппаратная реинфузия крови.

Аппаратная реинфузия – один из методов интенсивной терапии массивной кровопотери, показавший свою высокую эффективность и безопасность. Её применение особенно актуально в акушерстве. Внезапность и скорость развития акушерских кровотечений требует постоянной готовности к проведению адекватной инфузионно-трансфузионной терапии, включая возможность эффективного применения аппаратной реинфузии крови (рис. 3).

В этих случаях медицинская сестра принимает участие в тестировании аппарата, подготовке его к работе и проведении реинфузии.

В 2014 году проведено 68 аппаратных реинфузий, в 2015-м – 68, в 2016-м – 57. При оказании помощи пациенткам с массивной кровопотерей аппаратная реинфузия применялась в 100 % случаев. Анализ работы за три года показал, что объем реинфузируемой крови зависит от клинической ситуации и в случаях с массивной кровопотерей составляет не менее 1000 мл.

Тем не менее острая массивная непрогнозируемая кровопотеря требует проведения трансфузионной терапии компонентами крови (эритроцитарная взвесь, свежемороженная плазма, тромбоконцентрат), особенно, если кровопотеря превышает 40–50 % объема циркулирующей крови. Во время плазмо- и гемотрансфузии медицинская сестра-анестезист работает с аппаратом для размораживания плазмы, оказывает помощь врачу-трансфузиологу в проведении контрольных проб на совместимость, осуществляет мониторинг гемодинамики и оксигенации и, при необходимости, производит взятие крови для лабораторных исследований (рис. 4).

С внедрением аппаратной реинфузии крови потребность в переливании крови значительно уменьшилась. Сравнительный анализ за три года применения аппаратной реинфузии с аналогичным периодом до её внедрения показал, что количество плазмо- и гемотрансфузии уменьшилось на 50 %, а также уменьшилось количество осложнений при проведении плазмо- и гемотрансфузии. За три года не зарегистрировано ни одного случая синдрома массивной гемотрансфузии и острого повреждения лёгких, связанного с плазмо- и гемотрансфузией.

Одним из компонентов комплексного подхода в лечении массивной кровопотери является применение современных лекарственных препаратов разнонаправленного действия. Сюда можно отнести: транексам, протромплекс, новосевен, коагил, концентрат фибриногена. Все эти лекарственные



Рис. 6. Аппаратная реинфузия крови



Рис. 7. Проведение плазмо- и гемотрансфузии

препараты действуют на различные звенья гемостаза, что в сочетании с применением аппаратной реинфузии крови повышает эффективность интенсивной терапии, позволяет в короткие сроки добиться нормализации коагуляционного каскада с достижением адекватного хирургического гемостаза и стабилизации состояния.

В течение трех лет широко используется препарат протромплекс 600, особенно в случаях острой непрогнозированной массивной кровопотери. Это препарат протромбинового комплекса, позволяющий в течение нескольких минут восстановить коагуляционный потенциал. Как правило, он используется на этапе подготовки к плазматрансфузии. За три года протромплекс 600 применялся в 14 случаях. Всё это острые массивные кровопотери объемом более 2000 мл, что составило 40% от общего количества массивных кровопотерь.

Препараты данной группы требуют особых условий хранения и, медицинская сестра-анестезист обеспечивает надлежащие условия хранения, а в случае возникновения необходимости их использования вводит данные лекарственных средства, соблюдая технологию приготовления раствора и его введения.

Немаловажное значение в обеспечении эффективной интенсивной терапии массивной кровопотери имеет проведение современного клинко-лабораторного мониторинга. Аппаратный мониторинг подразумевает контроль показаний гемодинамики и оксигенации. Современные мониторы позволяют контролировать: сатурацию кислорода, частоту сердечных сокращений, общее периферическое сопротивление сосудов, температуру тела, осуществлять капнографию и кардиомониторинг. Все медицинские сестры проводят интерпретацию данных стандартного мониторинга и строго его выполняют.

Эффективная интенсивная терапия массивных кровотечений подразумевает проведение качественного лабораторного мониторинга. Основными тестами, отражающими эффективность лечения, являются МНО, АЧТВ, уровень фибриногена, тромбоцитов, гемоглобина. Кроме того, в последние годы «золотым стандартом» при лечении массивных акушерских кровотечений

является проведение тромбоэластографии, которая позволяет в режиме реального времени определять ведущий механизм нарушения коагуляции и корректировать качественный состав инфузионно-трансфузионной терапии.

Задачей медицинской сестры-анестезиста в данном случае является взятие образцов венозной крови, кратность которых зависит от клинко-лабораторных данных, а также умение интерпретировать основные лабораторные тесты.

Клинические случаи, демонстрирующие эффективность комплексного подхода в лечении массивных акушерских кровотечений, в реализации которого непосредственное участие принимает медицинская сестра-анестезист следующие.

I. Непрогнозированная массивная кровопотеря

Истинное вращение ворсин хориона диагностировано во время операции, что обусловило развитие массивной кровопотери более 50% ОЦК в течение 30 минут. Несмотря на проведение аппаратной реинфузии крови, потребовались плазмо- и гемотрансфузия, переход на общую анестезию в условиях искусственной вентиляции легких, кратковременная инотропная поддержка.

О катастрофичности развития клинической ситуации и эффективности проводимой интенсивной терапии свидетельствуют лабораторные показатели (табл. 1).

Эпизод острой массивной одномоментной кровопотери привел к развитию ДВС-синдрома с гипокоагуляцией.

Своевременно проведенная адекватная инфузионно-трансфузионная

Таблица 1

Динамика лабораторных показателей

	Нб	Эр	Нт	Тромбоциты	МНО
04.08.2014	111	3,61	34	197	1,07
11.08.2014 13:20	85	2,69	25	195	
11.08.2014 14:20	51	1,09	16	143	1,77
11.08.2014 18:00	91	3,91	27	100	1,1

терапия предопределила благоприятный исход клинической ситуации.

II. Недиагностированное продолжающееся внутрибрюшное кровотечение

Пациентка оперирована в объеме релапаротомии с экстирпацией матки в связи с развитием клиники геморрагического шока. Во время ревизии брюшной полости обнаружено массивное внутрибрюшное кровотечение, вследствие разрыва аневризмы селезеночной артерии, которое и послужило причиной развития острой гиповолемии и геморрагического шока третьей степени. Согласованные действия анестезиологической бригады (2 врача анестезиолога-реаниматолога и 2 медсестры-анестезиста), выполнившей весь комплекс необходимых лечебных мероприятий, включающий аппаратную реинфузию крови, массивную инфузионно-трансфузионную терапию в пять вен, инотропную поддержку, плазмо- и гемотрансфузию способствовали благоприятному исходу и быстрой стабилизации гемодинамики, а также нормализации лабораторных показателей, динамика которых представлена в таблице (табл. 2).

III. Прогнозируемая массивная кровопотеря

Плановая операция по поводу беременности 37 недель с полным предлежанием плаценты в объеме чревосечения по Пфаненштилю с иссечением старого рубца, субтотальная гистерэктомия, экстирпация шейки матки. Длительность операции – 2 ч 30 мин. Кровопотеря – 2500 мл. Лечебные мероприятия: спинально-эпидуральная ане-

Таблица 2

Динамика лабораторных показателей

	Нб	Эр	Нт	Тромбоциты	МНО	Фибриноген
09.08.2017 21:45	52	1,61	15	68	1,7	47,7
09.08.2017 22:30	82	2,73	24	32	1,43	36,7
10.08.2017 06:00	99	3,42	29	82	1,23	32,5

стезия, аппаратная реинфузия крови с момента начала операции – 1350 мл, медикаментозная терапия – транексам 1000 мг в/в, протромплекс 600–1800 МЕ в/в (3 фл.). Аппаратная реинфузия крови начата с момента начала операции, что позволило избежать плазмо- и гемотрансфузии, ограничившись введением препарата протромбинового комплекса, и закончить операцию в условиях регионарной анестезии (табл. 3).

Во всех случаях проводилась тромбоэластография, что позволило проводить интенсивную терапию в соответствии со стадией ДВС-синдрома.

Таким образом, оказание неотложной помощи при массивных кровотечениях в акушерстве является одной из

Таблица 3
Динамика лабораторных показателей

	Нв	Эр	Нт	Тромбоциты	МНО
04.05.2015 до операции	87	3,58	28	271	1,07
04.05.2015 15:30	80	3,45	27	227	1,1
05.05.2015	74	3,13	27	257	1,03
11.05.2015 перед выпиской	87	3,72	29	378	1,1

приоритетных задач по снижению материнской заболеваемости и смертности. Задачи, стоящие перед медицинской сестрой-анестезистом, требуют от неё высокого профессиона-

лизма, умения работать в «команде», знания особенностей лечения массивных акушерских кровотечений, так как своевременная остановка кровотечения в сочетании с адекватной интенсивной терапией помогает предотвратить развитие критического состояния и материнской смертности от кровотечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в акушерстве и гинекологии. Клинические рекомендации. Протоколы лечения / Под редакцией А.В. Куликова, Е.М. Шифмана. М.: Изд-во «Медицина», 2016.
2. Ланцев Е.А., Абрамченко В.В. Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в акушерстве. М., 2011.

Уважаемые коллеги, операционные медицинские сёстры!

15 февраля профессиональный День – операционных медицинских сестер, который проходит под девизом – «Периоперативная медицинская сестра: Профессионализм, ответственность, гуманность».

Хирургия сегодня представляет собой сложную многогранную область медицины, играющую одну из важнейших ролей в борьбе за здоровье, трудоспособность и жизнь человека.

Хирургическую операцию можно сравнить с музыкальным произведением, в котором каждый член команды виртуозно исполняет свою партию. Операционная медицинская сестра – это душа операционной, именно она является важным связующим звеном в команде. Для того чтобы качественно обеспечить работу хирурга, операционная медсестра должна быть универсальным и высококвалифицированным специалистом в своём деле.

Требования к профессиональной подготовке операционных сестёр постоянно возрастают. Это связано с тем, что в последние годы внедряются новые, значительно усовершенствованные операционные технологии, совершенствуются и усложняются способы проведения операций. Появились новые направления в хирургии: эндоскопическая хирургия, трансплантация органов и тканей, пластическая хирургия, кардиохирургия и др. Создано большое количество современных аппаратов, материалов и инструментов, применяемых при проведении операций. Ещё совсем недавно операционная сестра была опытным помощником, беспрекословно подчинялась хирургу, а сегодня – она полноправный член хирургической команды, зачастую выступающий в роли ассистента. Операционные залы – это сердце лечебных учреждений. Для того чтобы самостоятельно подготовить операционную, грамотно ассистировать хирургу, знать ход операции, нужно быть настоящим профессионалом своего дела.

От всей души выражаем Вам огромную признательность и благодарность за Ваш нелегкий, но очень важный и нужный людям труд. Пусть в Вашем дружном и сплоченном коллективе и впредь царит атмосфера доброты, взаимопонимания, терпения и искреннего отношения к каждому Вашему пациенту! Желаем Вам всегда сохранять гордость за своё дело, оптимизма и уверенности в себе.

С уважением,
В.А. Саркисова, президент ПАМС

Л.А. Гордиевская, председатель секции ПАМС «Операционное дело, стерилизация»

ЕВРОПЕЙСКИЙ ДЕНЬ ОПЕРАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
15 февраля 2018

Периоперативная медицинская сестра: профессионализм, ответственность, гуманность

www.eorna.eu

Logos of participating countries and organizations: Belgium, Croatia, Cyprus, Czech Rep., Denmark, Estonia, Finland, France, Greece, Hungary, Iceland, Israel, Italy, Norway, Poland, Portugal, Russia, Serbia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, The Netherlands, Turkey, United Kingdom, UNAIBODE, FORTH, LOS, AESOP, and others.

Визуальная шкала оценки кровопотери при гинекологическом кровотечении: точность визуальной оценки связана с меньшим числом переливаний крови

Д-р Патрик Бозе, Д-р Фиона Реган, г-жа Сара-Патерсон Браун



Загрязненная
гигиеническая прокладка

30 мл



Пропитанная
гигиеническая прокладка

100 мл



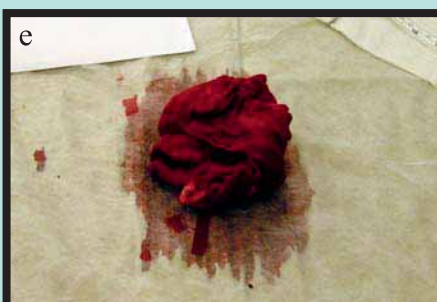
Пропитанная кровью салфетка
10×10 см

60 мл



Урологическая прокладка

250 мл



Пропитанная кровью салфетка
45×45 см

350 мл*



Пятно крови на полу
50 см в диаметре (500 мл),
75 см в диаметре (1000 мл)
и 100 см в диаметре (1500 мл)

1500 мл*



Первичное послеродовое
кровотечение – в пределах кровати

1000 мл



Первичное послеродовое
кровотечение – стекающая
на пол кровь

2000 мл



Полный почкообразный лоток

500 мл

***Мультидисциплинарное исследование оценки кровопотери показало, что в ситуациях Е-Г объем кровопотери чрезвычайно занижается (более чем на 30%)**

За более подробной информацией обратитесь, пожалуйста, к г-же Саре-Патерсон Браун, Родильное отделение, Больница Королевы Шарлотты, Лондон

Перевод и издание выполнены РАМС благодаря любезному разрешению г-жи Сары-Патерсон Браун

МОЕ ЗДОРОВЬЕ, МОЕ ПРАВО



■ **Мололкина Любовь Юрьевна,**
Председатель специализированной
секции РАМС «Сестринское дело
в первичном здравоохранении»

Ежегодно 1 декабря в соответствии с решением Всемирной организации здравоохранения отмечается день борьбы со СПИДом. В 2017 году этот день проходил под девизом: «Мое здоровье, мое право».

По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, общее количество случаев ВИЧ-инфекции у граждан России на 31.12.2016 достигло 1 114 815 человек, умерло по разным причинам 243 863 ВИЧ-инфицированных, на диспансерном учете состояло 870 952 больных ВИЧ-инфекцией.

Ассоциация медицинских сестер России выступила с инициативой привлечения медицинского сообщества к участию в проведении Всероссийской акции.

В течение недели по всей стране состоялись тысячи профилактических мероприятий. Они несли информацию о том, как важно знать свой ВИЧ-статус и защищать свое здоровье.

В акции приняли участие медицинские работники, волонтерские отряды, население, учащиеся школ, ссузов, вузов. Акции проводились на улицах, в медицинских организациях, на предприятиях, в учебных заведениях. По традиции, в Тарской ЦРБ (Омская область) проводились беседы в ФКУ СИЗО-2.

В рамках акции проводились информационно-просветительские мероприятия: открытые тематические уроки, студенческий форум «Остановим СПИД вместе», образовательно-интерактивная программа «Что ты знаешь о ВИЧ?» и другие. Открытые уроки и мероприятия прошли в учреждениях среднего общего, среднего профессионального



и высшего образования. Участникам демонстрировались видеоролики, проводились семинары-тренинги, викторины, раздавались памятки, буклеты, листовки, календари, красные ленточки (эмблемы акции), приглашения на ВИЧ-обследование, опубликованы статьи в печатных изданиях.

Специалисты Смоленской области провели анкетирование населения об уровне информированности о ВИЧ/СПИД. В анкетировании участвовало более 4058 человек. Осведомленными о ВИЧ оказались только 75 %.

Состоялось и традиционное для таких акций тестирование на ВИЧ. В этом году в Смоленской области его прошли более 1500 человек! Работа проводилась по всем правилам, включая предтестовое и посттестовое консультирование и обеспечение анонимности.

В Астраханской области на базе регионального Управления Роспотребнадзора в течение недели работала «горячая линия» по профилактике ВИЧ-инфекции. По телефонам «горячей линии» анонимно и бесплатно консультировали всех желающих по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции, в том числе у беременных женщин, безопасному поведению и ситуации по ВИЧ-инфекции в регионе. Рассказывали о мифах, связанных с этим заболеванием, возможностях анонимного бесплатного тестирования на ВИЧ-инфекцию.

В медицинских организациях проводились конференции, круглые столы, школы здоровья; прошла региональная конференция для медицинских работников среднего звена. Специалисты СПИД центра предоставили всем желающим возможность проверить свой индивидуальный риск инфицирования ВИЧ с помощью специальной компьютерной программы.



В Москве состоялась форум-сессия «Технология жизни». Организаторами форум-сессии стало федеральное агентство по делам молодежи и Всероссийское общественное движение «Волонтеры-медики».

Участники обсудили роль медицинских работников в сфере просвещения населения о ВИЧ, эффективный опыт профилактики распространения ВИЧ-инфекции работодателем, положительный опыт информационных просветительских кампаний, организованных общественными и медицинскими организациями, а также снижение стигмы и дискриминации ВИЧ-положительных людей.

Итогом форума стало подписание декларации о реализации кадровой политики по профилактике ВИЧ/СПИДа в регионах с привлечением ведущих вузов и крупнейших предприятий различных отраслей экономики. Среди основных положений декларации: снижение распространения ВИЧ-инфекции среди граждан в возрасте 20–39 лет, запуск механизма отсутствия дискриминации при приеме на работу и обслуживании, обсуждение возможности медицинского страхования работников независимо от ВИЧ-статуса (в случае наличия медицинской страховки при подписании трудового договора).

Все мероприятия, организованные в рамках акции, были с благодарностью приняты населением, что в очередной раз говорит о необходимости проведения подобных мероприятий. Нам удалось повысить информированность населения, мотивировать граждан на добровольное тестирование.

Российская ассоциация медицинских сестер выражает огромную благодарность всем участникам акции за активное участие, предоставленные отчеты и фотоматериалы.

ЮБИЛЕЙ С ЧУВСТВОМ ЮМОРА

В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ ОТМЕТИЛИ 10-ЛЕТИЕ АССОЦИАЦИИ

Наступает время, когда многие региональные ассоциации в составе РАМС подходят к юбилейным отметкам. Повсюду проводятся торжественные мероприятия, но в каждом регионе специалисты находят свою изюминку. Так, в Томской области в честь юбилея был организован настоящий марафон шуток и смеха – конкурс КВН. Его участники – члены Томской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация медицинских сестер Томской области» собрались вместе 30 ноября в актовом зале ОГБПОУ «Томский базовый медицинский колледж».

Участие в праздничном мероприятии принимали четыре команды из восьми специализированных секций ТРОО «ПАМСТО»: Сестринское дело в педиатрии «Взрослые дети», Лечебное дело «Надежда», Акушерское дело «Горячие сердца» и Сестринское дело в психиатрии и наркологии «Детальный осмотр».

Поприветствовать участников мероприятия пришли представители Департамента здравоохранения Томской области: Дмитриев Сергей Владимирович – председатель комитета организационно-кадровой работы и Курганова Юлия Владимировна – ведущий специалист отдела кадровой политики и государственной гражданской службы.

Ассоциация принимала поздравление с юбилеем от Томской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице Нуриевой Дарьи Вадимов-



ны, специалиста по кадрам и молодежной политике, которая также вошла в состав жюри конкурса.

Звучали поздравления председателя ассоциации Федоткиной Татьяны Юрьевны в адрес учредителей организации: Ложкиной Татьяны Юрьевны, директора ОГБПОУ «ТБМК», Цветковой Татьяны Сергеевны, старшей медсестры эндокринологического диспансерного отделения ОГАУЗ «ТОКБ» и Рязанцевой Натальи Николаевны, заведующий по организационно-методической работе (по управлению сестринской деятельностью) ОГАУЗ «ДГБ № 2», исполнительного директора ассоциации. Вспомнили первых руководителей ТРОО «ПАМСТО» – Юдину Нину Александровну, главную медицинскую сестру ОГАУЗ «ТОКБ» и Булавко Анну Александровну, старшую медицинскую сестру ОГБУЗ «Светленская РБ».

Праздничный КВН на тему «Почему я стал членом ассоциации» получился очень веселым и неординарным. Особенно были злободневными шутки команды студентов ОГБПОУ «ТБМК», команды «Не по ГОСТУ», которые пожелали поучаствовать в мероприятии вне конкурса!

В конце были розданы дипломы за высокую численность членов ассоциации в медицинских коллективах: ОГАУЗ «ОПЦ», ОГБУЗ «МСЧ № 2», ОГАУЗ «ГБ № 3», ОГАУЗ «ТФМЦ», ОГАУЗ «ССМП». Дипломы за участие получили команда студентов, лучшая группа поддержки – группа команды «Взрослые дети», лучший капитан – капитан команды «Детальный осмотр».

Победители конкурса КВН распределились следующим образом: два третьих места заняли «Надежда» и «Горячие сердца», на втором месте – «Взрослые дети», и победители – «Детальный осмотр».

Подводя итоги, Татьяна Юрьевна озвучила цели на будущее – рост численности членов ассоциации, организация и развитие новых профессиональных сестринских секций, информационное наполнение газеты ТРОО «ПАМСТО» РИТМ (результативность, инициатива, творчество, милосердие) с целью повышения престижа профессии специалистов со средним специальным медицинским образованием, участие во всероссийских акциях, инициированных Ассоциацией медицинских сестер России, в аккредитации выпускников медицинских колледжей в качестве экспертов и, в дальнейшем, – вторичной аккредитации среднего медицинского персонала.



ПОБЕДА В РУКАХ ТЮМЕНСКОЙ ДЕТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ



■ Янминкуль И.В.

Пресс-секретарь ТРОПСА, Главная медицинская сестра ГБУЗ ТО «Областная больница № 14 имени В.Н. Шанаурина» (с. Казанское)

В декабре 2017 года Союзом педиатров России был объявлен всероссийский конкурс «Детская медицинская сестра 2017 года» среди медицинских сестер, работающих в области оздоровления детского населения. Подобные конкурсы среди детских сестер Союзом педиатров России проводятся ежегодно с 2004 года. За 14 лет победителями уже смогли стать 66 медицинских сестер. Победительницей конкурса в 2017 году стала Копытова Лариса Александровна, медицинская сестра педиатрического отделения поликлиники ГБУЗ Тюменской области «Областная больница № 14 имени В.Н. Шанаурина» (с. Казанское).

Вся ее трудовая жизнь прошла на одном рабочем месте – в детской консультации (ныне педиатрическом отделении поликлиники). Вот уже 36 лет она служит здоровью детей. Она гордится тем, что видит в их глазах искорки тепла и добра. Дети – это очень требовательные пациенты, но искренние, чистые, отзывчивые как на благодарность, так и на всепрощающую любовь даже за ту боль, которую иногда им причиняют ради исцеления.

Лариса Александровна прекрасный специалист, грамотный, мыслящий, владеет большим объемом практических умений, навыков, знаний. Без сомнения, она каждый день является надежным помощником и «правой рукой» для участкового врача-педиатра. Кстати, ее участковый врач в 2017 году заняла 2-е место в областном конкурсе

«Мое призвание – сельская медицина», показав лучшие способности по проведению сердечно-легочной реанимации среди всех конкурсантов. В чем-то становление молодого и грамотного врача-педиатра Сафиной М.Р. произошло при непосредственном участии и наставничестве прекрасного специалиста со средним медицинским образованием Копытовой Л.А.

Несколько лет она совмещала обязанности старшей медицинской сестры подразделения. Долгие годы Лариса Александровна является наставником для молодых специалистов, в том числе для врачей-педиатров, пришедших на работу, направляя, под-



сказывая им те важные и необходимые нюансы в работе, которые нарабатываются с опытом.

Проводит Школу молодых родителей, обучая их всем необходимым навыкам по уходу за младенцами. Щедро делится своими знаниями в пользу поддержки грудного вскармливания, профилактики детских заболеваний. Всегда нацелена на профессиональный рост и самосовершенствование.

За доброту, скромность, умение сопереживать, прочувствовать боль ребенка и поставить интересы детей выше собственных, Ларису Александровну очень любят как дети, так и их родители. Она знает о своих подопечных с первого участка все, ведь на протяжении своей трудовой деятельности она наблюдала, как подрастают и взрослеют, обретают профессию

и обзаводятся семьями большинство их родителей.

Копытова Л.А. принимает участие в различных акциях, организованных по инициативе РАМС, ТРОО ТОПСА, в которой она состоит более 6 лет.

Активная, коммуникабельная, она увлеченно проводит санитарно-просветительскую работу с населением Казанского района.

Пользуется заслуженным уважением среди коллег и пациентов. Неоднократно награждалась почетными грамотами от администрации ГБУЗ ТО «Областная больница № 14 имени В.Н. Шанаурина» (с. Казанское), Администрации Казанского района, Департамента здравоохранения Тюменской области, Тюменской Ассоциации медицинских сестер. К дню медицинского работника и в связи с 55-летним юбилеем в июне 2017 года Копытова Л.А. получила благодарность министра здравоохранения РФ В.И. Скворцовой.

«Ни одной минуты за годы работы я не пожалела о своем, сделанном в юности, выборе! 31 год назад, в далеком 1986 году я принимала участие в районном конкурсе профессионального мастерства «Лучшая патронажная медицинская сестра», где заняла 2-е место. Люблю свой коллектив, свое отделение, свою больницу, где каждый уголок пропитан заботой и вниманием к людям. Любовь и уважение людей, тем более маленьких пациентов, невозможно купить, это зарабатывается годами безупречной, в чем-то даже жертвенной работы. «Быть медицинскою сестрой – *великое предназначенье*, в профессии моей *и мудрость, и все-ленское терпенье*», – так с присущим ей тактом и скромностью, стесняясь своей победы, говорит Лариса Александровна...

Лариса Александровна Копытова полностью соответствует девизу Союза педиатров России: «Сохраним здоровье детей – спасем Россию!». Именно с таким девизом она живет и трудится на тюменской земле. А мы, работающие с ней рядом, очень гордимся ее победой!

СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ



■ **Устюжанинов О.Е.**

Фельдшер СМП ОЭПКМП ГБУЗ ЛОКБ, заместитель председателя специализированной секции РООЛО «ПАССД» «Лечебное дело», член специализированной секции РАМС «Лечебное дело»

Территория России превышает 17 миллионов квадратных километров. Сельские территории составляют 23,4% от всей территории, обладают мощным природным, демографическим, экономическим и историко-культурным потенциалом, который при рациональном и эффективном использовании может обеспечить устойчивое многоотраслевое развитие, занятость и высокий уровень жизни сельского населения.

Демографический ресурс сельских территорий составляет 38 млн человек (27% общей численности населения), в том числе трудовой – 23,6 млн человек, но плотность населения низкая – всего 2,3 человека на квадратный километр. Поселенческий потенциал насчитывает 155,3 тысяч сельских населенных пунктов, из которых 142,2 тысяч имеют постоянных жителей. Численность жителей менее 200 человек в 72% сельских населенных пунктов, а поселения с численностью свыше 2 тысяч человек составляют всего 2%.

Население Ленинградской области, по итогам последней переписи населения (2012 год), превышает 1 млн 600 тысяч человек. Значительная его доля приходится на прилегающие к Санкт-Петербургу районы, и самая малая плотность сельского населения наблюдается в восточной части области. Всего же, согласно официальной статистике, каждый третий житель Ленин-



градской области проживает в сельском населенном пункте. Около 45% всего сельского населения находится в трудоспособном возрасте, и поэтому вопрос доступности и грамотной организации первичного здравоохранения на данной территории имеет стратегическое значение для нормального развития субъекта РФ. При этом в последние годы Ленинградской области принадлежит сомнительное лидерство в списке российских регионов с высоким показателем смертности, и, как следствие, демографическая обстановка здесь считается неблагоприятной.

Существуют многочисленные признаки, позволяющие сделать вывод об имеющихся в сельской местности Ленинградской области проблемах с медицинским обслуживанием, в частности, наблюдается рост негативных отзывов в Интернете о качестве полученной медицинской помощи или об уровне ее доступности. Также граждане обращаются в Комитет по здравоохранению и СМИ с письменными жалобами и используют интерактивные возможности. Медицинские работники также выражают недовольство

тем, что инфраструктура выстроена несбалансированно, ресурсы и кадры используются недостаточно эффективно.

Для того чтобы изменить сложившуюся ситуацию в лучшую сторону, областной Комитет по здравоохранению в июне 2016 года утвердил целый перечень проектов, которые направлены на обеспечение работающего социального и организационного механизма, который сделал бы первичную медицинскую помощь доступной и гарантированной для населения сельских районов Ленинградской области. Среди тех мероприятий, которые перечислены в данных документах, некоторые уже частично претворены в жизнь. Например, создана определенная правовая база, изменены условия труда медицинских работников, определен и утвержден перечень тех первичных медико-санитарных услуг, которые входят в гарантированный объем, и определены различные важные нюансы ее оказания.

Серьезнейшие изменения должны быть проведены в организации работы фельдшерско-акушерских пунктов, как в плане организации работы дневных



стационаров при ФАП, так и касательно документально-методического подкрепления работы фельдшеров. В частности, разрабатываются и утверждаются должностные инструкции для фельдшеров ФАП, производится оформление необходимых допусков, позволяющих фельдшеру ФАП полноценно работать с препаратами наркотической группы.

Естественно, нормальное оказание первичной медпомощи населению окажется попросту невозможным, если оснащенность фельдшерско-акушерских пунктов не будет приведена в соответствие с реальными потребностями и современными требованиями к обслуживанию.

Изучение многолетней практики оказания медико-санитарной помощи сельскому населению позволяет предположить, что наиболее эффективной будет такая схема работы, когда гарантированный объем оказываемого медобслуживания включает в себя:

- пункт доврачебной помощи;
- дистанционные консультации;
- выездную работу;
- услуги аптеки;
- лабораторию;

– дневной стационар.

При этом каждый ФАП должен быть оснащен необходимым минимумом оборудования, включая пульсоксиметр, портативный электрокардиограф, портативный анализатор МНО, медицинский сейф-холодильник и необходимые расходные материалы. Предполагается, что стоимость данного оборудования из расчета на один ФАП составит порядка 210 тысяч рублей. Сопоставимая сумма должна быть израсходована на дооснащение дневных стационаров при каждом сельском ФАП.

Следует понимать, что для правильной расстановки приоритетов при строительстве новых сельских объектов здравоохранения, нужно проводить комплексную оценку всех факторов – число проживающих, удаленность населенного пункта от крупных лечебно-диагностических учреждений, имеющаяся в настоящее время доступная медпомощь и пр.

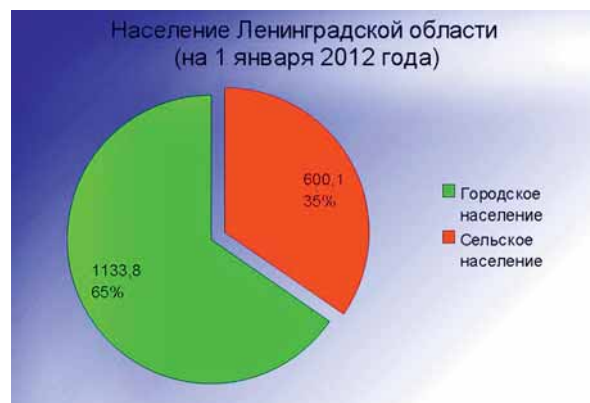
Крайне важным фактором для успешной реализации проектов видится аналитическая работа, когда проводится комплексная оценка эффективности проведенных мероприятий. Специа-

листами-аналитиками были определены критерии, позволяющие оценить успешность реализованных проектов. Особенно важно то, что подсчитать эти показатели можно количественно, и это позволяет рассчитывать на объективную оценку. Например, установлен минимальный процент манипуляций, которые должны быть

проведены на каждые 100 обращений сельских жителей за медицинской помощью – минимум 40%. В централизованной лаборатории должны выполняться 100% лабораторных исследований от обратившихся пациентов. Установленные планы диспансеризации и вакцинации должны быть выполнены на 98 и 95%, соответственно. Кроме того, предусмотрено получение обратной связи от населения по поводу качества первичного медико-санитарного обслуживания – не менее чем в 75% пациенты должны быть удовлетворены им. Не менее половины пациентов в сельских районах должны получать медицинскую помощь в условиях дневного стационара.

Вопросы постоянного контроля за тем, как реализуются проектные мероприятия, становятся принципиально важными для их успешности, ведь именно контроль позволяет собирать исходные данные для аналитической работы и оценивать полученные результаты. Регулярно планируется проводить заседания Общественных советов при Комитете по здравоохранению, а также встречи и обсуждение сложившейся ситуации с населением – именно такой подход позволит своевременно выявить какие-либо отклонения, которые могут возникнуть в ходе осуществления проектных мероприятий, и скорректировать действия.

Важно понимать, что результаты данных проектов должны быть открыто оглашены как в средствах массовой информации, так и в документах, доступных медицинскому персоналу. Именно это позволит получать полную и своевременную обратную связь, оценивая полученные результаты в комплексе.



УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В СОРТИРОВОЧНОМ ПРОЦЕССЕ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ОПЫТ ПЕРВОГО САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
ИМ. АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА



■ **Теплов Вадим Михайлович**

Канд. мед. наук, доцент кафедры скорой медицинской помощи и хирургии повреждений, руководитель отдела скорой медицинской помощи



■ **Комедев Сергей Станиславович**

Заместитель заведующего стационарным отделением скорой медицинской помощи



■ **Калинина Марина Сергеевна**

Старшая медицинская сестра стационарного отделения скорой медицинской помощи



■ **Миннуллин Ильдар Пулатович**

Д-р. мед. наук, профессор, заведующий кафедрой скорой медицинской помощи и хирургии повреждений



■ **Цебровская Екатерина Андреевна**

Врач стационарного отделения скорой медицинской помощи



■ **Багненко Сергей Федорович**

Академик РАН, профессор, ректор ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова Минздрава России

Создание стационарного отделения скорой медицинской помощи (СтОСМП) серьезным образом меняет взгляд не только на работу врача скорой медицинской помощи, но и требует совершенствования подготовки среднего медицинского персонала. Возможность ротации специалистов между зонами отделения, привлечение к работе в условиях противопожарной палаты, сортировочный процесс – все это ведет к необходимости расширения профессиональных компетенций

медицинской сестры, совмещения в них навыков операционной, палатной, процедурной сестры, медсестры-анестезиста, фельдшера.

Уровень подготовки среднего медицинского персонала СтОСМП во многом должен соответствовать уровню медицинской сестры реанимационного отделения, так как и те, и другие сталкиваются на рабочем месте с тяжелобольными, успех в лечении которых может определяться секундами. Во многом сходство добавляется за счет синдромального подхода к пациенту, рутинного использования мониторинга, ИВЛ, катетеризаций магистральных сосудов, дренирова-

ния полостей и т. д. В то же время больные находятся в отделении достаточно короткое время, поэтому навыки длительного ухода за ними не так востребованы. И если лечебные задачи и клинические ситуации в той или иной степени знакомы среднему медицинскому персоналу, то активное и значимое участие его в сортировочном процессе – триаже – на уровне госпитального звена до настоящего времени практически не рассматривалось.

Именно сестринский, а не врачебный триаж лежит в основе сортировочного процесса в отделениях экстренной медицины практически во всех

Благодарим за предоставленные фотографии Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

странах. В США, например, врач вообще избавлен от потока пациентов в удовлетворительном состоянии и не нуждающихся в использовании каких-то значимых диагностических мощностей; помощь им оказывает самостоятельно практикующая медсестра (Nurse practitioner) или опытная медсестра в специально выделенном участке отделения, именуемом Fast Track («Быстрый путь»). Подобный

подход существенно образом снижает нагрузку на врача, при этом повышая его значимость, в частности, и врачебной специальности, в целом.

В случае грамотно построенной работы сестринского персонала, обратившийся за помощью пациент попадает к специалисту не только с заполненной паспортной частью медицинской карты, но и с собранными жалобами, анамнезом, первичным набором лабораторных исследований. Это существенно снижает время ожидания пациентом врачебной помощи, сокращает период от момента поступления до начала лечебных мероприятий. Кроме того, из общего потока больных вычлняются неспособные к самостоятельному передвижению, имеющие нарушение витальных функций или риск их развития и т. д.

При всех преимуществах данной схемы для врача, она серьезно увеличивает ответственность медицинской сестры, требуя от нее быть субъектом принятия решения, а не исполнителем. Широкое внедрение сестринского триажа влечет за собой серьезные изменения не только в учебной, но и психологической подготовке сестринского персонала. Без этого трудно представить внедрение сортировочного процесса в СтОСМП, особенно в случае поступления более 50 человек в сутки, когда врач не сможет полностью контролировать и дублировать работу триажной сестры.

В настоящее время сестринский триаж в России находится в процессе становления. Даже в существующих СтОСМП сортировкой часто занимается непосредственно ответственный врач. Осмотр пациента «на входе»

опытным клиницистом имеет свои преимущества, однако есть и ряд недостатков: в большинстве случаев первичный контакт носит поверхностный характер, не опирается на объективные данные, не фиксируется в медицинской документации. Использование же простых сортировочных алгоритмов, основанных на конкретных критериях, занимает несколько минут,

не требует участия врача и позволяет быстро определить больных, нуждающихся в госпитализации в палату реанимации и интенсивной терапии, палату динамического наблюдения.

Рабочее место триажной сестры должно быть оснащено монитором с возможностью неинвазивного измерения артериального давления, пульсоксиметрии, температуры тела (рис. 1).

Следует предусмотреть вариант перемещения пациента непосредственно после триажа сразу в палату динамического наблюдения либо в зал ожидания. Медицинская сестра, проводя сортировочные мероприятия,

должна иметь возможность вносить полученные данные в электронную медицинскую карту больного. Это позволяет сэкономить ее рабочее время, а также дает возможность врачу быстро получить данные, особенно о «желтом» и «красном» потоке.

В настоящее время в рутинной работе СтОСМП ПСПбГМУ им. И.П. Павлова применяется простой трехуровневый сортировочный алгоритм. Нами был проведен анализ медицинских карт 515 пациентов, обратившихся за медицинской помощью в экстренном порядке в течение декабря 2017 года. Проводилось сравнение решений, принятых триажной сестрой и врачом СМП, последовательно осматривавших поступающих больных (табл. 1).

В 10,7% случаев дежурный врач менял сортировочный поток обратившихся за медицинской помощью, в результате чего 2 пациента были госпитализированы в палату реанимации и интенсивной терапии СтОСМП, а 53 – в палату динамического наблюдения. Более подробное определение причины изменения потока показало, что в подавляющем большинстве случаев изменение места пребывания было обусловлено не ошибкой

Именно сестринский, а не врачебный триаж лежит в основе сортировочного процесса в отделениях экстренной медицины практически во всех странах.

Сравнение результатов сестринского и врачебного триажа

Сортировочный поток	Триаж 1 (сестринский)	Триаж 2 (врачебный)	Причина изменения потока	
			Ошибка сортировки	Необходимость проведения лечебных мероприятий
Красный	42	44	1	1
Желтый	134	187	2	51
Зеленый	339	284		



Рис. 1. Рабочее место триажной сестры



в оценке тяжести состояния больного, а нуждаемостью его в проведении тех или иных лечебных мероприятий. Определение лечебной тактики не входит в задачи триажной сестры, из чего следует, что ошибки были допущены менее чем в 0,6% случаев. Это свидетельствует, по нашему мнению, о достаточной эффективности сестринского триажа и возможности его рутинного использования в клинике. Анализ неправильных результатов показал, что дважды была неверно оценена выраженность болевого синдрома, а один раз были пропущены анамнестические указания на острый коронарный синдром, при этом на электрокардиограмме, зафиксированной триажной сестрой после сортировки, отмечались характерные изменения. Последний случай указывает на необходимость более широкого использования специальных программ, обеспечивающих компьютерный анализ ЭКГ в режиме реального времени. Это позволит снизить вероятность недооценки тяжести состояния пациента благодаря помощи ИТ-технологий.

На этапе становления сестринского триажа возможно более широкое привлечение медицинских сестер, отвечающих за сортировку, к самостоятельному назначению базового набора лабораторных исследований (общеклинический, биохимический анализы крови, анализ мочи), электрокардиографии – перечня, часто и так выполняемого средним медицинским персоналом приемно-диагностических отделений до назначения врача, поскольку он требуется в 100% случаев у больных с подозрением на терапевтическую и хирургическую патологию. Это приведет к обязательному

ускорению движения пациента внутри стационара, более быстрому определению точного клинического диагноза, а также позволит более активно вовлечь средний медицинский персонал в лечебно-диагностический процесс. Благодаря возможностям сортировки, выполнению первичного комплекса лабораторно-инструментальных обследований, пациент с подозрением на нарушение или риск развития витальных функций может быстро оказаться под более пристальным наблюдением в палате реанимации или динамического наблюдения, а пациент «зеленого потока» фактически с порога почувствует внимательное отношение со стороны персонала отделения, что позитивно скажется на эмоциональном состоянии человека, находящегося в условиях стресса из-за экстренной госпитализации. Правильная и своевременная сортировка является отправной точкой дальнейшей логистики больного в медицинском учреждении, снижает вероятность оставить нуждающегося в более пристальном наблюдении без внимания.

Профессиональный рост и постепенное расширение спектра как назначаемых, так и самостоятельно выполняемых услуг, открывают горизонты для более серьезной, ответственной и, что самое главное, самостоятельной деятельности для сестринского персонала. Так, в некоторых странах активно обсуждается вопрос привлечения триажной сестры для выполнения скринингового ультразвукового исследова-

ния – манипуляции, которой у нас владеет далеко не каждый врач. Естественно, в настоящее время это кажется чем-то фантастическим, однако реализация такого пути зависит в первую очередь от желания автономной деятельности и самостоятельного профессионального роста самого сотрудника.

Таким образом, изменение парадигмы оказания медицинской помощи пациентам экстренного профиля в стационаре влечет за собой не только появление новой точки приложения

для врача скорой медицинской помощи, но и необходимость создания медицинской сестры новой формации, обладающей возможностью и желанием самостоятельно принимать решения и нести за них ответственность, сочетающей в себе компетенции сразу

нескольких смежных сестринских специальностей. Реализация такого подхода в Университете показала необходимость постоянной ротации среднего медицинского персонала внутри отделения и регулярного повышения профессионального уровня.

В некоторых странах активно обсуждается вопрос о привлечении триажной сестры для выполнения скринингового УЗИ.



ВОЗМОЖНОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО КОНТРОЛЯ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

ОПЫТ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ



■ **Крицкая О.Ю.**

Старшая медицинская сестра дневного стационара ОГАУЗ «Томский фтизиопульмонологический медицинский центр»



■ **Федоткина Т.Ю.**

Главная медсестра ОГАУЗ «Томский фтизиопульмонологический медицинский центр», председатель ТРОО «Профессиональная ассоциация медицинских сестер Томской области», председатель фтизиатрической секции РАМС

Мы живем в XXI веке – веке высоких информационных технологий. Сегодня информационные технологии задействованы везде: в промышленности, в авиатранспорте, в науке, образовании, государственном управлении, экономике и здравоохранении.

С развитием компьютерных технологий развиваются и системы передачи данных. Современные системы позволили человеку держать связь из любой точки Земного шара.

Люди из разных уголков нашей планеты свободно общаются в режиме реального времени друг с другом, обмениваются фото-, видеозаписями. Мно-

гие важные решения принимаются на расстоянии, а современные системы телекоммуникаций, самой популярной из которой стала система Skype, позволили проводить консультации, переговоры в интерактивном режиме, без личного контакта.

Туберкулёз – инфекционное заболевание, отличающееся длительным процессом лечения. Минимальная продолжительность лечения составляет шесть–восемь месяцев.

На протяжении всего срока лечения пациенту необходимо ежедневно принимать противотуберкулезные препараты под непосредственным контролем медицинского работника, а значит, на амбулаторном этапе ежедневно приходить в медицинское учреждение.

В дневном стационаре ОГАУЗ «Томский фтизиопульмонологический медицинский центр» был реализован проект внедрения современных систем телекоммуникаций для контроля лечения туберкулеза на амбулаторном этапе. Видеоконтролируемое лечение (ВКЛ) позволило проводить консультации при помощи самой популярной системы Skype. В июле 2016 года мы провели апробацию данного проекта с участием 6 пациентов, на данный момент лечение получают более 80 пациентов. Но расскажем обо всем подробнее.

Отбор пациентов для ВКЛ

Всем известно, что лечение туберкулеза характеризуется не только продолжительностью, но и особенностями поведения пациентов, проблемой отрывов от лечения. Поэтому при организации ВКЛ необходимо реализовать несколько важных задач. Первая – это отбор пациентов для ВКЛ, критериями для допуска пациента к которому являются:

- приверженность к лечению не менее 70 %;

- наличие компьютера или телефона с программой Skype;

- отсутствие инъекционного препарата в схеме лечения.

У видеоконтролируемого лечения есть как преимущества, так и недостатки.

Недостатки

видеоконтролируемого лечения

На основе приобретенного на сегодняшний день опыта можно сказать, что к числу недостатков относится отсутствие отдельной медсестры, которая бы полностью занималась лечением пациентов и одна бы несла ответственность за качество лечения. Сейчас лечение пациентов по ВКЛ входит в должностные обязанности процедурной медсестры. Роль медицинской сестры очень велика:

- она должна найти подход к каждому пациенту;
- ответить на любой вопрос пациента;
- активно выявлять побочные действия лекарственных препаратов;
- направлять на обследования и на прием к врачу;
- и, самое главное, это контролировать прием препаратов.

Преимущества

видеоконтролируемого лечения

1. Удобно для пациентов: значительная экономия времени и денег (не надо тратить деньги на проезд и время на дорогу до медицинского учреждения).
2. Лечение занимает всего несколько минут.
3. Все звонки записываются на видео и сохраняются. Совместно с заведующим отделением мы можем в любой момент посмотреть и оценить качество работы медсестры: как выявляются жалобы и побочные эффекты, как она общается с пациентом, насколько

точно выполняется инструкция по работе в системе ВКЛ, какие вопросы задает и как пациент реагирует на работу медицинской сестры. Это помогает нам спланировать обучение медицинских сестер, своевременно вносить коррективы при ошибках в работе.

В начале запуска проекта мы совместно с коллегами из БО «Партнеры во имя здоровья» провели обучение всех медицинских сестер и врачей тому, как правильно и грамотно проводить лечение по ВКЛ; разработали памятку для медсестер по выявлению побочных действий препаратов.

Затем медицинские сестры проводили обучение пациентов: рассказывали, как правильно направить камеру, как показывать таблетки, какой взять стакан и т. д.

Всем пациентам мы выдаем памятки, где указано, как зарегистрироваться, по какому режиму будет идти работа и, разумеется, по какой схеме будет проходить лечение данный пациент.

4. Пациенты, больные туберкулезом с лекарственной устойчивостью в случае тяжелых побочных эффектов могут принимать лечение дробно: выходя на связь два раза в день или присылать видеосообщение. Медицинской сестре необходимо лишь просмотреть его.

Пациентам не нужно ежедневно приезжать в дневной стационар для приема лекарств, они получают препараты на семь дней. На седьмой день они приходят на консультацию к лечащему врачу и за новой порцией препаратов.

ДЛЯ СПРАВКИ:

Российское здравоохранение стоит на пороге кардинальных перемен. Они связаны с легализацией в стране инновационной отрасли – телемедицины – и всего спектра услуг, которые могут быть предоставлены этой отраслью.

Летом 2017 года парламентариями Госдумы РФ был заслушан, одобрен и утвержден Федеральный закон № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья».

Документ официально начинает действовать на всей территории страны с 1 января 2018 года. Он предусматривает не только удаленное общение при помощи телекоммуникаций в форматах «врач – врач» и врач/медицинский работник – пациент», но и обязательное оформление соответствующих документов, протоколов и карточек по результатам дистанционного взаимодействия/консультирования. Врачи и пациенты будут вовлечены в систему электронного документооборота, так как по желанию пациентов многие документы (рецепты на приобретение медицинских товаров, справки, выписки из истории болезни) могут быть выданы в электронном виде.

Трудности на пути внедрения ВКЛ

Исходя из опыта работы с ВКЛ, можно выделить несколько препятствий или трудностей, с которыми нам приходится сталкиваться:

1. Отбор пациентов на ВКЛ нужно проводить тщательней, одного желания пациента мало, нужно учитывать особенности поведения пациента, вредные привычки, степень ответственности и т. д.

2. Важно отметить, с какого устройства пациент будет выходить на связь (компьютер или телефон), удаленность от города, все эти нюансы сказываются на качестве видео.

3. Случаются перебои с интернетом и мелкие неполадки с ноутбуком.

4. Умение медсестры работать на компьютере имеет большое значение, так как приходится обрабатывать как текстовые сообщения, так и видеофайлы.

Видеоконтролируемое лечение направлено, в первую очередь, на повышение комфорта пациента в процессе непростой, длительной противотуберкулезной антибиотикотерапии с целью абсолютной приверженности к лечению, профилактики развития лекарственной устойчивости, обострений и рецидивов туберкулезного процесса и снижения распространения туберкулеза среди контактных лиц и населения в целом. Внедрение ВКЛ – важнейший шаг на пути оказания пациентоориентированной медицинской помощи.

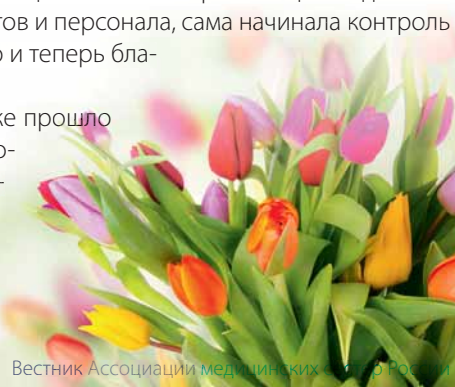
Путеводная звезда

Ассоциация медицинских сестер России, специализированная секция «Сестринское дело во фтизиатрии» сердечно поздравляет Крицкую Ольгу Юрьевну с заслуженным званием Международного совета медсестер «Путеводная звезда». Это звание учреждено специально для поощрения лучших специалистов в области фтизиатрии за большой вклад в повышение качества и доступности медицинской помощи.

Ольга Юрьевна Крицкая совмещает в своей работе знания, полученные по двум специальностям – сестринское дело и психология. Накопив большой опыт работы, Ольга Юрьевна стала ведущим специалистом по организации видеоконтролируемого лечения больных ТБ. Она разрабатывала инструкции для пациентов и персонала, сама начинала контроль противотуберкулезной терапии таким пациентам, набирала персонал для этого и теперь благополучно руководит этим процессом и делится опытом с коллегами.

Начинать новое дело в тысячи раз сложнее, чем выполнять то, что ранее уже прошло апробацию. Ольга Юрьевна на отлично справилась со своей задачей, открыв новую дорогу развитию телемедицины в нашей стране, а также внедрению пациентоориентированного подхода в лечении больных ТБ и МЛУ-ТБ.

Первый опыт внедрения видеоконтролируемого лечения пациентов с ТБ, МЛУ-ТБ, приобретенный специалистами Томского фтизиопульмонологического медицинского центра, обязательно получит распространение благодаря активной работе секции РАМС «Сестринское дело во фтизиатрии».



Мужчины в сестринской профессии:

историческая и феминистическая перспектива

РЕФЕРАТ СТАТЬИ JOAN EVANS, PHD, RN. MEN NURSES: A HISTORICAL AND FEMINIST PROSPECTIVE // JOURNAL OF ADVANCED NURSING. ЧАСТЬ 1.

Ранняя история

Привлечение мужчин в сестринскую профессию является одной из актуальных задач современного здравоохранения. Исследователи из Канады предприняли попытку анализа роли мужчин в сестринской профессии и профессиональных перспектив медицинских братьев на примере Великобритании, Канады и США. В России сестринская профессия развивалась по иному пути. Чтобы это понять, давайте попробуем заглянуть в историю сестринского дела наших коллег.

В западной культуре история сестринского дела воспринимается исключительно как история достижений женщин, несмотря на то, что с момента возникновения профессии в ней было задействовано немало мужчин.

Исторические сведения о монашеских сообществах IV–V веков нашей эры свидетельствуют о том, что мужчины занимались сестринским уходом, защищали больных, раненых и умирающих, будучи членами различных религиозных общин. Одним из первых рыцарских орденов, которые возникали в XXI–XXII веках, стал орден св. Иоанна Иерусалимского. Рыцари ордена защищали Иерусалим во время крестовых походов, позднее предоставляли кров для странствующих рыцарей, построили в Европе множество госпиталей и замков, которые служили как пристанищем для рыцарей, так и местом, где они могли получить медицинскую помощь. В 1877 году орденом была основана Ассоциация скорой помощи св. Иоанна для обучения женщин и мужчин оказанию первой помощи, служения больным и раненым в мирное и военное время. В наши дни напоминанием об этом военном сестринском орденом служит Мальтийский крест на рыцарском одеянии – символ гуманитарного служения, который был утвержден в качестве знака отличия Школой сестринского ухода Флоренс Найтингейл в больнице св. Томаса.

Историю мужчин в сестринской профессии освещают документы и других военных сестринских орденов – ордена св. Лазаря, ордена тамплиеров, Тевтонского ордена. Тем не менее

Св. Камилл де Леллис для сестринского дела больше, чем святой покровитель. Фактически это первый мужчина в сестринской профессии.

Св. Камилл де Леллис родился 25 мая 1550 года в Букьянико (в итальянском регионе Абруццо). Его отец был капитаном неаполитанской армии, с детства Камилл мечтал о карьере военного. В юности он стал солдатом, служил в Венеции, Испании, участвовал в военных операциях в Северной Африке. Был дважды ранен в боях, лечился в римском госпитале св. Иакова. В армии Камилл пристрастился к карточной игре, в результате проиграл всё состояние. Из-за недостатка средств нанялся рабочим на строительство монастыря капуцинов в Манфредонии. В 1575 году пережил духовное обращение, вследствие чего после окончания строительства вступил в новициат построенного монастыря. Из-за болезни вынужден был прервать новициат и пройти курс лечения в том же самом госпитале, где восстанавливался после ранений. Духовная перемена привела к тому, что Камилл обратил самое пристальное внимание на неподобающее отношение к больным в госпитале, после чего он решил посвятить жизнь помощи больным людям. После излечения он остался в больнице, начал ухаживать за пациентами и добился улучшения условий их содержания. Постепенно он добился авторитета в больнице, был назначен на один из руководящих постов, провёл реформу, заменив наёмных служащих, ухаживавших за больными, на добровольцев, ряд из которых вступил впоследствии в основанный им же орден.

Его духовным наставником в этот период стал святой Филипп Нери, который убедил Камилла в необходимости принять духовный сан. После периода обучения Камилл де Леллис был рукоположен. В 1584 году он основал Общество служителей больным, в 1586 году правила Общества были утверждены папой римским Сикстом V, а в 1591 году папа Григорий XIV возвёл общество в статус монашеского ордена. Камиллианцы наряду с тремя традиционными монашескими обетами давали четвёртый – обет служения больным. В том же году Камилл де Леллис принял торжественные обеты вместе с 25 коллегами и стал первым настоятелем ордена. К концу жизни святой Камилл основал 14 обителей, камиллианцы работали во множестве госпиталей по всей Италии и прославились тем, что не отказывались ухаживать даже за больными смертельно опасными болезнями во время эпидемии бубонной чумы. Камиллианцы также ухаживали за безнадежно больными, стараясь утешить их и облегчить муки, благодаря чему их стали называть «отцами благой смерти».





F. Nightingale and Sir H. Verney; Claydon House

даже в средневековых рукописях встречается указание на низкую ценность сестринского ухода, в связи с чем эту работу следует выполнять людям низкого происхождения. В Своде правил рыцарей Тевтонского ордена от 1264 года значилось, что сестринский уход должен выполняться женщинами, потому как женщины лучше справляются с домашним скотом и больными людьми. А в ордене св. Иоанна Иерусалимского рыцари-госпитальеры чаще были в роли распорядителей и вельмож, а люди рангом ниже – сержанты и слуги – выполняли сестринскую работу.

В качестве медбратьев мужчины участвовали и в невоенных орденах, например, в Братстве св. Антония. Этот орден, основанный в 1095 году, представлял уход людям, страдающим рожистым воспалением, кожным заболеванием, позже получившим название Огня св. Антония. Среди других подобных орденов – госпитальеры св. Иоанна Господня – ордена, основанного в конце XVI века в Испании и Братство Алексия, ставшее религиозным орденом в 1472 году. Братство Алексия было орденом необразованных ремесленников, которые проповедовали слово Божье и оказывали помощь убогим в средневековой Европе – нищим, прокаженным, «слабоумным» и «лунатикам». Символом ордена была могила, а наиболее активная его деятельность относится к XIV–XV векам, когда в Европе бушевала эпидемия чумы. После исчезновения чумы в XVIII веке братство Алексия получило

и исчезновение исторических сведений об организованном сестринском уходе, и дальнейшие сведения относятся к веку XVIII – времени создания благотворительных госпиталей, например, Королевской лечебницы в Манчестере. В этот период времени сестринским уходом занимаются и женщины, и мужчины, при этом мужчины ухаживают только за мужчинами. Некоторые авторы указывают, что в госпиталях того времени мужчины осуществляли уход за определенными категориями больных, под их патронаж попадали пьяницы, агрессивные и психически больные люди, а также мужчины с болезнями мочеполовой системы. Историческая ассоциация между мужчинами и оказанием помощи изгоем сохраняется и по сей день, примером чему служит стойкая ассоциация мужчин и работы в психиатрии.

После Найтингейл: современное сестринское дело

В середине XIX века, когда Флоренс Найтингейл провозгласила сестринское дело женской профессией, связь мужчин с профессией была сведена на нет. Согласно убеждению Флоренс, каждая женщина – это медицинская сестра, а женщины, поступившие на учебу, чтобы стать медсестрами, делают

известность как орден, помогающий психически больным. Эта традиция была унаследована в XX веке, когда последователи ордена организовали в США школы сестринского дела для обучения мужчин оказанию помощи психически больным.

С исчезновением в XVI веке монастырей связано

только то, что им и так знакомо. В модели ученичества, представленной Найтингейл, женщине, как «природной» медсестре, не требовалась специальная подготовка перед началом работы в госпитале под руководством врача-мужчины. В семейной институциональной модели медицины в качестве доминирующей признавалась роль отца, которую выполнял врач-мужчина. Логическим продолжением модели было выполнение медсестрами роли женщин, а пациентами – роли детей, что отражало разделение труда по половому признаку. Таким образом, в идеологической картине медицины, как семьи, мужчина был несовместим с ролью медицинской сестры. В дальнейшем создание сестринских домов, общежитий для проживания медсестер еще в большей степени изолировало мужчин от женщин и от сестринской профессии.

Убеждение о том, что сестринская профессия – это продолжение домашней роли женщины, сыграло ключевую роль в закреплении представлений не только о том, что эта профессия – женская, но и о том, что она низкоквалифицированная и не очень ценная по сравнению с мужскими профессиями, в том числе профессией врача. Это проливает свет на риски, принимаемые мужчиной, решившим

избрать сестринскую профессию. Некоторые авторы предполагают, что в сестринской профессии мужчине не хватает уважения, подпитывающего чувство собственного достоинства. Ассоциация мужчины с сестринской профессией также дискредитирует его престиж и социальный статус, которыми в патриархальной культуре наделены все мужчины. Исследователи уверены, что в 20-е годы XIX века это было сильным сдерживающим фактором для вхождения мужчин в сестринскую профессию. Кроме того, роль играли и финансовые стимулы. В те годы учителя, рабочие, состоящие в профсоюзах, и работники муниципалитетов зарабатывали больше медицинских сестер. В годы Великой депрессии в США

Студентки, в отличие от студентов, получали знания не только о душевных, но и о телесных болезнях, при этом сроки обучения достигали 30-36 месяцев, в то время как мужчин к профессии готовили в два раза быстрее

число мужчин студентов, обучающихся сестринскому делу, несколько возросло, объяснением чему служит предоставление студентам комнаты для проживания и небольшой стипендии.

Сегрегация мужчин в сестринской профессии

Документы, подтверждающие формальную сегрегацию мужчин и женщин в сестринской профессии, относятся к 1919 году, когда в Великобритании профессия стала саморегулируемой, а все квалифицированные медсестры были зарегистрированы Королевским колледжем медсестер. Закон о сестринском деле 1919 года установил принадлежность мужчин к отдельному регистру и провозгласил сестринскую профессию саморегулируемой. Один из интересных исторических фактов заключается в том, что хотя мужчины не были допущены к основному (женскому) профессиональному регистру, в состав Генерального совета по сестринскому делу, сформированного для управления регистром, вошли 16 мужчин, при общем количестве членов – 25.

Профессиональная сегрегация проявлялась и в разделении труда между медсестрами женщинами и мужчинами. Вслед за реформами Флоренс Найтингейл мужчин зачастую исключали из общей практики и относили к тюремной

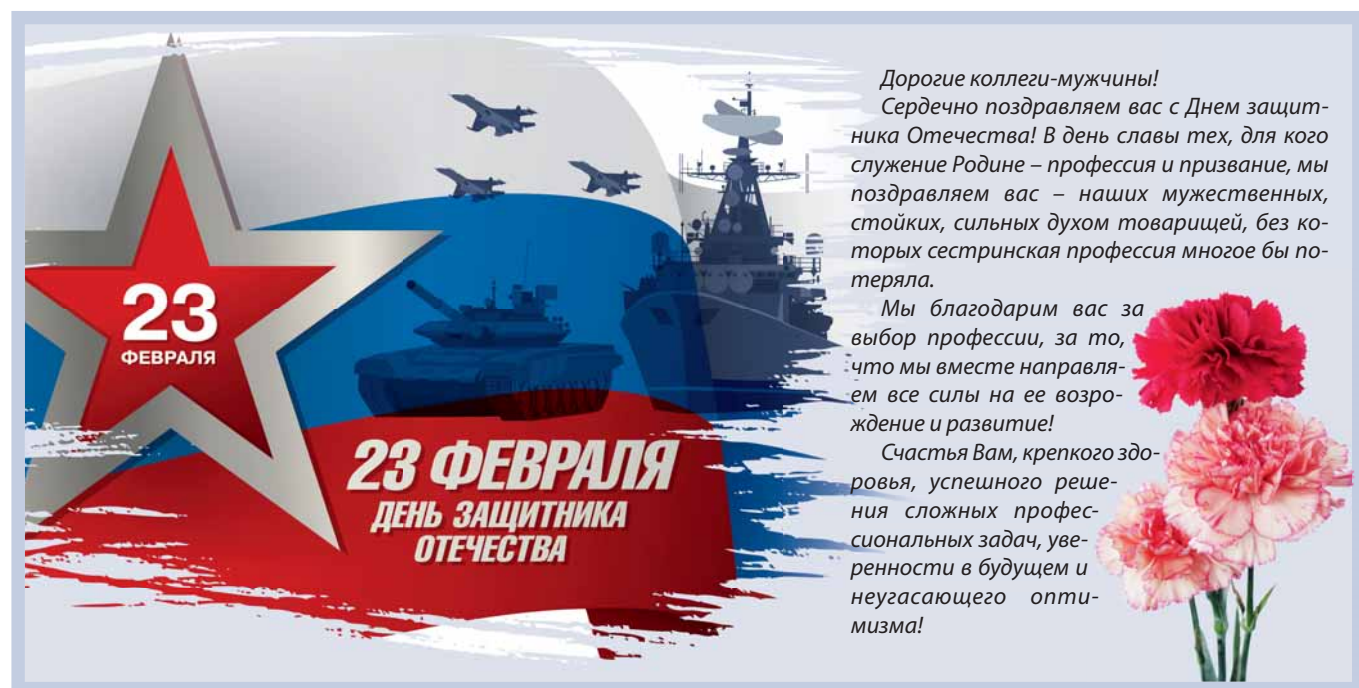
медицине, где особую ценность имела их физическая сила и способность ограничивать поведение агрессивных пациентов. Такое разделение труда, основанное на представлениях о приемлемом поведении для представителей разных полов, также отражалось и в системе подготовки мужчин и женщин к сестринской профессии, при этом подготовка мужчин велась по профилю психиатрии и отличалась от подготовки женщин в худшую сторону как в объеме, так и в качестве обучения (Merickle 1983, Edwards 1989).

В 1937 году в Англии это привело к созданию Общества зарегистрированных медицинских братьев. Организацию возглавил Эдвард Главин, который был возмущен имевшейся, на его взгляд, нехваткой квалифицированных медсестер в психиатрии. Как отмечают некоторые исследователи, студентки-женщины получали знания о «телесных болезнях», а студенты-мужчины нет. Кроме того, если в тот период времени обучение женщин занимало 30–36 месяцев, то сроки обучения мужчин были вдвое меньше. Согласно записям Сообщества зарегистрированных медбратьев от 1937 года, организация была нацелена на повышение профессионализма медбратьев, поддержку традиций сестринской практики среди медбратьев, помощь членам в знакомстве с новыми технологиями, решение профессиональных проблем, содействие высо-

чайшим стандартам практики и поддержку медбратьев в обучении для достижения высокой квалификации и навыков.

В США мужской сестринской организации не было вплоть до 1971 года, когда мужчины сформировали Американскую ассамблею медбратьев в ответ на ситуацию, которую исследователи называют сексизмом и расизмом и которая не давала мужчинам возможности играть значимую роль в сестринских профессиональных организациях. В отличие от мандата ранее созданного Совета медбратьев Великобритании, цели Американской ассамблеи заключались в привлечении в профессию большего числа мужчин, их поддержке, повышении их значимости в профессии. Примечательно, что в Канаде мужчины и вовсе не создали своей ассоциации, возможно вследствие большой протяженности страны и языковых отличий в разных провинциях, а также отличий в системе лицензирования сестринской практики. В сокращенном масштабе в одной из канадских провинций – Онтарио – в 1956 году был создан Комитет медбратьев в рамках региональной сестринской ассоциации. Его ключевой задачей была консолидация медбратьев и повышение интереса к сестринскому образованию среди мужчин...

Окончание следует.



Дорогие коллеги-мужчины!

Сердечно поздравляем вас с Днем защитника Отечества! В день славы тех, для кого служение Родине – профессия и призвание, мы поздравляем вас – наших мужественных, стойких, сильных духом товарищей, без которых сестринская профессия многое бы потеряла.

Мы благодарим вас за выбор профессии, за то, что мы вместе направляем все силы на ее возрождение и развитие!

Счастья Вам, крепкого здоровья, успешного решения сложных профессиональных задач, уверенности в будущем и неугасающего оптимизма!

(постовую), воспользовавшись кнопкой вызова;

- личные вещи и предметы первой необходимости (трость, ходунки, костыли, очки и др.) необходимо разместить на прикроватной тумбочке на расстоянии вытянутой руки;
- если пациента беспокоят неудобства кровати, следует сообщить медицинской сестре палатной (постовой),
- рассказывают, с какой целью будут подняты защитные поручни на кровати.

Медицинские сестры палатных отделений проводят повторный инструктаж пациентов, обучают каждого из них пользованию кнопкой вызова, правилам перемещения в постели. Помогают пациентам разместить личные вещи и предметы ухода на прикроватных тумбочках на расстоянии вытянутой руки. Еще раз объясняют, что прежде чем встать с кровати, необходимо при помощи кнопки вызова пригласить медицинскую сестру. Пациентов с рисками падений помещают в палату, которая находится рядом с постом медицинской сестры. Все результаты проведенных инструктажей фиксируются ответственными лицами в Журнале учета инструктажей с обязательной подписью инструктируемого и инструктирующего. Каждый случай падения пациента регистрируется, проводится анализ, выясняются причины падения.

Большое значение в работе медицинской сестры имеет также беседа с пациентом, постоянный личный контакт, подробное разъяснение вопросов по состоянию его здоровья и проводимому лечению. Независимо от того, что всем больным предлагается памятка о течении послеоперационного периода, медицинской сестре



Рис. 3. Схема модели сестринской помощи

нужно продублировать ее подробными устными рекомендациями. Зачастую пациенты не читают памятки, и вынужденное положение в раннем послеоперационном периоде вызывает у них дополнительную тревогу и стресс. Медицинской сестре всегда нужно помнить, что больные остро воспринимают любые выражения и отдельные слова относительно их болезни и состояния.

Медицинская сестра палатная в травматолого-ортопедическом отделении круглосуточно находится рядом с пациентами и устанавливает с ними доверительные отношения. Она не только внимательно следит за их состоянием, но и активно интересуется их самочувствием, их нуждами, всегда готова своевременно обеспечить необходимую помощь и делает все возможное для их комфорта и выздоровления, что вселяет в пациентов уверенность в том, что они находятся в надежных руках.

Благодаря осведомленности о предстоящем лечении, связанном с ним дискомфорте и способах избегания болевых ощущений, пациенты в дальней-

шем реже жалуются на боли, меньше нуждаются в обезболивающих препаратах и быстрее выписываются из больницы. Пациенты получают от сестринского персонала максимум информации о болевом синдроме и лечении боли: это удовлетворяет их любопытство, помогает дать объективную оценку характеру и тяжести боли и в ясной форме сообщить о них медицинской сестре, о чем она в дальнейшем докладывает врачу. Кроме того, все пациенты до операции получают соответствующие инструкции, в которых подчеркивается важность кашля, глубокого дыхания, поворотов в постели и ходьбы, а также излагаются методы снижения связанных с этими действиями болевых ощущений.

Одной из проблем раннего послеоперационного периода может быть боль. Адекватная терапия послеоперационной боли в настоящее время рассматривается в качестве неотъемлемой части хирургического лечения. Купирование послеоперационной боли не только облегчает страдания пациента, но и снижает частоту послеоперационных осложнений. Оценка боли яв-



Рис. 2. Категорийность медицинских сестёр

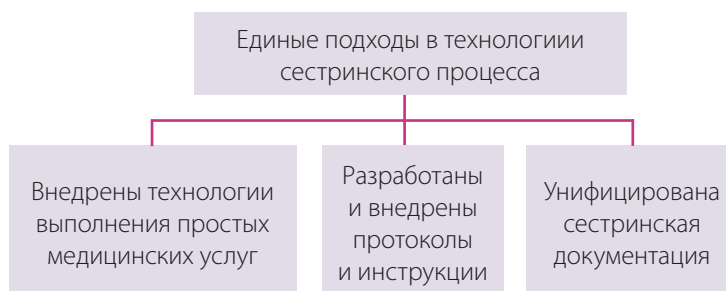


Рис. 4. Технологии сестринского процесса

ляется важным элементом эффективного послеоперационного обезболивания. Для определения интенсивности боли в отделениях центра используется визуально-аналоговая шкала (ВАШ). Интенсивность боли, эффективность обезболивания, а также наличие побочных эффектов от приема обезболивающих лекарственных средств регистрируются в «Карте интенсивного наблюдения и лечения». Это необходимо для обеспечения преемственности в процессе лечения боли и контроля его качества.

Новые возможности

Задача центра – хирургическое лечение пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Операционные медицинские сестры работают в 5 операционных залах. Все операционные оснащены модульной системой «чистых помещений», включая стены, потолок. Операционный блок снабжен системой кондиционирования с подачей стерильного воздуха, непосредственно над операционным столом организован ламинарный поток воздуха. Все двери имеют автоматическую систему открывания – закрывания, что позволяет уменьшить риск передачи контактной инфекции.

Операционные столы-трансформеры оснащены полным комплектом аксессуаров, которые позволяют придать удобное положение пациенту при проведении оперативного вмешательства на опорно-двигательном аппарате.

Операционный микроскоп позволяет выполнять микрохирургические

вмешательства на конечностях и малоинвазивные операции на позвоночнике. С помощью электронно-оптического преобразователя (ЭОП) осуществляется рентгенологический контроль непосредственно во время операции при установке сложных металлоконструкций, вертебропластике.

При стабилизирующих операциях на позвоночнике используется нейрофизиологический контроль, что позволяет повысить точность установки фиксирующей системы, провести интраоперационный контроль полноты выполненной декомпрессии спинного мозга и его корешков. В результате возможности этого метода сокращают сроки возвращения пациента к полноценной жизни.

Профилактика ИСМП

С целью профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), при проведении хирургического лечения используются одноразовые стандартные комплекты операционного белья с системой зонального отгораживания на критических участках, обеспечивающей дополнительную прочность и контроль распространения биологических жидкостей. Универсальное белье является готовым решением для максимальной защиты наших пациентов от инфекционных осложнений.

Общий инструментальный стол накрывается операционной медицинской сестрой непосредственно на предстоящую операцию, далее накрывается малый инструментальный стол.

Обязательным условием соблюдения правил инфекционной безопасности является обработка поверхностей, соблюдение правил проведения текущих и генеральных уборок.

Для оптимизации работы медицинских сестер при проведении всех видов уборки, обеззараживания и бесконтактной дезинфекции помещений используется система глосаэр



Генеральная дезинфекция проводится с помощью аэрозольного аппарата, распыление дезинфицирующих растворов проводится на большие расстояния. Преимущество данной системы в том, что помещение и находящееся в нем оборудование можно использовать сразу после завершения дезинфекции.

Текущие и генеральные уборки проводятся по системе безвредной уборки, что позволяет:

- до 40 % сэкономить время по сравнению с классическим методом уборки «ведро – вода»;
- снизить потребление моющих и дезинфицирующих средств;
- снизить нагрузку на персонал за счет использования эргономичного инвентаря и правильной организации технологического процесса;
- в разы улучшить качество уборки за счет использования всегда чистых насадок на швабру.

Наши операционные медицинские сестры прошли обучение на центральных базах ведущих институтов травматологии России и других стран, 90,9% имеют квалификационную категорию по специальности «Операционное дело».

С целью профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), персонал обеспечен комплектами сменной одежды, сменная обувь индивидуальная подлежит ежедневной дезинфекции.

Смена постельного и нательного белья больным осуществляется накануне операции, в дальнейшем 1 раз в 7 дней или по мере загрязнения. Специальная одежда сотрудников меняется ежедневно.



Рис. 5. Установка «Альфа» используется для экспресс-обеззараживания

Лечебное питание осуществляется централизованно по системе таблет-питания. Это современная, индивидуально-порционная система питания пациентов, при которой на раздаточной линии пищеблока комплектуется индивидуальный термоподнос с набором порционных блюд. Приготовление лечебного питания происходит в пароконвектомате, позволяющем сохранить все питательные и лечебные свойства пищевых продуктов. Медицинской сестрой диетической ежедневно составляется меню-требование на основе принятого семидневного меню, утвержденного главным врачом центра, согласованного с Советом по лечебному питанию центра.

Технологии безопасной медицинской помощи

В центре разработаны единые подходы оказания сестринской помощи:

утверждены алгоритмы выполнения сестринских манипуляций, ведется работа по созданию стандартных операционных процедур (СОП) в рамках внутреннего контроля качества, разработаны алгоритмы действия медицинских сестер при неотложных состояниях. Внедрены и используются мобильные процедурные, термометрия проводится с помощью индикаторных градусников, ранняя реабилитация проводится инструкторами ЛФК с помощью программно-аппаратных комплексов, применяется штрих-кодирование биологического материала, что исключает возможность ошибок его идентификации.

Все медицинские сестры работают в единой информационной системе, что позволяет оперативно использовать всю необходимую информацию о пациенте. Активно работают медицинские сестры с врачами травматологами-ортопедами на этапе катамнеза. После выписки из стационара создает-

ся реестр пациентов, которым необходим контроль за дальнейшим состоянием, и назначается дата послеоперационного контроля с приглашением на прием врача травматолога-ортопеда в консультативную поликлинику центра.

В заключение хотелось бы напомнить о том, что врач лечит, а сестра выхаживает. Через сестринские руки идет процесс лечения. Поэтому медсестра является полноправным участником медицинской бригады, и наши врачи заинтересованы в успешном и правильном уходе за пациентами.

Таким образом, выбранная система командного подхода, создание профессионально-логичной цепочки «врач–сестра–пациент», регулирование работы всех ее звеньев с учетом обратной связи с пациентом, позволяют повысить качество оказания медицинской помощи в нашей медицинской организации.



Внедрение новых технологий оказания безопасной медицинской помощи:

- «Мобильная процедурная».
- Обезболивание, контролируемое при помощи помп.
- Индивидуальная карта реабилитационных мероприятий.
- Монитор для послеоперационного наблюдения в палатах отделений центра.
- Термометрия с помощью индикаторных градусников.



Применение информационных технологий и современного медицинского оборудования:

- Работа в медицинской информационной системе.
- Система электронных медицинских карт.
- Система архивирования, хранения и обработки рентген-снимков.
- Технология штрих-кодирования биоматериала.
- Реабилитация с помощью программно-аппаратных комплексов.
- Ведение учетно-отчетной документации.



РАБОТА В КОМАНДЕ И КОММУНИКАЦИЯ

НОВАЯ РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ



■ **Игнатович Ю.С.**

Процедурная медицинская сестра,
ЦНС ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина г. Москвы

Медицинским работникам, по роду своей деятельности вовлеченным в длительное напряженное общение с пациентами, свойственен, как и другим специалистам, работающим в системе «человек – человек», так называемый синдром «эмоционального выгорания». Практика показывает, что сегодня со стороны медперсонала довольно часто наблюдается потеря интереса к пациенту, непринятие его таким, какой он есть, упрощение эмоциональной стороны профессионального общения. Это не только мешает полноценному управлению лечебным процессом и оказанию необходимой помощи, но оказывает негативное воздействие на самих специалистов.

«Представьте себе... Еще вчера абсолютно здоровый, бодрый, энергичный, уверенный в себе, жизнерадостный человек со своими планами, мечтами о будущем находился в окружении семьи, любимых детей и внуков. Еще вчера у него было любимое дело, любимая работа. А уже сегодня он вынужден обратиться в больницу, ощущая себя беспомощным, находясь в состоянии «тревожной неизвестности». Каковы будут результаты обследований, как долго оно продлится? Смогут ли родственники быть рядом с ним в этот момент и поддерживать его? Какой врач будет его лечить, молодой специалист или профессионал, имеющий большой опыт?»

Современная медицина – это качественная медицина, она связана не только с профилактикой заболевания, возможностью обследований, постановкой правильного диагноза, лечением и реабилитацией. От того, как медицинские работники встретят пациента, зависит его состояние и готовность сотрудничать.

Проект Департамента здравоохранения г. Москвы

«Пациентоориентированность и навыки современной коммуникации» – под таким названием в 2016 году стартовала программа Департамента здравоохранения города Москвы.

Основными целями и задачами пациентоориентированности медицинских организаций г. Москвы являются: **дружелюбная среда** – атмосфера доверия, понимание того, что хочет пациент, чего он боится; **уважение** к пациенту и его обеспокоенным родственникам. Мы должны уделить особое внимание к его **эмоциональному состоянию**. Выстроить **доверительное** общение. Не допустить конфликтных ситуаций.

Важно оказать поддержку и помощь пациенту. И помнить, что помощь бывает не только медицинская, но и психологическая и информационная.

При поддержке руководства больницы Боткина мне довелось пройти обучение по программе ДЗМ «Пациентоориентированность и навыки современной коммуникации», став наставником для медицинских сестер.

Обучение проходило 2 месяца, обучались главные, старшие медицинские сестры, медицинские сестры с активной жизненной позицией, психологи и сотрудники отделов по работе с персоналом больниц города Москвы. Обучение проводили профессиональные тренеры по четырем блокам с предоставлением раздаточного материала для проведения мини-тренингов.

В ГКБ им. С.П. Боткина среди медицинских сестер приемного отделения

Приверженность профессии и огромное желание помочь и мне оказаться в группе обучающихся. Всего обучение прошли 150 человек. После обучения я поддерживаю связь с наставниками, тренерами, мы обмениваемся опытом, поддерживаем друг друга. И помогаем. В частности, у меня появился опыт проведения и посещения тренингов в других стационарах. А однажды довелось провести тренинг и для врачей, хотя во время подготовки я была уверена, что занятия буду проводить только с медицинскими сестрами. Но сам тренинг – командоформирование – подразумевает вовлечение разных специалистов. Реализовать это обучение удалось на отделении колопроктологии, где участниками учебы стали заведующий отделением, врачи и медицинские сестры.

был проведен опрос, который показал, что персонал испытывает стресс, тревожность, напряженность на работе, отсутствие мотивации и интереса к жизни. Специалисты склонны к подавлению собственных негативных эмоций. В неблагоприятных ситуациях коллеги обвиняли руководство и пациентов. Градус проявления негативных эмоций был очень высок. Все это является признаком синдрома «эмоционального выгорания». Можно ли предотвратить выгорание или свести его к минимуму? Считаю, что на этот вопрос можно дать положительный ответ.

Благодаря новому виду занятий с медперсоналом в формате тренинга появилась возможность эмоциональной поддержки специалистов. Тренинги с персоналом больницы проводятся 2 раза в неделю.

Также на базе больницы Боткина в Медицинском симуляционном центре тренинги включены в обучающий курс: «Комплексное применение сестринских навыков в имитационных условиях».

Наставничество подразумевает проведение тренингов и для коллег из других стационаров города Москвы. В частности, был опыт проведения тренингов в ГКБ № 29 имени Н.Э. Баумана и Институте имени Герцена.

За год работы с 10 октября 2016 года по 10 октября 2017 года проведено 100 тренингов и обучено 600 человек. Тренинги проводятся по нескольким направлениям.

Тренинг адаптации к изменениям «Кривая принятия» – направлен на сохранение внутренних ресурсов. Любую новую информацию и перемены лучше принимать с позитивной стороны.

Тренинг личной эффективности «Жизненные позиции» – помогает определить продвигающие жизненные позиции человека. Все в моих руках, стоит мне только захотеть!!!

Тренинг «Проактивность в общении медицинской сестры» – помогает медицинской сестре научиться взаимодействовать с пациентами. Проактивность – вот путь к успеху! Проявление эмпатии к пациенту дает возможность снять страхи, тревогу и агрессию.

Тренинг «Командоформирование» – показывает медицинской сестре, как важно работать в команде, чувствовать плечо товарища рядом. Слушать и слышать. Обмен обратной связью позволяет коллегам услышать положительные стороны про себя и определить зоны развития.

КАК ЭТО РАБОТАЕТ?

Тренинги проходят в позитивной рабочей обстановке в формате живого общения и наполнены короткими практическими упражнениями. Для более доступного восприятия

подача информации сопровождается демонстрацией обучающих видеороликов и раздачей информационных материалов. Специально подобранное музыкальное сопровождение позволяет коллегам снять напряжение. Хочу особенно отметить, что доверительная атмосфера тренинга дает возможность персоналу раскрыться, высказаться. Обсуждение определенных целей и задач помогает планировать совместную деятельность с коллегами и руководителями отделений.

Медицинские сестры вовлекаются, вдохновляются, мотивируются. С каждым новым тренингом я чувствую желание и вижу готовность медицинских сестер меняться.

Коллеги отмечают тот факт, что позитивный настрой, приветствие пациента, проявление лояльности – волшебным образом на него действует.

Посещение тренингов дает положительные результаты и содействует развитию навыков эффективной коммуникации во взаимодействии с руководителями, сотрудниками и пациентами, повышению мотивации, вовлеченности среднего медицинского персонала и снижению эмоционального выгорания на рабочем месте. Результатом проведенных тренингов стало получение огромного объема полезной и нужной информации для сотрудников и применение полученных знаний на практике. Все эти факты свидетельствуют о том, что такое направление, как «Пациентоориентированность» становится одним из приоритетных в современном здравоохранении.

Для достижения более высоких результатов необходимо развивать программу и ставить новые задачи, усиливать и подкреплять новые модели поведения, поддерживать медицинских

сестер в применении полученных знаний и умений на практике. Индивидуальное взаимодействие с прошедшими обучение специалистами с разбором реальных ситуаций и возможностью корректировки коммуникаций.

За год я провела обучение медицинских сестер, диспетчеров, техников приемного отделения, в общей сложности 60 человек. Малыми группами по 6–7 человек все эти специалисты прошли 4 модуля программы. Для них тренинг стал глотком свежего воздуха – внимание, поддержка, вдохновение, позитив. На сегодняшний день мы собираемся по договоренности по четвергам.

Для коллег из других отделений больницы и стационаров тренинги проходят на базе Медицинского симуляционного центра.

После тренинга участники заполняют разработанную мной анкету, дают только положительные отзывы и, самое важное для меня, выражают готовность применять полученную информацию и применяют ее. Готовность рекомендовать тренинг коллегам составляет неизменные 10 баллов! Так и формируется следующая группа. Прихожу в одно из отделений учреждения, предлагаю провести тренинг. Вместе со старшей сестрой отделения определяем тематику. Сама жизнь диктует нам, какой тренинг нужен здесь и сейчас. Недавно в моем любимом приемном отделении сменился заведующий. Принять нового руководителя нужно? Вот палочка-выручалочка – тренинг «Кривая принятия» – и медицинские сестры его прошли. Теперь нужно сплотиться? Да, пожалуйста – нам поможет тренинг «Командоформирование».

После тренинга специалисты делятся друг с другом совсем другими мыслями. Для меня важно не просто научить, а помочь человеку изменить восприятие ситуации, чтобы он сам начал думать по-другому, с другого ракурса, почувствовал гармонию и принял себя как профессионала. Ведь именно мы выбрали для себя когда-то профессию помогать людям!



ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

РОЛЬ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СЕКЦИИ ОМСКОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СЕСТРИНСКОЙ АССОЦИАЦИИ «ГИСТОЛОГИЯ» В РАЗВИТИИ ИННОВАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ



■ **Фильчаков А.М.**

Старший лаборант централизованного патологоанатомического отделения БУЗ Омской области «Областная детская клиническая больница», председатель специализированной секции ОПСА «Гистология», г. Омск



■ **Любавина А.Е.**

Заведующая централизованным патологоанатомическим отделением БУЗ Омской области «Областная детская клиническая больница», канд. мед. наук, г. Омск



чески вливаются в клинические исследования, работающие во благо конкретного пациента. Решение ответственных задач влечет за собой растущую ответственность гистологической лаборатории, растущее внимание со стороны лечащего врача, организаторов медицины, пациента и людей, которым он не безразличен.

В первую очередь работа специализированной секции Омской профессиональной сестринской ассоциации «Гистология» направлена на стандартизацию технологического процесса в патологоанатомических отделениях (отделах) Омской области. Нами отработаны механизмы взаимодействия с коллективами отделений, создаётся единая база используемых методов изготовления гистологических препаратов, схем проводки материала из различных органов и тканей как с использованием аппаратной проводки, так и без неё.

В 2017 году мы начали создание банка контрольных гистологических препаратов, окрашенных с использованием специальных методов и методик, и их микрофотографических аналогов. Все наработки представляются на обучающих семинарах непосредственно на базах в медицинских организациях, что позволяет обучить инновационным

методикам в гистологической практике до 95 % персонала патологоанатомических отделений.

Так, в частности, разработана и внедрена инновационная методика, направленная на снижение количества патологоанатомических диагнозов с формулировкой «инфекция невыясненной этиологии». Отработка методики была проведена на базе централизованного патологоанатомического отделения Областной детской клинической больницы. Точный патологоанатомический диагноз возможен лишь при проведении комплекса исследований с использованием всего доступного спектра – это непосредственно проведение аутопсии, взятие материала для проведения гистологического, цитологического, бактериоскопического, бактериологического исследований и в обязательном порядке молекулярно-биологического исследования. Внедрён молекулярно-биологический метод исследования – полимеразная цепная реакция. Работа ведётся с клиническим, секционным и архивным материалом. Проводится выявление фрагментов ДНК 42 возбудителей.

Ранее морфологические изменения позволяли установить «ориентировочный» диагноз инфекции, но не давали

«Три пути человека, чтобы разумно поступать: первый, самый благородный – размышление, второй, самый легкий – подражание, третий, самый горький, – опыт».
Конфуций

Современный этап развития здравоохранения требует стремительного развития новых подходов и методов работы в гистологической практике. Патологическая анатомия (гистопатология) непрерывно развивается вместе с развитием научных знаний. В гистологическую лабораторию приходят современные знания, новые методы, новые задачи, новое оборудование, которые органи-

возможности верифицировать конкретный возбудитель.

Выполнение ПЦР позволило поднять диагностику на принципиально иной уровень прямого обнаружения инфекционного агента в аутопсийном материале при инфекционной патологии неясного генеза. В 30% наблюдений при проведении ПЦР нам удалось уйти от формулировки «инфекция неуточненной этиологии».

ПЦР осуществляется после проведения гистологического исследования, позволяющего выявить морфологический субстрат воспаления. Такая возможность целевого выявления возбудителя определяется условиями взятия материала в момент проведения аутопсии с последующим его замораживанием и хранением в течение 30 суток при максимально низких температурах.

Параллельно производятся посевы материала на бактериальные среды. Важно, чтобы посев материала для бактериологического исследования проводился не позднее 8–10 часов с момента наступления смерти. Более длительный срок приводит к обсеменению. Посев производится у секционного стола. Материал тут же доставляется в бактериологическую лабораторию, а при невозможности проведения транспортировки чашки Петри с посевами на среды помещаются в термостат с температурой 37°C. Также в обязательном порядке проводится бактериоскопическое и гистобактериоскопическое исследования, которые при использовании специальных методов окрашивания препаратов позволяют визуализировать возбудителя.

При проведении ПЦР-исследования как в клиническом, так и в секционном материале доминирует обнаружение возбудителей группы герпес-вирусных инфекций. Среди герпес-вирусов чаще всего встречается CMV – 45,5%, во вто-

ром месте EBV – 28,6% и на третьем месте HHV VI – 19,7%.

Преимущества использования ПЦР-исследования: повышенная стабильность при транспортировке, так как нет необходимости сохранять возбудителя в живом виде; скорость проведения анализа (иногда <24 ч); точное определение этиологии инфекции; определение количества возбудителя, это особенно актуально для условно-патогенных микроорганизмов, которые вызывают патологию только при определенных условиях; проведение контроля над течением инфекционного процесса.

Метод ПЦР в настоящее время получил широкое распространение как метод диагностики различных инфекционных заболеваний. ПЦР позволяет выявлять этиологию инфекции, даже если в пробе содержится всего несколько молекул ДНК возбудителя. ПЦР широко используется для ранней диагностики ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов, клещевого энцефалита, туберкулеза, венерических заболеваний и т. д.

Этот метод имеет большое значение для мониторинга и оценки эффективности терапии, особенно при вирусных заболеваниях. Определение «вирусной нагрузки» позволяет осуществить индивидуальный подбор дозы противовирусных препаратов. При помощи ПЦР удается выявить отдельные субтипы и штаммы вирусов и бактерий, обладающих повышенной устойчивостью к тем или иным лекарственным препаратам. Использование ПЦР-исследования в патологоанатомических отделениях является инновационным методом в комплексной методике исследования. Рабочие процессы в гистологической лаборатории представляют собой упорядоченный путь, который должен пройти поступающий материал для составления гистологического заключения. Этот путь состоит из набора строго обязательных и обязательных в ряде случаев этапов, операции на этих этапах специфичны для гистологической лаборатории и дискретны (прерывисты).

Так, при исследовании лимфатических узлов, костной ткани, трепанобиптатов сразу после оперативного вмешательства производится быстрая доставка нефиксированного материала (без применения фиксирующей

жидкости) в ПАО для взятия материала на ПЦР исследование, кроме того, изготавливается 2–3 цитологических препарата из одного фрагмента (мазки-отпечатки). Данные манипуляции позволяют использовать цитологический, бактериоскопический, молекулярно-биологический методы исследования для постановки точного диагноза.

Координация процесса исследований

За доставку всех видов материала в патологоанатомическое отделение отвечает лечащий врач пациента, в направлении он указывает данные о пациенте, клинические данные, заявляет виды и цели исследований. При поступлении материала в патологоанатомические отделения материал попадает в руки врача патологоанатома и медицинского лабораторного техника. В частности, опыт централизованного патологоанатомического отделения ОДКБ по внедрению и использованию лабораторной информационной системы позволяет оптимизировать рабочий процесс. Система разработана для организации единого информационного рабочего пространства врачей и лаборантов в гистологической лаборатории. Функционал данной системы охватывает все этапы гистологического исследования с момента поступления материала в отделение и до постановки диагноза и сдачи препаратов в архив.

Роль специализированной секции «Гистология» в непрерывном обучении

В рамках обучающих семинаров, проводимых специализированной секцией «Гистология», персоналу патологоанатомических отделений разясняются особенности при использовании тех или иных методов и методик при проведении комплексных видов исследований. Регулярно исследуются виды артефактов при проводке материала и проведении всех видов исследований. В рамках проведения семинара разбираются возможные артефакты и методы их устранения, что, безусловно, повышает профессиональный уровень медицинских лабораторных техников. При невозможно-





сти или недостатке компетенции председатель специализированной секции приглашает на следующий семинар консультанта либо докладывает после консультации необходимую информацию.

В целях получения важнейшей технической информации используются возможности онлайн-консультаций с ведущими лабораториями России, обучающими организациями. Специализированная секция «Гистология» входит в профессиональное сообщество лаборантов-гистологов, врачей, интересующихся процессом приготовления препаратов, а также всех специалистов, которым так или иначе приходится сталкиваться с приготовлением гистологических препаратов. В данном сообществе мы озвучиваем нашу проблему и через обсуждение с десятками специалистов приходим к её решению. Мы также используем регулярные подписные издания.

Членами специализированной секции «Гистология» внедрены инновационные методы гистологической обработки трепанобиоптатов с возможностью дальнейшего применения иммуногистохимических методов исследования. Изучены труды ведущих специалистов страны в данном вопросе. Подготовлена памятка для медицинских лабораторных техников «Техника гистологической обработки трепанобиоптатов костного мозга».

Также силами специализированной секции предложена методика изготовления замороженных срезов без использования криостатов с использованием экономичного криоспрея. Доказана экономическая целесообразность метода и проведено обучение персонала работе с криоспреем на любых видах микротомов. Подготовлен и продемонстрирован постерный доклад на Всероссийском конгрессе медицинских сестёр, про-

ходившем с 17 по 19 октября в г. Санкт-Петербурге.

Специализированная секция «Гистология» – информационный ресурс, повышающий престиж ОПСА и специальности «гистология».

Специализированная секция «Гистология» является структурным подразделением профессионального комитета Омской профессиональной сестринской ассоциации, цель деятельности которой состоит в содействии развитию профессионализма медицинских лабораторных техников, повышению качества оказания медицинской помощи населению, продвижению новаторских идей, распространению передового опыта, повышению профессионального престижа и статуса специалистов по гистологии.

В рамках действующего положения используются каскадные методы обучения. Освещение деятельности секции происходит через информационные ресурсы Ассоциации и иные профессиональные периодические издания. Создана платформа для непрерывного общения специалистов, предоставление консультаций и методической помощи от лица Ассоциации с помощью сайта организации и при проведении различных обучающих мероприятий.

В Омской области работает более 140 фельдшеров-лаборантов, медицинских лабораторных техников, имеющих сертификат по специальности «гистология». Развитие нашей специализированной секции «Гистология» видим через участие в проектах РАМС и ОПСА «Лидерство и инновации – путь к новым достижениям», повышение профессионализма и внедрение в практику современных, инновационных, высокотехнологичных методов и методик, через проведение различных форм НМО. Этому способствует творческая и научная работа секции «Гистология». В нашей профессии появляются всё больше грамотных специалистов с активной жизненной позицией, готовых к осмыслению общественной деятельности. Несмотря на трудности в нашей работе, мы готовы преодолевать их и добиваться успеха. Наша цель – повышение профессионализма и престижа нашей специальности «Гистология».

В «СКОЛКОВО» ВПЕРВЫЕ В РОССИИ НАЧАЛИ ДИАГНОСТИРОВАТЬ РАК С ПОМОЩЬЮ ОБЛАЧНОЙ ПЛАТФОРМЫ

В Технопарке инновационного центра «Сколково» открылась первая в России цифровая лаборатория, которая занимается диагностикой и выявлением опухолей у пациентов из различных регионов России. Благодаря использованию облачной платформы к работе над сложными случаями привлекаются лучшие в мире врачи-патологи, а риск постановки неверного диагноза значительно сокращается.

Новая лаборатория «ЮНИМ» в Технопарке станет третьим подобным учреждением в мире. Две другие находятся в США и Нидерландах. На площади 200 квадратных метров располагается самое современное оборудование для анализа результатов биопсии, полученных от пациентов 25 медучреждений со всей России. Важной особенностью проекта стало внедрение лабораторной информационной системы (ЛИС), которая отслеживает движение материала и работу специалистов на каждом этапе, чтобы исключить возможность ошибок, а также вести учёт и оптимизировать расход антител и других реагентов.

Вся диагностика проходит в уникальной облачной платформе Digital Pathology®. Платформа позволяет проводить консилиумы независимо от места нахождения врачей, анализировать оцифрованные гистологические препараты, результаты КТ и МРТ. Размер одного снимка составляет 3 Гб, благодаря чему расшифровка материалов осуществляется с той же степенью свободы, что и под микроскопом.

Кроме того, в лаборатории применяется множество технологических решений, направленных на повышение прозрачности процессов. Так, например, моноклональные гуманизированные антитела – расходный материал для онкологической диагностики, требуют строгого соблюдения температурного коридора. В лабораторных холодильниках установлены беспроводные датчики, которые онлайн передают информацию о температуре в ЛИС и, в случае нарушения температурного режима, отправляют уведомления. Это пример IoT в действии.

Коллектив лаборатории состоит из опытных врачей-патоморфологов и лаборантов, прошедших многоуровневый отбор, а консультантами выступают ведущие врачи-патологи из России, Германии, США, Великобритании и других стран. Всего к платформе подключены более 1400 специалистов.

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПОСЛЕ ЧРЕЗКОЖНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПОЧКИ, ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ТРЕВОГИ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В ДАЛЬНЕЙШЕМ ТЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ



■ **Иванченко Т.А.**

Операционная медицинская сестра урологического отделения (для больных с хирургическими гнойными заболеваниями) БУЗ Омской области «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1», г. Омск

«Сестра должна иметь тройную квалификацию: сердечную – для понимания больных, научную – для понимания болезни, техническую – для ухода за больным».
Флоренс Найтингейл

Мочевыделительная система – это система органов, отвечающих за формирование, накопление и выделение мочи у человека.

Заболевания мочевыделительной системы нередко осложняются нарушением оттока мочи из почек, в результате чего развивается такое осложнение, как гидронефроз – стойкое, прогрессирующее расширение почечной лоханки и чашечек на почве нарушения оттока мочи в пиелоуретеральном сегменте, приводящее к постепенной атрофии почечной паренхимы. Что же при этом испытывает пациент? В самом начале болезни симптомы гидронефроза почки весьма скудные, а могут и вовсе отсутствовать. Иногда может появляться по-калывание, чувство тяжести в области расположения органа, ощущение неполного опустошения мочевого пузыря после мочеиспускания. В результате ро-

ста объема жидкости в поясничной области присутствуют постоянные болевые ощущения тянущего характера. Общими признаками гидронефроза почки также являются метеоризм, артериальная гипертензия, тошнота, быстрая утомляемость. При присоединении инфекционного процесса появляется температура.

Чем опасен гидронефроз? Это заболевание опасно тем, что на фоне нарушения тока мочи все компоненты обмена накапливаются в организме, отравляя его. Также может произойти разрыв почки, если жидкости в ней накапливается большое количество. Содержимое почки поступает в забрюшинное пространство, вызывая уремию. На фоне застоя мочи возможно формирование мочекаменной болезни. Самым грозным и порой необратимым результатом этой патологии является почечная недостаточность.

Причины гидронефроза могут быть как урологические: мочекаменная болезнь (камни почек, мочеточника), новообразования (мочеточника, мочевого пузыря, простаты), аденома простаты (ДГПЖ), так и не урологические: сдавление и прорастание мочеточников опухолями других локализаций, гематологические (лимфомы, лимфаденопатии). Одной из важнейших в урологии остается проблема выбора метода ликвидации обструкции верхних

мочевых путей и восстановления адекватного пассажа мочи.

Одним из передовых методов устранения данной патологии является чрезкожно-пункционная нефростомия (ЧПНС) – эффективный, малоинвазивный метод дренирования верхних мочевых путей. Кроме того, данная процедура является первым этапом перед другими операциями: удаление камней, биопсия чашечно-лоханочной системы почки, расширение или рассечение мочеточников при стриктурах. Часто пункционная нефростомия проводится беременным женщинам, страдающим гестационным пиелонефритом, основной причиной развития которого чаще всего является нарушение оттока мочи из почек.

Наиболее распространенным заболеванием с данным осложнением является мочекаменная болезнь – 80 %, на втором месте опухоли мочеточника, мочевого пузыря – 10 %, сдавление и прорастание мочеточников опухолями других локализаций – 5 %, гестационный пиелонефрит беременных – 5 % (рис. 1).

За период с 2011 по 2016 гг. количество ЧПНС возросло на 43 операции (рис. 2).

Это связано с тем, что проведение данного оперативного вмешательства становится наиболее предпочтительным по многим причинам:

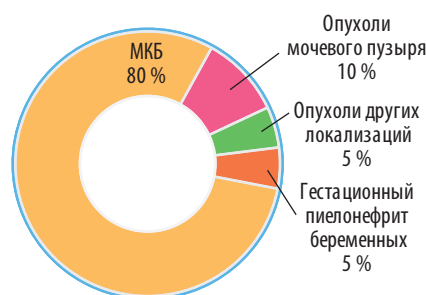


Рис. 1

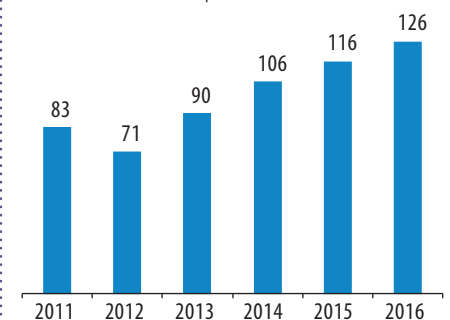


Рис. 2

- отпадает необходимость в большой открытой операции;
- органосохраняющая операция;
- операция малотравматична и проводится под местной анестезией;
- 90 % пациентов могут передвигаться самостоятельно уже в первые сутки после операции;
- сокращается потребность в большом количестве медикаментозного лечения;
- пациент способен сам удовлетворять свои физические потребности;
- сокращается количество дней, проведенных пациентом в стационаре.

При заболеваниях мочекаменная болезнь (МКБ), гестационный пиелонефрит беременных, процедура стомирования является временным способом лечения гидронефроза. Нефростома удаляется у беременных после родов, у пациентов с МКБ после литотрипсии конкремента.

Увеличение количества операций, отсутствие четкого алгоритма ухода за пациентами с нефростомическим дренажом подтолкнули нас к проведению исследования, которое поможет пациенту с помощью медицинской сестры научиться уходу за нефростомическим дренажом, адаптироваться к новым условиям жизни, дисциплинировать пациента, способствовать формированию у него здорового образа жизни.

Цель исследования заключалась в выявлении особенностей ухода за пациентами с дренажами, предотвращении осложнений в послеоперационном периоде, в предотвращении появления у пациентов проблем физического и эмоционального характера, в обучении пациентов самостоятельному уходу, в улучшении качества жизни в болезни.

Задачи исследования:

- оценить эффективность ухода за пациентами после ЧПНС;
- обучить пациентов уходу за нефростомическим дренажом;
- оценить влияние негативных факторов на эмоциональный настрой пациента;
- разработать индивидуальные листы наблюдения за пациентами, индивидуальный дневник наблюдения для пациентов, методические рекомендации по уходу за нефростомическим дренажом в домашних условиях.

Исследование проводилось на базе БУЗОО «ГК БСМП № 1». В проспективном исследовании приняли участие пациенты, находящиеся на лечении в урологическом отделении: мужчины – 80 % и женщины – 20 %, в возрасте от 18 до 65 лет. В исследование вошли пациенты с обструкцией верхних мочевых путей, были исключены пациенты с тяжелой урологической и сочетанной патологией старше 65 лет.

Вошедшие в исследование пациенты были разделены на две группы. В первую (экспериментальную) группу вошли пациенты, которым помимо стандартного ухода за нефростомическим дренажом был предложен разработанный в ходе исследования «Индивидуальный дневник наблюдения пациента» (табл. 1).



Команда исследователей

Во вторую группу (сравнения) вошли пациенты, которым осуществлялся уход за нефростомой в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи пациентам с дренажами, без ведения индивидуального дневника наблюдения.

Пациенты с помощью медицинской сестры фиксировали свои наблюдения за функционированием нефростомического дренажа, функциональным состоянием, начиная с первых суток после операции и до выписки из стационара. Работа с дневником позволяет отвлечь пациента от эмоциональных переживаний и внести возможные пожелания (замечания).

Для реализации качественного ухода разработан «Лист наблюдения за пациентом в послеоперационном периоде» с учетом необходимых параметров (табл. 2).

Данный лист наблюдения позволяет медицинской сестре грамотно организовать наблюдение и уход за пациентом, учитывая важные показатели функционального состояния, своевременно информировать лечащего врача о возможных изменениях параметров. Параллельно медицинская сестра обучает пациента уходу за нефростомическим дренажом. В результате медицинскими сестрами урологического отделения разработаны методические рекомендации «Уход за нефростомическим дренажом в домашних условиях» (приложение 1).

Для выявления факторов, влияющих на возникновение эмоциональных расстройств, мы обратились к информационной теории П.В. Симонова (П.В. Симонов – советский, российский психофизиолог, биофизик и психолог, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор). Отрицательные эмоции, как пишет ученый, возникают при недостатке сведений, необходимых для достижения цели, что в жизни бывает чаще всего. Положительные – результат полученной информации, оказавшейся лучше ожидаемой: чем выше вероятность достижения потребности, тем выше вероятность положительной эмоции.

Опираясь на данную теорию, нами разработан комплекс мероприятий для предупреждения эмоциональных расстройств у пациентов:

Пациенты экспериментальной группы положительно оценили ведение индивидуального дневника наблюдения, который позволяет организовать самоконтроль и адаптироваться к новым условиям жизни.

Таблица 1

«ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТА»

Ф.И.О. пациента, возраст: Номер палаты:								
Количество койко-дней		1	2	3	4	5	6	7
Дата: июль 2016 года		15	16	17	18	19	20	21
№ п/п	План мероприятий							
1	Режим	п/п	п/п	св	св	св	св	св
2	Количество мочи, выделенной по нефростоме за сутки (мл)	700	540	540	650	650	340	720
3	Контроль суточного диуреза при естественном мочеиспускании (мл)	640	800	950	900	800	570	830
4	Наличие примеси крови в моче по нефростоме	+	+	+	-	-	-	-
5	Наличие примеси крови при самостоятельном мочеиспускании	-	-	-	-	-	-	-
6	Контроль функции кишечника	-	+	+	+	-	+	+
7	Контроль боли	+	+	-	-	-	-	-
8	Промывание нефростомы	+	-	-	-	-	-	-
Замечания, пожелания: замечаний по уходу нет, спасибо медицинскому персоналу за помощь и чуткое отношение к пациентам.								

- предоставление пациентам в полном объеме достоверной информации о заболевании, возможных осложнениях, методах лечения и о периоде реабилитации;
- организация тесного сотрудничества пациента с медицинской сестрой;
- предоставление пациентам возможности самостоятельно проводить контроль функционального состояния;
- применение методических рекомендаций, как первого помощника для пациентов и родственников пациентов, в вопросах ухода за дренажом в домашних условиях.

В ходе исследования с пациентами двух групп проведено анкетирование. Исходя из полученных данных, пациенты экспериментальной группы отметили, что применение индивидуального дневника наблюдения дает возможность качественно организовать самоконтроль, адаптироваться к новым условиям жизни, а также ведет к формированию тесного сотрудничества с медицинской сестрой, оказывает положительное влияние на психоэмоциональный настрой.

Пациентам контрольной группы в большей степени требовалась помощь сестринского персонала в вопросах наблюдения и ухода за нефростомой, прослеживался отрицательный психоэмоциональный настрой. Пациенты внесли предложение: разработать алгоритм, с помощью которого они могли бы объективно проводить оценку своего функционального состояния и осуществлять уход за нефростомой в послеоперационном периоде.

Выводы

Особенностью сестринского ухода за пациентами после чрезкожно-пункционной нефростомии является работа в тандеме «пациент – медицинская сестра». Важно не оставить пациента наедине со своим заболеванием, обучить самостоятельному уходу за нефростомическим дренажом, как в условиях стационара, так и в домашних условиях, что позволит улучшить качество его жизни.

Будьте здоровы!

Таблица 2

«ЛИСТ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ»

Ф.И.О. пациента, возраст: Номер палаты:								
Количество койко-дней		1	2	3	4	5	6	7
Дата: июль 2016 года		15	16	17	18	19	20	21
№ п/п	План сестринских мероприятий по уходу за пациентом							
1	Режим	п/п	п/п	св	св	св	св	св
2	Выполнение врачебных назначений	+	+	+	+	+	+	+
3	Контроль артериального давления	140/90	130/90	130/80	140/90	120/80	120/80	125/80
4	Термометрия	37,8	36,9	36,6	36,6	36,8	36,5	36,6
5	Смена постельного и нательного белья	+	-	-	+	-	-	+
6	Гигиенические мероприятия	+	+	+	+	+	+	+
7	Подача мочеприемника, судна	+	-	-	-	-	-	-
8	Контроль функции кишечника	-	+	+	+	-	+	+
9	Контроль суточного диуреза по нефростоме	700	540	540	650	650	340	720
10	Контроль суточного диуреза самостоятельно	640	800	950	900	800	570	830
11	Наличие примеси крови в моче по нефростоме	+	+	+	-	-	-	-
12	Наличие примеси крови при самостоятельном мочеиспускании	-	-	-	-	-	-	-
13	Перевязка	+	+	+	+	+	+	+
14	Промывание нефростомы	+	-	-	-	-	-	-
15	Жалобы на боль	+	+	-	-	-	-	-
16	Обучение пациента и родственников уходу за нефростомой	+	+	+	+	+	+	+

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ «УХОД ЗА НЕФРОСТОМОЙ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ»

КАК ПРИНИМАТЬ ДУШ, КОГДА УСТАНОВЛЕНА НЕФРОСТОМА?

После того как трубка установлена, можно принимать душ каждые 48 часов, но место вокруг трубки должно оставаться сухим. Чтобы защитить повязку от промокания, необходимо приготовить полиэтиленовое покрытие и лейкопластырь. После заживления раны можно принимать душ без повязки и полиэтиленового покрытия.

Кожу вокруг трубки очищать одноразовыми марлевыми салфетками при помощи мыльного раствора и воды. Прием ванны или плавание не рекомендуется, пока трубка стоит на месте.

ОБРАБОТКА КОЖИ ВОКРУГ НЕФРОСТОМЫ, ПЕРЕВЯЗКА

Необходимо подготовить:

1. Стерильную марлевую салфетку или специальную наклейку на рану – 1 шт.;
2. Раствор антисептика (фурациллин 0,02 % или хлоргексидин 0,5 %);
3. Перчатки (чистые) – 2 пары;
4. Лейкопластырь – 1 шт.;
5. Стерильные марлевые салфетки для обработки кожи вокруг раны – 5 шт.

Проведение процедуры:

1. Подготовить необходимые материалы.
2. Тщательно вымыть руки водой с мылом.
3. Надеть перчатки.
4. Бережно удалить старую повязку. Выкинуть повязку и перчатки в полиэтиленовый пакет.
5. Вымыть руки. Надеть чистые перчатки.
6. Обработать кожу вокруг раны стерильной марлевой салфеткой, смоченной антисептическим раствором. Начать в месте выхода трубки и обрабатывать снаружи промокательными движениями, на расстоянии 10–12 см от раны. Эту процедуру необходимо проводить до полного очищения кожи вокруг раны.
7. Выбросить салфетку.
8. Взять сухую стерильную марлевую салфетку, промокательными движениями осушить кожу вокруг раны.
9. Наклеить вокруг трубки стерильную марлевую повязку или специальную наклейку.
10. Прикрепить трубку лейкопластырем к коже на расстоянии 7 см от места выхода трубки. Снять перчатки. Вымыть руки.

Внимание! Запрещается обрабатывать кожу вокруг раны ватными шариками во избежание попадания на рану ватных волокон. Запрещается тереть кожу вокруг раны марлевыми салфетками во избежание ее травматизации. Перевязку нефростомы необходимо проводить ежедневно.

РЕГУЛЯРНОЕ ОПОРОЖНЕНИЕ МОЧЕПРИЕМНИКА

По своей сути нефростома является трубкой, по которой моча попадает в специальный резервуар, именуемый мочеприемником. Фактически он является обычным полиэтиленовым пакетом, который имеет герметическую застежку. На каждом из мочеприемников имеется специальная метка, которая указывает на уровень мочи, требующий опорожнения мочеприемника. Несвоевременное опорожнение резервуара грозит пациенту обратным забросом мочи в полость почечной лоханки, обратный заброс мочи всегда опасен инфицированием почки.

ЗАМЕНА МОЧЕПРИЕМНИКА

Мочеприемник следует менять каждые 7 дней. Если мешок загрязнен, имеет неприятный запах или имеет повреждение, его следует заменить как можно скорее. До и после замены обязательно вымойте руки с мылом. Обработайте место соединения раствором антисептика.

ЧТО НЕОБХОДИМО ПОМНИТЬ!

Для поддержания нефростомической дренажной системы в хорошем рабочем состоянии необходимо держать мочеприемник ниже уровня почек для предотвращения обратного заброса мочи в почки. Если система открыта (трубки разъединены), переходник необходимо обработать салфеткой, смоченной в антисептическом растворе перед соединением. Следить за тем, чтобы трубка нигде не перегибалась, на ней не появились трещины и надломы.

Внимание! Категорически запрещено промывать нефростому в домашних условиях во избежание инфицирования почки!

ЕСЛИ У ВАС ПОЯВИЛИСЬ НЕКОТОРЫЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ СИМПТОМОВ, НЕОБХОДИМО СРОЧНО ОБРАТИТЬСЯ К ВРАЧУ ИЛИ ВЫЗВАТЬ СКОРУЮ ПОМОЩЬ!

- При температуре тела выше 38 градусов.
- Если у вас появилась боль в боку.
- При покраснении, отеке вокруг раны.
- При истечении мочи вдоль трубки или из дефекта трубки.
- При малом объеме выделяемой темной мочи, с плохим запахом.
- При изменении цвета мочи на розовый или красный.
- Если нет поступления мочи более чем за 2 часа.
- Если ваша трубка выпала, не пытайтесь вставить ее обратно самостоятельно.

Анонс ближайших мероприятий Ассоциации медицинских сестер России

Уважаемые коллеги!

В рамках реализации стратегии развития непрерывного медицинского образования РАМС проводит серию вебинаров, участие в которых доступно для специалистов из любых российских регионов. Если Вы являетесь членом РАМС, ее регионального отделения, то записаться на вебинар можно через руководителя своей региональной ассоциации. Подробная информация для участников размещена на вэб сайте РАМС в разделе НМО, Вебинары (<http://www.medsestre.ru/>)

Указанные вебинары пройдут с 13:00 до 16:00 по МСК.

Профессиональный стандарт и эффективный контракт в управлении сестринским коллективом	30 марта 2018 4 апреля 2018
Важнейшие вопросы управления сестринскими службами в условиях реформирования здравоохранения	2 апреля 2018 6 апреля 2018
Клиническая сестринская практика с позиции доказательной медицины. Артериальная гипертензия. Туберкулез. Орви.	18 апреля 2018 23 апреля 2018
Клиническая сестринская практика с позиции доказательной медицины. Йододефицит. Паразитозы. Бронхиальная астма.	20 апреля 2018 25 апреля 2018

Дезактив-Гель

АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО

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

ОПИСАНИЕ

Готовый к применению гель в виде прозрачной вязкой жидкости.

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

СОСТАВ

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

НАЗНАЧЕНИЕ

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

Срок годности средства—3 года.



ПРИМЕНЕНИЕ

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

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

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

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

МИКРОБИОЛОГИЯ

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



Установки УЗО «МЕДЭЛ»

Чисто. Просто. Безопасно

Предназначены для предстерилизационной очистки инструментов и изделий медицинского назначения.

Преимущества ПСО в установках УЗО:

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



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

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

ЕДПО

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



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

Контейнер для транспортировки баночек КПБ-01

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



Контейнер для транспортировки пробирок УКТП-01 «ЕЛАТ»

Рассчитан на размещение 40 или 80 пробирок.



Контейнер для дезинфекции и транспортировки КДХТ-01 «ЕЛАТ»

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



Всё для здоровья. Здоровье для Вас.

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