

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 2/36 2018



**Симуляционные технологии –
эффективный подход к формированию
профессиональных компетенций**



стр. 7

**Новые задачи ассоциаций.
Итоги заседания Координационного совета РАМС**



стр. 12

**Кодекс профессиональной
этики акушерки Российской
Федерации**



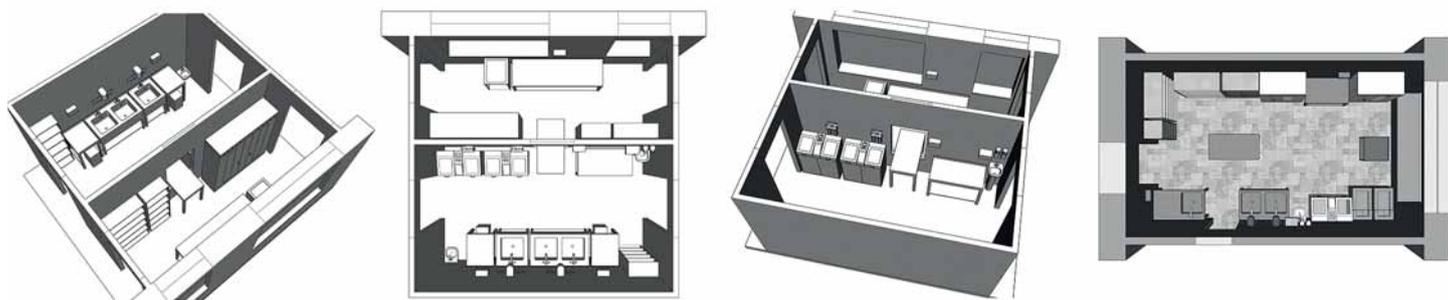
стр. 17

**Роль медицинской сестры
при проведении гемотрансфузии**

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРОЕКТИРОВАНИЮ И ОСНАЩЕНИЮ МОЕЧНО-ДЕЗИНФЕКЦИОННОГО ПОМЕЩЕНИЯ ЭНДСКОПИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

ЛИЗОФОРМ

MEDIVATORS™



Наши специалисты окажут квалифицированную помощь в планировке моечно-дезинфекционного помещения с учетом деления на «грязную» и «чистую» зоны, подберут оборудование, оптимальное для вашей площади и загруженности, осуществят монтаж и подключение.

ГРУППА КОМПАНИЙ "ЛИЗОФОРМ"

ООО «Лизоформ-СПб», г. Санкт-Петербург,
Тел. (812) 347-71-15 (доб.151, 162), galinkina@lysoform.ru

ООО «КлиндЕз», г. Москва
Тел.: (495) 741-54-42, 771-25-64, 771-27-64,
klindez@lysoform.ru



■ **Главный принцип грядущей аккредитации – независимая экспертная оценка знаний и навыков выпускников со стороны специалистов практики.**

Уважаемые коллеги, дорогие читатели «Вестника».

Подготовка этого выпуска журнала совпала с проведением ответственных мероприятий – заседания Координационного совета РАМС, семинаров, посвященных вопросам создания стандартов, симпозиума эндоскопических медсестер в рамках конгресса «Актуальные вопросы эндоскопии».

Буквально за считанные дни в Санкт-Петербурге побывали десятки лидеров сестринского сообщества, которым удалось обсудить самые актуальные вопросы развития профессии, и наиболее животрепещущий из них – грядущую аккредитацию выпускников основных программ среднего профессионального образования.

Для проведения широких консультаций по этому вопросу условия сложились как никогда благоприятные – на заседание Координационного совета прибыли специалисты, которые и будут отвечать за работу Аккредитационных комиссий. Перед участниками выступил Руководитель Отдела кадровой политики Минздрава, Роман Александрович Журавлев, многие смогли задать интересующие вопросы, благодаря чему у нас есть уверенность – в регионах, где Ассоциация медицинских сестер России приступила к подготовке аккредитации, процесс будет идти организованно и отвечать тем принципам, которые закладывались при разработке нормативно-правовой базы. И главный из этих принципов заключается в том, что оценку знаний выпускников должны проводить независимые эксперты, специалисты в данной области практики – медицинские сестры, акушерки, фельдшеры, лаборанты, обладающие практическим опытом.

Значимой методической поддержкой для специалистов стали учебные мероприятия по стандартам. Создание СОПов – текущая и предстоящая задача для медицинских организаций. Для Ассоциации важно, чтобы СОПы не просто

были написаны, а служили основной цели – гарантировали безопасность помощи и содействовали повышению ее качества. Поэтому речь шла не только о формате документа и структуре его создания, но также о доказательной сестринской практике, о рисках при оказании медицинской помощи и эффективном их преодолении.

Очень порадовали специалисты эндоскопии. Заметно, что специальность развивается стремительными темпами, что огромный вклад специалистов в качество эндоскопии видят и отмечают врачи!

В ходе заседания мы успели представить различные проекты Ассоциации, в том числе, согласовали документацию по проведению профессиональных конкурсов. Первый из них – это конкурс «Лидерство» – призван осветить большую работу специалистов по оказанию «дефицитной» медицинской помощи. Речь может идти о помощи маломобильным группам пациентов, пациентам с хроническими заболеваниями, особо незащищенным слоям населения. Это могут быть результаты работы, достигнутые в плане повышения доступности помощи – всем категориям граждан. Одним словом, этот конкурс должен пролить свет на то, как медицинские сестры, работая на местах, вносят свою лепту в достижение глобальных целей устойчивого развития планеты!

Второй конкурс – особенный, молодежный. Это первый опыт работы Ассоциации со специалистами, стаж работы которых совсем мал и не превышает трех лет. Лидеры организации понимают, что сохранение и поддержка молодых кадров – один из приоритетов российского здравоохранения. Поэтому и возникла идея такого конкурса, который сначала пройдет в регионах, а затем завершится в Санкт-Петербурге на Всероссийском молодежном форуме «Лидеры РАМС – взгляд в будущее», который состоится 16–17 октября.

Здесь мы ждем и молодых специалистов, и их наставников, и тех лидеров профессии, для которых особый интерес представляют проекты работы с молодежью!

Участникам конкурса предстоит подготовить небольшое эссе на тему «Мой наставник» или «Мой выбор», рассказать о том, что подтолкнуло к выбору профессии, соответствует ли жизнь в профессии тем ожиданиям и мыслям, которые были до начала учебы и работы, какую поддержку молодой специалист получает от наставника. Далее на региональном уровне пройдет очный этап конкурса, где номинантам предстоит решение ситуационных задач по оказанию помощи при наиболее часто встречающихся неотложных состояниях. Работы победителей регионального этапа вступят в конкурсную борьбу далее на всероссийском уровне, победой в котором станут и ценные призы, и всеобщее признание.

Еще одним принципиальным решением Координационного совета стало принятие Этического кодекса акушерки Российской Федерации! Необходимость в таком документе назрела давно. Создавались проекты, но решений не было. И вот, специализированная секция РАМС «Акушерское дело» разработала проект документа, представила его на масштабном осеннем форуме Ассоциации, собрала значительное число отзывов и предложений. И очередной международный день акушерки наши специалисты будут отмечать в том числе, изучая и обсуждая этот документ!

Дорогие коллеги, грядут значимые для всех нас – граждан, патриотов своей страны и профессионалов праздники – День Великой победы, Международный день акушерки, Международный день медицинской сестры. Я от всего сердца поздравляю вас и хочу пожелать мира, добра, благополучия, уверенности в завтрашнем дне и в замечательном будущем нашей профессии!



На обложке: Оценка практических навыков в форме объективного структурированного клинического экзамена, Центр повышения квалификации работников здравоохранения, г. Омск

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ	
Движение вверх. День специалиста состоялся в Республике Карелия	стр. 3
Мы можем. Я могу. В Вологде прошла акция, посвященная Всемирному дню борьбы против рака	стр. 4
Европейский день операционной сестры	стр. 5
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ	
Заседание Координационного совета РАМС. Новые задачи в деятельности общественных организаций	стр. 7
Сестринский симпозиум в рамках конгресса «Актуальные вопросы эндоскопии»	стр. 35?
ВОПРОСЫ ЭТИКИ	
Кодекс профессиональной этики акушерки Российской Федерации	стр. 12
Опыт работы Этического комитета Омской профессиональной ассоциации	стр. 14
ГЕРОИ ПРОФЕССИИ	
Спасшие солдатские жизни	стр. 18
50 лет на боевом посту	стр. 31 или 30
МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕНЬ	
Медицинским сестрам принадлежит ведущий голос в защите права человека на здоровье	стр. 20
ИННОВАЦИОННАЯ ПРАКТИКА	
Приближение лабораторной диагностики к пациенту – анализ по месту лечения	стр. 23
Столетие спустя. Высокотехнологическая помощь хирургическому пациенту в РНИИТО им. Р.Р. Вредена	стр. 29
Эффективные технологии формирования профессиональных компетенций в ДПО	стр. 32
КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Роль медицинской сестры при проведении гемотранфузии	стр. 17
ИСТОРИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА	
Мужчины в сестринской профессии	стр. 37

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 07.02.2018. Типографии «АКЦЕНТ». Санкт-Петербург, Б. Сапсони-евский 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»

ДВИЖЕНИЕ ВВЕРХ: НА ПУТИ К НОВЫМ ДОСТИЖЕНИЯМ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ СОСТОЯЛСЯ ДЕНЬ СПЕЦИАЛИСТА С УЧАСТИЕМ ПРЕЗИДЕНТА РАМС

■ **Н.А. Магурина**
Исполнительный директор
КРООМР «Союз профессионалов»

13–14 марта г. Петрозаводск с деловым визитом посетила президент Ассоциации медицинских сестер России Валентина Антоновна Саркисова. В первый же день командировки лидер медицинских сестер России встретила с правлением КРООМР «Союз профессионалов», чтобы обсудить вопросы развития сестринского дела Карелии. Во время встречи члены правления поделились своими проблемами, обменялись опытом в открытой дискуссии. 14 марта 2018 года состоялось очень важное мероприятие для сообщества специалистов сестринского дела Республики Карелия. В соответствии с планом работы Карельской региональной общественной организации медицинских работников «Союз профессионалов» и Министерства здравоохранения Республики Карелия был проведен День специалиста «Движение вверх: на пути к новым достижениям в сестринском деле». Мероприятие посетили 78 руководителей медицинских организаций Республики Карелия (главные медицинские сестры и их резерв).

В фокусе внимания были, конечно же, вопросы лидерства. Президент КРООМР «Союз профессионалов» Татьяна Валентиновна Вирки с докладом «Социальное партнерство – залог успеха, качества, инноваций, конкурен-



тоспособности» задала темп всей конференции, доказав, что без консолидации усилий, партнерства, сплоченности развитие сестринского дела невозможно. Валентина Антоновна осветила вопросы развития сестринского дела на российском и международном уровнях, отметила огромную роль медицинской сестры в лечебном про-

« Без консолидации усилий, партнерства, сплоченности развитие сестринского дела невозможно. »

цессе и вопросах профилактики заболеваний, рассказала о расширении полномочий медицинских сестер.

Игорь Александрович Шакшин, ведущий отделом правовой и социальной защиты Республиканского профсоюза медицинских работников, говорил о защите прав медицинских работников для стабильности в работе. Директор ГАПОУ «Петрозаводский базовый медицинский колледж» Андрей Федорович Слепцов рассказал о непрерывном медицинском образо-

вании, возможностях дистанционного обучения, о перспективах повышения сестринской квалификации.

Председатель этического комитета КРООМР «Союз профессионалов», преподаватель медицинского колледжа Елена Александровна Ремнева отчиталась о работе комитета, а также подняла очень важный вопрос о необходимости активной работы в каждой медицинской организации ключевых членов, которые бы стали связующим звеном между рядовой медицинской сестрой и организатором сестринского дела.

На конференцию были приглашены преподаватели Петрозаводского базового медицинского колледжа и председатель Молодежного совета – Алина Сарканс, студентка IV курса специальности «Лечебное дело». Молодежный совет КРООМР «Союз профессионалов» – это новое направление деятельности организации, работа «на будущее» профессии.

Главные медицинские сестры смогли напрямую задать волнующие их вопросы президенту РАМС В.А. Саркисовой, представителю профсоюза медицинских работников Карелии И.А. Шакшину.

Большая честь для сообщества медицинских сестер Карелии принимать у себя в гостях президента РАМС Валентину Антоновну Саркисову. Надеемся, что наши встречи будут регулярны.



МЫ МОЖЕМ. Я МОГУ

В ВОЛОГДЕ ПРОШЛА ВСЕРОССИЙСКАЯ АКЦИЯ,
ПОСВЯЩЕННАЯ ВСЕМИРНОМУ ДНЮ БОРЬБЫ ПРОТИВ РАКА

Вологодская региональная общественная организация «Ассоциация специалистов сестринского дела» приняла участие во Всероссийской акции, посвященной Всемирному дню борьбы против рака, который отмечается ежегодно 4 февраля.

В 2018 году в рамках Всемирного дня борьбы против рака по решению Всемирного союза по борьбе с раком проходит глобальная кампания под девизом: «Мы можем. Я могу», нацеленная на то, чтобы человечество осознало, что совместные усилия могут содействовать снижению бремени онкологических заболеваний.

Как следует из обращения Ассоциации медицинских сестер России к специалистам сестринского дела, «Всемирный день борьбы против рака даёт нам возможность оценить, что мы можем сделать, принять на себя обязательство и предпринять действия. Какое бы направление действий вы ни избрали, действия в вашем исполнении внесут значимые перемены в борьбу с раком». Всемирный союз борьбы с раком сформулировал ключевые направления действий. Вот некоторые из них:

- Мы должны информировать население о том, что до трети раковых заболеваний могли бы быть предотвращены благодаря здоровому образу жизни;
- Медицинских работников и общественность необходимо широко информировать о ценности раннего обнаружения рака и раннего начала лечения;
- Профессионалы, оказывающие онкологическую помощь, должны обладать навыками, знаниями и компетенциями, соответствующими потребностям пациентов, страдающих раком, на всех этапах этого заболевания.

В преддверии Всемирного дня борьбы против рака стало уже тради-

ционным проведение сообществом медицинских сестер акций и мероприятий, направленных на привлечение внимания населения и специалистов к проблеме онкологических заболеваний.

К Всероссийской акции, посвященной Всемирному дню борьбы против рака, объявленной Ассоциацией медицинских сестер России, присоединились специалисты сестринского дела следующих лечебно-профилактических и учреждений и учреждений социального обслуживания области: БУЗ ВО «Медсанчасть «Северсталь», БУЗ ВО



«Вологодская детская городская поликлиника № 1», БУЗ ВО «Череповецкая городская поликлиника № 7», БУЗ ВО «Вологодская областная психиатрическая больница», БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 1», БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 4», АУ СО ВО «Мосейковский психоневрологический интернат».

В рамках акции членами региональной ассоциации изданы порядка двух тысяч листовок и памяток о профилактике и диагностике раковых заболеваний, в том числе: листовки «Рак желудка» и «Рак не приговор», буклет «Что нужно знать об онкологических заболеваниях», памятки «Рак сигмовидной кишки», «Рак кожи», «Рак молочной железы» и «Пять видов рака»; опубликовано 15 санбюллетеней на темы: «Он-

кология у женщин» и «Обрати внимание на свои родинки»; проведено анкетирование 50 человек.

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

Кроме этого, специалистами сестринского дела проведены беседы с пациентами на темы: «День борьбы против рака: простые правила профилактики онкологии», «Антираковая тарелка», «Мы можем предотвратить рак», «Я могу сделать выбор здорового образа жизни», «Борьба с вредными привычками», «Что нужно знать об онкологических заболеваниях», «Мифы о раке», «Вместе против рака», «Правила питания при онкологических заболеваниях», «Виды онкологических заболеваний. Профилактика», «Профилактика онкологических заболеваний», «Здоровый образ жизни», «Факторы риска развития рака», а также лекции на темы: «Профилактика онкологических заболеваний», «Алгоритм осмотра молочных желез».

Общее количество слушателей этих информационно-просветительских мероприятий составило 2310 человек.

Проведены интерактивные занятия с просмотром и последующим обсуждением презентации «Профилактика онкологических заболеваний», в которых приняли участие 206 человек, организована демонстрация видеоролика «Профилактика онкологических заболеваний» в фойе взрослой регистратуры.

Всего в мероприятиях данной акции приняли участие 366 специалистов сестринского дела, охват населения составил почти три тысячи человек. Пациенты, принимавшие участие в мероприятиях акции, искренне благодарили специалистов за предоставленную информацию.

Всего в мероприятиях данной акции приняли участие 366 специалистов сестринского дела, охват населения составил почти три тысячи человек. Пациенты, принимавшие участие в мероприятиях акции, искренне благодарили специалистов за предоставленную информацию.

Европейский день операционной медицинской сестры



■ **Гордиевская Л.А.**

Председатель специализированной секции РАМС «Операционное дело, стерилизация»



15 февраля 2018 года операционные медицинские сестры отметили свой профессиональный праздник – Европейский день операционной медицинской сестры, который проходил под девизом «Периоперативная медицинская сестра: Профессионализм, ответственность, гуманность». Этот девиз в полной мере отражает требования к профессии операционной медицинской сестры. Уровень квалификации этих специалистов признается во всем мире. Операционная сестра – основное связующее звено между врачами-хирургами и всем процессом деятельности операционного блока. Операционные сестры обладают универсальной подготовкой: они не хуже врачей знают ход всех операций, проводимых в операционном блоке. Учитывая стремительные темпы развития медицинской науки, в частности оказание высокотехнологичной хирургической помощи с применением технически сложного оборудования, профессия операционной медицинской сестры становится как никогда значимой и важной. По моему мнению, очень точно дал оценку роли деятельности операционных медицинских сестёр главный внештатный специалист хирург ДЗ Тюменской области Иван Борисович Попов: «Сегодня технологии идут далеко вперед, и самым современным разделом медицины является хирургия. Анестезиологи, анестезисты, хирурги, операционные сестры, санитарки решают

важную задачу по спасению жизни пациентов. Для врачей-хирургов, особенно молодых хирургов, очень важно, чтобы рядом был грамотный профессиональный партнёр, готовый помочь действием, словом, взглядом, улыбкой. Ведь освоение азов профессии хирурга происходит в тесном общении и при поддержке операционной медсестры. Она является проводником в специальность, поэтому очень важно умело, мудро направить

Большинство хирургов (97,3 %) высказались в поддержку того, что именно операционная сестра должна учить хирургов правилам обработки операционного поля, обработки рук, правилам асептики.

доктора, грамотно подсказать. Профессионализм, ответственность, гуманность – без этих трёх составляющих сложно представить хорошего специалиста. Операционная сестра – это как капитан корабля в современной операционной. Интегрированные операционные, электроника, высокотехнологичное оборудование, видеостойки, робот Да Винчи – всем этим должна уметь управлять современная операционная сестра. Испытываешь удовольствие от работы, когда операционная медсестра чувствует всем

сердцем, знает требования и особенности хирурга, с которым ей придется работать».

И действительно, проводя анализ данных, полученных в ходе опроса врачей-хирургов, целью которого являлось раскрытие профессиональных отношений «врач-хирург – операционная медсестра», мы увидели, что требования к данной специальности очень высоки. Врачи-хирурги хотят видеть рядом с собой профессионала, зачистую ассистента, который вдумчиво готовится к проведению предстоящей операции. Отметим, что в опросе приняли участие 855 хирургов!

Очень порадовало, что подавляющее большинство респондентов (97,3 %) высказались в поддержку того, что именно операционная сестра должна учить хирургов правилам обработки операционного поля, обработки рук, правилам асептики. Ответы хирургов свидетельствуют в пользу того, что операционная сестра – партнер и коллега, а не безмолвный исполнитель распоряжений – таких ответов набралось не более 2,3 %. А уж какими качествами должна обладать операционная сестра – даже не перечислить. Это и аккуратность, и точность, и коммуникабельность; это и умение быстро реагировать и принимать решения, сострадание к пациентам, личное обаяние – вот далеко не полный список самых важных для операционной сестры качеств. И как замечательно, что по оценке хирургов в большинстве случаев это именно



так, а это значит, что наши операционные бригады – это сплоченные команды единомышленников!

А еще анкетирование показало, что более половины респондентов знают о Европейском дне операционной сестры и чтят этот праздник. Вот и в этом году в каждом регионе день операционной медицинской сестры прошёл по-своему интересно и познавательно в виде конференций, круглых столов, семинаров. В очередной раз операционные медицинские сёстры собрались для того, чтобы поделиться опытом, знаниями, своими достижениями и поздравить друг друга. На региональных конференциях прозвучали доклады, прошли мастер-классы, состоялись торжественные церемонии посвящения в профессию молодых специалистов.

На призыв председателя секции «Операционное дело» Омской профессиональной сестринской ассоциации Н.А. Коваль о проведении Европейского дня операционной медицинской сестры откликнулись 17 медицинских организаций города Омска и Омской области: В рамках Дня в медицинских организациях были проведены торжественные собрания, конференции, на которых операционные медицинские сестры были отмечены благодарностями. Прошли семинары и мастер-классы. В ГКСМП № 2 состоялся конкурс на лучшую операционную медицинскую сестру.

Для оформления информационных стендов были использованы материалы, предоставленные Российской ассоциацией медицинских сестёр, силами коллективов были выпущены стенгазеты. Проведён анализ хирургических вмешательств, связанных с деятельностью операционных бригад. Ев-

ропейский день операционной медицинской сестры совпал с мероприятием, которое ежегодно проводится на базе Областного медицинского колледжа – День выпускника. В этот день медицинские организации провели встречу

со студентами выпускного курса, где познакомили выпускников с профессией операционной медицинской сестры.

В Смоленском областном клиническом госпитале для ветеранов войн состоялась конференция, посвящённая Европейскому дню операционной медицинской сестры. С приветственным словом к участникам конференции обратилась начальник управления организации медицинской помощи населению К.А. Тхапа и вручила Почетные грамоты Департамента Смоленской области по здравоохранению операционным медицинским сёстрам медицинских организаций региона. Представленные доклады были актуальны и информативны.

Подводя итоги конференции, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Департамента Смоленской области по здравоохранению Л.А. Подгорная отметила, что операционная медицинская сестра – это душа операционной. Для того чтобы самостоятельно подготовить операционную, грамотно ассистировать хирургу, знать ход операции,

необходимо быть настоящим профессионалом своего дела.

В ГБУЗ ГКБ имени В.П. Демикова ДЗ Москвы на конференции посвящали молодых специалистов в профессию. На данном мероприятии прозвучали не только доклады, но развернулось целое представление с участием Гиппократ, Абу Али Ибн Сина. Молодые специалисты произнесли клятву верности профессии, каждому был вручен Этический кодекс медицинской сестры России. Юнусова Альбина Инировна, старшая операционная медицинская сестра операционного блока, накануне празднования Дня операционной медицинской сестры проводила голосование среди хирургов, в результате которого были выбраны лучшие операционные сестры в каждом блоке. Администрация МО провела награждение лучших операционных сестёр 2017 года.

Проводя обзор Дня операционной медицинской сестры в регионах, хочется отметить, что такие мероприятия нам очень нужны. Операционные медицинские сестры обладают значительным багажом технических и теоретических знаний, они создают безопасную и благоприятную среду в операционной, обеспечивают все этапы хирургических вмешательств, проводимых в операционной. Такие масштабные мероприятия способствуют повышению профессионализма молодых специалистов и престижа профессии. Операционные сёстры учатся говорить, представлять доклады и это очень важно, ведь они развиваются, идут в ногу со временем, что несомненно положительно скажется на качестве оказываемой медицинской помощи.





ЗАСЕДАНИЕ КООРДИНАЦИОННОГО СОВЕТА РАМС:

Новые задачи в деятельности общественных организаций

В конце марта в Санкт-Петербурге состоялось традиционное для руководителей региональных организаций заседание Координационного совета РАМС, вслед за которым прошли семинары – по разработке СОПов и созданию сестринских стандартов безопасности. Кульминацией же мероприятий стала встреча и открытая дискуссия по вопросам первичной аккредитации выпускников основных программ среднего профессионального образования с руководителем Отдела кадровой политики Минздрава России. Но обо всем по порядку и в деталях.

Старт заседаниям был дан президентом РАМС, Валентиной Антоновной Саркисовой. И старт оказался успешным. Поприветствовав многочисленных участников, Валентина Антоновна представила коллегам новых региональных членов РАМС – руководителей Регионального отделения РАМС в Санкт-Петербурге, которой стала Елена Вылежанинова, и исполнительного директора регионального отделения РАМС в Камчатском крае – Александра Мануйлова. И если для Елены Леонидовны работа РАМС давно знакома, за плечами многолетний опыт индивидуального членства и сотрудничества, то для Александра Мануйлова, в новинку было все – и уровень дискуссии, и масштабы работы РАМС и региональных отделений, и особая дружеская атмосфера, и внимание со стороны всех регионов.

Валентина Антоновна, а вслед за ней и другие сотрудники РАМС отчитались о проделанной работе. За 2017 год удалось многое – состоялись многочис-

ленные конференции и семинары, далее укреплялось международное сотрудничество, большая работа велась в направлении профессиональных стандартов. И здесь нам есть, чем гордиться и что праздновать. Буквально накануне встречи из Минздрава России пришла новость – стандарты практически на финишной прямой и, победа (!), специальность «Лечебное дело» все-таки вышла на шестой квалификационный уровень! Это то, чего мы все так добивались, это то, ради и во имя чего при обсуждении стандарта в ноябре минувшего года Ассоциацией было сформировано и внесено в протокол рабочей встречи во ВНУМЦе «Особое мнение», и это то, что подтвердит высокий профессиональный статус специалистов, которым вменяются обязанности, мало чем отличающиеся от врачебных.

Но останавливаться на достигнутом не в правилах РАМС. Организация нацелена на покорение новых вершин, одна из которых консолидация усилий по работе с молодыми специалистами. Члены Правления еще ранее обсудили и приняли решение – надо больше инвестировать в молодых специалистов, текущая ситуация не дает им достаточных возможностей для самореализации. Есть внимание к студентам, есть к опытным сестрам и руководителям, которые составляют основную аудито-

рию участников всероссийских мероприятий. А молодые специалисты, которые только пришли в профессию, находятся в некоем вакууме. Хотя именно в первые годы практики закладывается отношение к профессии, коллегам, общественной работе, формируется восприятие сестринского дела и, соответственно, есть возможность повлиять на развитие профессионала в наиболее перспективном русле.

Именно поэтому Правлением РАМС было принято решение о проведении конкурса среди молодых специалистов. Для разработки идеи на помощь пришли коллеги из ассоциации медицинских сестер Кузбасса, далее вклад в создание Положения о конкурсе внесла Омская профессиональная ассоциация, и вот благодаря таким сов-

местным усилиям появился документ, регламентирующий проведение конкурсных мероприятий во всех региональных отделениях РАМС. Ольга Александровна Бучко, вице-президент Омской ассоциации и председатель секции «Сестринские исследования» детально рассказала о конкурсе и ответила на многочисленные вопросы аудитории.

Первый этап конкурса – региональный, должен пройти в срок до 29 июня. Молодые специалисты подготовят эссе на тему «Мой наставник» или «Моя профессия» и пройдут практические

«Медицинские сестры – это передовая линия фронта, состоящая из любви, милосердия, доброты и помощи. Именно на эту линию должно равняться все наше общество» – Александр Мануйлов, исполнительный директор Регионального отделения РАМС в Камчатской области



испытания – решат клинические задачи. Работы победителей – специалистов сестринского, лечебного, акушерского дела и лабораторной диагностики, занявших первое место на региональном этапе, будут направлены в адрес российской ассоциации. Решением компетентного жюри будут определены победители во всех номинациях, которые получают заслуженные награды в ходе Молодежного форума, который состоится в Санкт-Петербурге в октябре этого года.

Собственно сам форум и его содержание стали одной из ведущих тем заседания. Благодаря участию в нем Катичевой Анны Викторовны, председателя Молодежного совета Комитета по здравоохранению Ленинградской области, у собравшихся возникла масса идей и предложений о том, как подготовить форум и оправдать ожидания молодежи, как привлечь к участию в нем талантливых и перспективных, как помочь им идти и развиваться в профессии далее.

Областной Комздрав работу с молодежью проводит на высочайшем уровне. Еще в 2015 году на своеобразном молодежном слете «Ладога» именно молодые медики стали самой активной группой, настоящей командой. Уже сегодня молодежные проекты получают не только известность, но и государственное финансирование! Сформированы основные направления деятельности, понятны цели и задачи: это и здоровый образ жизни – молодые медики станут примером для коллег и пациентов; и добровольчество – сегодня молодые специалисты уже не только участники, но и организаторы профилактических акций, занятий с населением, авторы тематических памяток и листовок; это и развитие научного направления – уже проходят конкурсы исследовательских проектов и научные конференции молодых специалистов; и, конечно же, это стремление к формированию сплоченной команды профессионалов, в которой врач и медицинская сестра понимают друг друга и говорят на одном языке. А вдохновляет эту работу и всесторонне поддерживает Татьяна Васильевна Глазкова, член Правления РАМС, председатель Ленинградской областной ассоциации и главный специалист по сестринскому делу региона.

Опыт Ленинградской области был не только взят руководителями региональных ассоциаций на вооружение, но уже с успехом реализуется. Прямо по горячим следам, вернувшись с рабочих заседаний в Санкт-Петербурге, договоренностей о встречах и налаживании совместной работы достигла руководитель Московской ассоциации Галина Плетминцева. Это ли не задача РАМС – обмен успешными примерами работы, сестринской практики, общественной деятельности! И как замечательно, что в команде региональных руководителей сегодня мы видим такой мощный потенциал действий!

Молодежный проект для РАМС новаторский, но далеко не единственный на предстоящий год. Уже на этапе подготовки к важным для профессионалов датам – Международному дню акушерки, Международному дню медицинской сестры, РАМС был запущен другой конкурс – «Лидерство», призванный осветить достижения специалистов по охвату населения необходимой помощью особенно в тех направлениях, где имеется ее дефицит – будь то дефицит непосредственной помощи или информации, знаний, поддержки. Конкурсанты направят в РАМС краткие сведения о своих действиях, сопроводив их фотоотчетом, а лучшие примеры работы станут известными всем – благодаря и нашему журналу, и интернет-ресурсам. Более того, планируется выход на международную арену – РАМС обязательно поделится примерами с коллегами в Европе и мире, и лучшие будут в фокусе внимания уже на информационных ресурсах Европейского регионального бюро ВОЗ и Международного совета медсестер.

И примеров таких будет множество – уже в ходе совета участникам был представлен многообещающий проект Тюменской сестринской ассоциации «Гипертонии – стоп!», получивший финансовую поддержку из Фонда президентских грантов.

Участники проекта – 39 медицинских сестер – разработали памятки и материалы для населения о том, как правильно измерять и контролировать артериальное давление и уже охватили профилактическими осмотрами и измерениями более 14 тысяч человек, при этом проектная цель 50 тысяч

человек за год. Проект уже привлек к себе огромное внимание. Поначалу врачи были против: «Ведь это наша функция, мы все рассказываем пациентам на диспансерном приеме» – да, возможно, это касается тех пациентов, у которых уже имеется гипертония. Но достаточно ли времени уделяется общению и обучению. Достигается ли приверженность предписанным схемам контроля АД? Как показали первые результаты проекта – нет. Пациенты продолжают действовать по старинке: есть давление – принимают лекарства, нет давления – забывают о контроле. А ведь именно это и есть самый большой риск для данной категории лиц, причина высоких показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. И пациенты, прошедшие обучение, это понимают – благодарят, приводят на занятия своих близких и знакомых, становятся настоящими союзниками специалистов в борьбе с гипертонией! И это, по убеждению Раисы Михайловны Куликовой – руководителя и инициатора проекта, – самый важный и самый ценный его результат!

Аналогичные действия ведутся во многих регионах, но благодаря примеру Тюменской области становится понятно, как привлечь к выполнению идеи дополнительные финансовые ресурсы, перевести работу из разряда временных акций в разряд постоянной и регулярной практики.

Заседание Совета проходило в расширенном составе, которому, скорее всего, суждено стать постоянным – присутствовали здесь не только руководители ассоциаций, но и всех специализированных секций. И каждому было предоставлено слово, каждому было чем поделиться и к чему привлечь внимание. Пожалуй, нет ни одной секции, которая в течение этого года не проведет крупного всероссийского мероприятия. Это будут сестринские симпозиумы в рамках конгрессов по кардиоторакальной хирургии, фтизиатрии, лабораторной диагностике, семейной медицине, акушерской анестезиологии, лечебному делу, многие из которых будут организованы впервые и откроют новые направления сотрудничества с врачебными сообществами. Подготовка всех мероприятий уже ведется в тесном тандеме – сек-

ций, руководителей региональных ассоциаций и офиса РАМС.

А самой ответственной и сложной, без всяких сомнений, станет задача по проведению первичной аккредитации выпускников программ среднего профессионального образования. Этому вопросу был посвящен целый раздел заседания Совета, в ходе которого опытом поделилась заместитель директора Центра аккредитации Кировской области Федяева Екатерина Андреевна. Изложить все тонкости процесса в рамках статьи невероятно, скажем одно – специалисты Кировской области к аккредитации готовились основательно и также готовили выпускников. Были разработаны методические пособия для студентов, реализована программа предварительного тестирования и пробного прохождения станций. Все студенты, которые хотели подготовиться к аккредитации, имели возможность это сделать и, как результат, успешно прошли испытания. Итоговые результаты по специальностям «Педиатрия», «Стоматология» – стопроцентные, по специальности «Лечебное дело» из 258 аккредитуемых три человека не справились еще на этапе тестов и аккредитацию не прошли.

Столь высокие результаты, по мнению многих участников заседания, говорят о том, что либо задания были слишком простыми, либо в контроле знаний есть погрешности. Однако как тестирование, так и прохождение станций – процессы стандартизованные и компьютеризированные. Осуществляется видеоконтроль, работают независимые эксперты, а о правильности или неправильности выполнения заданий сигнализирует сам симулятор.

Положительный опыт аккредитации врачей – это замечательно, но нам ли не знать, что подготовка к «сестринской» первичной аккредитации имеет свой тернистый путь. Так, профстандарты, хоть и находятся на финишной прямой, но в момент подготовки этого выпуска журнала, по состоянию на 30 марта, еще не приняты; тестовые задания по всем специальностям разрабатывались в последний момент, система рецензирования технически была продумана, но буквального, в итоге РАМС был организован открытый разбор тестов, и только по специальности «Сестринское



дело» из 1899 заданий членами РАМС было отклонено 750! Аналогичная ситуация наблюдалась по тестам других специальностей. По итогам публикации обновленных тестов у многочисленных экспертов из числа членов РАМС остались столь же многочисленные вопросы. Представители и региональных ассоциаций и колледжей проходили контрольные тестирования, вновь и вновь сталкиваясь с некорректными заданиями.

Конечно, таких промахов удалось бы избежать при более тесном взаимодействии Минздрава и профессионального сообщества. У ассоциации есть ресурсы и профессионалы, которые были бы готовы принять в этом процессе самое активное участие. Однако по регламенту аккредитации создание контрольных инструментов – прерогатива образовательных организаций.

Эти и многие другие вопросы были адресованы специальному гостю заседания – Роману Александровичу Журавлеву, руководителю Отдела кадровой политики Минздрава России. Представив основную информацию по предстоящей аккредитации, Роман Александрович акцентировал внимание собравшихся на предстоящих испытаниях. Выпускникам предстоит за 60 минут ответить на 60 тестов. Если первая попытка окажется неудачной, у выпускника есть еще две на пересдачу. Успешное тестирование открывает для выпускника возможность пройти на второй этап для оценки практических навыков. Здесь в отличие от выпускников вузов, тестируемому предстоит пройти 3 станции, одна из которых – проведение СЛР, а две другие относятся к специальности – акушерское дело, сестринское и т. д. На второй этап отводится 30 минут и также дается 3 попытки.

Вопросов у аудитории было немало – и практического характера, и, не скроем, политического. «Кто мо-

жет руководить комиссией и входить в ее состав? Врачи, преподаватели?». – «Нет, состав комиссий формируется строго по специальностям, пропуском к работе в комиссии является действующий сертификат по аккредитуемой специальности. А представители образовательных организаций могут входить в их состав только в том случае, если будут оценивать экзаменуемых из другого учреждения, дабы избежать “конфликта интересов”. Этот пункт содержится в Положении об аккредитации, но вызывает пока многочисленные сомнения. Но позиция Минздрава по данному вопросу однозначна. Ошибки на этапе формирования комиссий недопустимы, ведь далее это может запустить цепочку апелляций, в которых позиция комиссии, не соответствующей требованиям закона, будет заведомо слабой».

«Как оформить участие работников в комиссии? На какой период?». – «Члены комиссии должны быть командированы медицинской организацией, причем, если сама аккредитация растянется на месяц, отсутствие работника на рабочем месте допустимо только в те дни, когда он занят на экзамене. Смена членов комиссии в течение дня нецелесообразна – ведь в конце экзамена подписывается протокол, и если специалист отсутствовал, то его подпись не будет действительна», – разъяснял Роман Александрович.

Участники совещания интересовались не только первичной аккредитацией, но и первичной специализированной, которая грядет в 2019 году, и реаккредитацией, которая будет введена с 2021 года, при этом выражая надежду на более активное взаимодействие Минздрава и Ассоциации медицинских сестер России. Ведь охватить информацией и дать необходимые пояснения по всему процессу организации аккредитации в масшта-

бах страны – задача невероятно сложная, а РАМС, обладающая ресурсами и налаженным взаимодействием в более чем 40 регионах, готова прийти на помощь.

Как видите, программа мероприятия была чрезвычайно насыщенной, хотя это далеко не все, о чем мы могли бы написать в этой статье. На два с половиной дня участники мероприятия разделились на две группы, каждая из которых работала по своей программе. В первой группе проходило обучение по теме технологий бережливого производства, рассматривалось создание стандартных операционных процедур. Приглашенный эксперт семинара – Олег Вильевич Куликов, представил исчерпывающие обоснования для создания СОПов, обратил внимание собравшихся на те аспекты деятельности медицинских организаций, которые должны подлежать стандартизации, привел множество полезных примеров, которые, мы уверены, уже сегодня начинают внедряться в практику учреждений! Специальным гостем мероприятия стала главная сестра группы клиник «СОГАЗ», Елена Александровна Хасанова, которая рассказала о применении стандарта ISO в практической деятельности организации. В будущих выпусках журнала мы обязательно уделим этой теме особое внимание. В ходе работы первой группы состоялось еще одно значимое событие, – исполнительный директор РАМС, Валерий Валерьевич Самойленко, провел дискуссию на тему доказательной сестринской практики, поскольку именно научный подход должен создать содержательную основу СОПов.

Участники второй группы за два с половиной дня успели стать студентами и выпускниками магистерской программы по клинической сестринской практике Израиля и рассмотрели актуальный для руководителя клиники вопрос по обеспечению безопасности



Путеводная звезда



Даты проведения Координационного совета РАМС совпали с проведением Всемирного дня борьбы с туберкулезом, и именно в эти дни поступила замечательная новость: еще одной нашей коллеге, Лялиной Наталье Леонидовне, было присвоено почетное звание Международного совета медсестер – «Путеводная звезда».

Сегодня Наталья Леонидовна – главная медицинская сестра Кировского противотуберкулезного диспансера. Некогда она стала одной из первых представительниц Кировской области, которой посчастливилось принять участие в международном тренинге. И сразу же, буквально по горячим следам, ею была реализована инициатива по созданию Специализированной секции медицинских сестер фтизиатрической службы, начались встречи, профессиональное общение.

Под руководством Натальи Лялиной специализированная секция проводит межрайонные и региональные конференции для среднего медперсонала Кировской области. Секция ежегодно принимает участие во Всероссийской акции «Белая ромашка». Доброй традицией стало проведение конкурса поделок к Всемирному дню борьбы с ТБ в рамках акции «Белая ромашка», в которой ежегодно принимают участие более 150 человек.

Приоритетной задачей для Натальи Лялиной стала обеспечение инфекционной безопасности пациентов и персонала учреждения. После согласования с руководством диспансера был внедрен вакуумный забор крови, стерилизация инструментов стала проводиться в упаковочном материале с формированием индивидуальных укладок на каждого пациента. Далее была проведена огромная работа по применению персоналом респираторов класса защиты FFP2, FFP3. Разработаны инструкции по применению респираторов, организовано обучение персонала. Лялина Н.Л. также уделяет большое внимание обучению пациентов. Под её руководством в диспансере была организована сестринская Школа здоровья.

Результативной оказалась и работа по проведению сестринских исследований, основную проблематику которых составили знания младших медицинских сестер. Итогом исследования стала разработка учебной программы, корректировка экспертных карт для младшего медперсонала и других специалистов. Созданная в диспансере обучающая технология повысила уровень квалификации и гигиенических навыков младшего медперсонала и помогает вновь поступившим на работу быстрее адаптироваться на новом рабочем месте.



практики за счет создания сестринских стандартов. Сложнейший теоретический материал был направлен на решение важных задач здравоохранения, которые сегодня в центре внимания наших коллег во всем мире – исключение редких ошибок, борьба с теми факторами риска в системе оказания помощи, которые могут сойтись самым нежелательным образом и нанести пациенту непоправимый вред. Участники семинара не просто слушали преподавателя, в роли которой выступила д-р Шоши Риба, возглавлявшая Департамент сестринского дела Министерства здравоохранения Израиля в течение 24 лет, но и работали сами – обсуждали факторы риска и писали свои проекты сестринских стандартов! В частности, по мнению участников обучения такие стандарты нужны для визуальной идентификации пациентов из групп особого риска, для проведения лечения пациентам психиатрических стационаров в случае развития психозов, применения трансдермального пластыря с целью эффективного обезболивания пациентов хосписа, для хранения и последующего применения гепарина и других антикоагулянтов и для регламентации работы с так называемыми устными назначениями терапии в тех случаях, когда у пациента отделения обостряется состояние, не связанное с профилем данного отделения, а решения принимаются в срочном порядке. При выполнении таких назначений медицинская сестра оказывается беззащитна с точки зрения законодательства.

Несмотря на трудности внедрения таких стандартов, участники семинара будут прилагать все усилия к их воплощению в реальной сестринской практике, что будет способствовать четкому определению обязанностей и полномочий специалистов, задействованных в оказании помощи и, безусловно, профилактике рисков, укреплению безопасности пациентов.

Вот такой разноплановой, интересной, дискуссионной стала программа Координационного совета РАМС. От имени организаторов хочется выразить огромную благодарность всем, кто внес вклад в подготовку и с готовностью делился опытом, идеями, достижениями! Мы смогли убедиться, сколь сильным является содружество специалистов, объединенных в РАМС!





Кодекс профессиональной этики акушерки Российской Федерации



■ Саитова Татьяна Викторовна

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

Многие задавали и задают вопрос: «Зачем при наличии Этического кодекса медицинской сестры России иметь Кодекс профессиональной этики акушерки»? Постараюсь на него ответить.

Трудовая деятельность является основной сферой общественной жизни, где существуют специфические отношения людей друг к другу, к обществу, от нравственных целей и содержания которых зависит благополучие многих людей.

Профессиональная деятельность акушерок не является исключением. Направления деятельности акушерки разносторонние и многогранные. В вопросах прегравидарной подготовки, планирования семьи, санитар-

но-просветительной деятельности, проведения патронажной работы, оказания медицинской помощи она взаимодействует с пациентками, их родственниками, активно контактирует с группами населения разных возрастов, расовой принадлежности, с разным мировоззрением, жизненными, семейными ценностями и отношением к материнству.

Акушерская практика осуществляется в соответствии с Международным этическим кодексом акушерок, принятым Международной конфедерацией акушерок в 1993 году, который отражает только общие вопросы, без перехода к частным, и базовые ценности, без учёта конкретных ситуаций, современных тенденций развития акушерских технологий и их приоритетных направлений.

В 2013 году комитетом по этическим вопросам Российского общества акушеров-гинекологов и межрегиональной общественной организацией «Лига акушерок России» был подготовлен проект Кодекса профессиональной этики акушерки Российской Федерации, который, к сожалению, не утверждён по настоящее время, но подразумевает, по мере необходимости, углубление, дополнение, уточнение, коррекцию и внесение поправок.

На 5-м съезде акушеров-гинекологов (25 сентября 2013 года) утверждает-ся Кодекс профессиональной этики врача акушера-гинеколога, несмотря на наличие Кодекса профессиональной этики врача Российской Федерации (Первый национальный съезд врачей РФ, 05.10.2012), что подразумевает утверждение Кодекса профессиональной этики акушерки при действующем Этическом кодексе медицинской сестры России.

Специализированная секция Ассоциации медицинских сестер России «Акушерское дело» считает, что у акушерок России должен быть Кодекс профессиональной этики. Это подтверждает необходимость в нашей профессии этической регламентации внутренних взаимоотношений и является показателем её свободного развития и зрелости профессионального сознания, отражает перемены в отрасли, отвечает современному характеру профессии, состоянию её развития и социального окружения.

Кодекс профессиональной этики акушерки Российской Федерации состоит из пяти разделов:

1. Общие положения.
2. Профессиональная позиция акушерки.
3. Акушерская практика.

4. Развитие профессиональных знаний и практики.

5. Общественная деятельность.

Акушерская практика, а также охрана материнства и детства в Российской Федерации осуществляется в соответствии с Конституцией, Основами законодательства в области охраны здоровья граждан, а кодекс отражает основные принципы охраны здоровья матери и ребенка, вопросы семьи и репродуктивного здоровья во всех сферах деятельности акушерок, отдавая приоритет интересам пациента.

Положения кодекса не могут рассматриваться самостоятельно, а только во взаимосвязи с правовыми нормами, стандартами акушерской помощи, клиническими протоколами, другими документами, отражающими особенности оказания акушерской помощи и регламентирующими деятельность акушерки.

Профессиональная позиция акушерки представлена с учётом признания и уважения права не только женщины, но и семьи на:

- материнство/отцовство/и частную жизнь;
- информированный, осознанный выбор по отношению сохранения репродуктивного здоровья и воспроизводства потомства;
- активное участие в планировании семьи, беременности, процессе родов, уходе за новорожденным;
- соблюдение культурных и религиозных традиций по вопросам, затрагивающим здоровье.

Формирует профессиональную позицию акушерки уровень взаимоотношений с коллегами, главными этическими принципами которых служат честность, справедливость, порядочность, уважение к знаниям и опыту, готовность к наставнической деятельности, неприятие неэтичного поведения других акушерок и недопущение унижения личности и профессионального имиджа. Именно перечисленные качества способствуют формированию в коллективе чувства профессионального долга, который должен быть выше финансовой заинтересованности, а также формированию корпоративных ценностей и непосредственно влияют на качество оказания медицинской помощи и удовлетворённость пациенток её уровнем.

В акушерстве прослеживается значимость рационального взаимодействия и сотрудничества акушерок с врачами акушерами-гинекологами, неонатологами, анестезиологами-реаниматологами, медицинскими сёстрами, психологами, социальными работниками, которое строится на основе безупречного делового поведения, соблюдения принципов субординации, корпоративного имиджа, не выходит за рамки компетентности акушерки, благодаря чему формируется уникальная профессиональная роль специалистов и иное восприятие акушерской практики.

В настоящее время родовспоможение приобрело семейно-ориентированное направление, широко внедряются вспомогательные репродуктивные технологии, суррогатное материнство, увеличивается число пациенток с социально значимыми заболеваниями.

Этический кодекс акушерки – показатель зрелости профессионального сознания.

ми, проводится работа с женщинами, попавшими в трудную жизненную ситуацию. К сожалению, остаются высокими цифры преждевременных родов и, как следствие, число детей, рождённых с экстремально низкой массой тела, что подтверждает этическую основу отношений «пациентка – акушерка», которые имеют и построены на доверии и честности, уважении человеческого достоинства в контексте культурных и религиозных традиций общества. Именно эти направления деятельности акушерки отражены в разделе «Акушерская практика».

В целях уменьшения болевых ощущений, облегчения физических и моральных страданий у женщины, допустимости выполнения любых медицинских вмешательств лишь в интересах пациентки, что также является этическим элементом акушерской практики и одним из направлений бережного родоразрешения, в документе сделан акцент на качестве проведения психопрофилактической работы.

Произошедшие в последние десятилетия социально-экономические, политические и культурные преобразо-

вания сопровождались либерализацией сексуальной морали, резким изменением нравственных приоритетов, личностных и общественных ценностей. Следствием этих преобразований явились социально детерминированные изменения репродуктивного поведения подростков. Снижен возраст вступления в сексуальные отношения, большинство молодых людей ориентированы на получение сексуального опыта до вступления в брак.

Однако проблемой является не раннее вступление подростков в половые отношения, а несформированность ценностной системы и поведенческих образцов. Чаще всего это приводит к заражению венерическими заболеваниями, ранней беременности.

Проведение информационных и образовательных мероприятий, особенно среди подростков и молодежи, одно из направлений акушерской практики, призванное исключить трудноразрешимые социальные и морально-этические проблемы, связанные с ранним материнством.

Актуальность проблемы стала основанием для включения этой сферы профессиональной деятельности акушерок в раздел Кодекса.

В связи с развитием вспомогательных репродуктивных технологий, информатизацией здравоохранения возникает ряд новых вопросов, связанных с соблюдением принципов врачебной тайны и выполнением требований к персональным данным пациента.

Поэтому профессиональная позиция акушерки и акушерская практика рассматриваются с позиций соблюдения конфиденциальности информации при оказании медицинской помощи, объём которой должен быть регламентирован компетентностью акушерки.

Развитие профессии возможно только в том случае, если каждый специалист стремится к личностному, интеллектуальному и профессиональному росту в течение всей профессиональной деятельности, интегрируя это развитие в свою практику.

В современных условиях знания в области акушерства распространяются и совершенствуются посредством системы непрерывного профессионального образования, обмена опытом по расширенной акушерской практике, научно-исследовательской дея-

тельности. Внедрение современных перинатальных технологий, совершенствование пренатальной диагностики, подходов к ведению беременных с невынашиванием беременности, экстрагенитальной патологией, рубцом на матке, организация школ здоровья для беременных, школ по поощрению грудного вскармливания являются идеальной площадкой для развития научных исследований и расширенной акушерской практики. Именно эти направления по развитию профессиональных знаний и практики указаны в именном разделе.

Результатом этой работы станет не только повышение профессионализма акушерок за счет разнообразия образовательных программ и ресурсов, но так же и повышение престижа членства в профессиональной ассо-

циации, с которой акушерки сотрудничают в пределах своей компетенции во благо развития специальности, улучшения и стабильности основных показателей службы родовспоможения.

Согласитесь, профессия акушерки – это одна из сложнейших специальностей, которой уделяется большое внимание, где появляется немало современных технологий, но в ней же возникает и немало этических проблем. Это подтверждает необходимость в нашей профессии Кодекса профессиональной этики акушерки Российской Федерации, который будет призван выполнять не только этико-правовую и педагогически воспитательную функции, но и функцию консолидации в рамках профессии.



РОЛЬ ЭТИЧЕСКОГО КОМИТЕТА В РЕГУЛИРОВАНИИ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКИ

ОПЫТ ОМСКОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СЕСТРИНСКОЙ АССОЦИАЦИИ



■ Дзюк С.Ф.
Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом БУЗ Омской области «ГКБ № 1 им. А.Н. Кабанова», председатель этического комитета ОПСА

Моментом создания Ассоциации медицинских сестер России вопросы этики в регулировании профессиональной деятельности сестринского персонала являются приоритетными, так как способствуют формированию базовых ценностей сестринской профессии. Ассоциация решает множество за-

дач по развитию сестринского дела, укреплению авторитета специалистов, повышению престижа профессии медицинской сестры. Поэтому одним из важнейших проектов Ассоциации медицинских сестер России (далее – РАМС) стала разработка и внедрение Этического кодекса медицинской сестры России и сотрудничество с американскими специалистами, благодаря которым в России прошли семинары, ознакомившие участников с моделью принятия этически правильного решения, с деятельностью этических комитетов медицинских учреждений США, участием сестринского персонала в таких комитетах.

В 2000 году был создан этический комитет и в Омской профессиональной сестринской ассоциации (далее – ОПСА).

В течение нескольких лет под руководством РАМС мы изучали зарубежный опыт, адаптируя его к российским условиям, участвовали в международном проекте «Лидерство в переговорах» 2007–2010 гг., вели дискуссию на

форуме РАМС в разделе «Этика», накапливали базу ситуационных задач. Члены этического комитета ОПСА участвовали в семинарах и научно-практических конференциях в Санкт-Петербурге, Москве, Иваново, на которых обменивались опытом с коллегами по этическому регулированию сестринской деятельности.

В составе этического комитета Омской профессиональной сестринской ассоциации работают пять человек: председатель – заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, и члены комитета – главная медицинская сестра и три старших медицинских сестры из медицинских организаций г. Омска и Омской области. Члены комитета подобраны из опытных специалистов, имеющих заслуженный авторитет среди членов ассоциации.

На этапе становления основными направлениями деятельности этического комитета ОПСА были создание и поддержка этических комитетов в ме-

дицинских организациях. Для этого определена персональная этическая ответственность руководителей сестринских служб за качество сестринской помощи, оказываемой населению, уровень профессиональной подготовки сестринского персонала и его социальную защищенность. Главным медицинским сестрам предложено:

- выделить в составе Совета по сестринскому делу этический комитет;
- осуществить подбор в состав комитета медицинских сестер;
- освободить этический комитет от выполнения несвойственных функций, таких как организация культурно-массовых мероприятий, эстетическое оформление рабочих мест, обеспечение спецодеждой сестринского персонала, информационное обеспечение Совета по сестринскому делу, контроль посещения общебольничных конференций и многих других;
- направить руководителей этических комитетов медицинских организаций для обучения на региональные семинары по вопросам практического внедрения в деятельность сестринского персонала Этического кодекса медицинской сестры России, организованные этическим комитетом ассоциации.

В настоящее время этические комитеты созданы в 120 медицинских организациях, которые тесно сотрудничают с этическим комитетом ОПСА. Свою работу этический комитет строит согласно Уставу ассоциации, положению об этическом комитете, Этическому кодексу медицинской сестры России, стратегии развития ОПСА на 2015–2020 гг. и Кодекса корпоративной этики членов ассоциации.

Основными задачами этического комитета ассоциации в области регулирования сестринской деятельности являются:

1. Содействие консолидации и профессиональной солидарности, повышению престижа и авторитета сестринской профессии, развитию сестринского дела в регионе.

2. Обеспечение соблюдения правовых и морально-этических норм, принятых в обществе, и Этического кодекса медицинской сестры России как основы профессиональной деятельности.



Руководители этических комитетов Омской области

3. Привлечение внимания общественности к вопросам соблюдения норм Этического кодекса медицинской сестры, повышенному гуманному и милосердному отношению к пациентам, уважению их законных прав.

4. Обеспечение защиты прав сестринского персонала.

5. Участие в создании и совершенствовании системы непрерывного профессионального образования в сестринском деле и накопительной системы квалификации, в проведении аттестации, сертификации, а в дальнейшем – аккредитации специалистов.

Этический комитет ОПСА ежеквартально проводит рабочие совещания с представителями комитетов медицинских организаций. На таких встречах члены комитетов могут получить консультативную помощь относительно решений об ответственности медицинских работников за нарушение Этического кодекса медицинской сестры России и морально-этических норм. Активное участие этического комитета позволяет избежать ошибок при оценке поступков и этичности действий отдельных медицинских работников. В ответ на поступление писем и обращений медицинских сестер в Этический комитет ассоциации члены комитета выходят на уровень руководителей сестринского персонала и дают разъяснения и рекомендации по решению сложных, порой конфликтных ситуаций с привлечением психологов и юристов.

Обучение сестринского персонала – это одна из важных функций комитета, которая проводится целенаправленно и планомерно. Знание Этического кодекса представляет огромную ценность для каждого медицинского работника, оказывающего помощь конкретному пациенту и членам его семьи, либо занимающегося вопросами диагностики, организации и управления здравоохранением. Этический комитет Омской профессиональной сестринской ассоциации проводит каскадным методом обучающие семинары для руководителей этических комитетов медицинских организаций и сестринского персонала.

Вниманию участников семинаров предоставляется информация о прошедших всероссийских и региональных мероприятиях, о работе этического комитета ассоциации, анализ деятельности этических комитетов медицинских организаций, рекомендации по организации их работы.

Также обсуждаются вопросы о том, какую роль должен играть этический комитет в обеспечении профессиональных взаимоотношений и соблюдении профессиональных стандартов в решении вопросов нравственного характера и этических конфликтов. Подробно излагаются основные положения Этического кодекса медицинской сестры России с акцентом на то, как важно его изучать, уметь обсуждать и применять в профессиональной дея-

тельности сестринского персонала. Вниманию участников семинаров предоставляется опыт работы лучших этических комитетов медицинских организаций региона. На практической части семинаров участники работают в малых группах, где решают ситуационные этические задачи. Такой метод обучения позволяет избежать ошибок при оценке поступков и этичности действий отдельных медицинских работников.

Проведение обучения и оказание консультативной помощи в вопросах ответственности за нарушение Этического кодекса медицинской сестры России и морально-этических норм служит основой профилактики неэтичных действий, позволяет сестринскому персоналу на практике принимать правильные этические решения, прививает специалистам уважительное отношение к пациентам и коллегам, позволяет развивать традиции милосердия и гуманизма, поддержания корпоративной культуры в медицинских организациях.

Одной из задач Этического комитета является повышение престижа профессии путем вовлечения медицинских сестер в самостоятельную научно-исследовательскую деятельность и освоение доказательной сестринской практики. Омская профессиональная сестринская ассоциация поддерживает инициативу Ассоциации медицинских сестер России и проводит региональные проекты по «Исследованиям в сестринском деле», в которых участвуют 28 медицинских сестер-исследователей.

Практическая значимость проведенных исследований подтверждается актуальностью выбранных тем, так как основными вопросами для изучения были и остаются качество жизни пациента, контроль боли, а также предупреждение рисков, связанных с возможными осложнениями при выполнении медицинских услуг.

Сестринские исследования невозможны без активного участия и согласования с Этическим комитетом. Для определения того, как нужно поступать медицинской сестре – исследователю в различных ситуациях, необходимо знать и применять Этический кодекс медицинской сестры России во взаимосвязи со стандартами сестринской практики, клиническими рекомендациями и другими правовыми актами.

Для создания положительного имиджа специалиста сестринского дела у населения и в средствах массовой информации при согласовании с членами Этического комитета Омская профессиональная сестринская ассоциация публикует практические статьи в профессиональных журналах, в материалах региональных конференций, представляет информацию на сайт ассоциации. Этический комитет ассоциации активно взаимодействует с Министерством здравоохранения Омской области, общественными организациями региона и России.

Через сайт ассоциации сестринский персонал имеет возможность познакомиться с деятельностью этического комитета ассоциации, с изданными информационными и методическими материалами. На сайте можно узнать, кто входит в состав регионального этического комитета, контактные телефоны, распределение обязанностей среди членов этического комитета.

Развивая социальное партнерство медицинских организаций с медицинскими образовательными учреждениями, члены этического комитета участвуют в научно-практических конференциях, «Дне выпускника», открытых уроках по мастерству эффективного общения, обучают студентов медицинских колледжей на примере реальных ситуаций продуктивному выходу из возникающих конфликтов и неоднозначных ситуаций. Надеемся, что такой опыт позволит будущим специалистам сестринского дела поддерживать авторитет медицинских работников на достойном уровне.

Ежегодно руководитель этического комитета Омской профессиональной сестринской ассоциации является членом региональной конкурсной комиссии по объективному отбору победителей в конкурсах профессионального мастерства среди специалистов со средним медицинским образованием.

Участие сестринского персонала в конкурсах профессионального мастерства на региональном и всероссийском уровне, получение высоких призовых мест является образцом для специалистов других профессий, вызывает гордость и повышает значимость медицинских сестер среди коллег и пациентов.

Омской профессиональной сестринской ассоциацией регулярно

проводятся профилактические и благотворительные акции. Члены этического комитета активно привлекают сестринский персонал к участию в акциях. Акции оказывают не только благотворительную, профилактическую и психологическую помощь населению, но и воспитывают сестринский персонал быть равнодушными к проблемам людей, укрепляют морально-нравственные ценности, повышают престиж и значимость сестринского персонала среди пациентов и населения.

Наряду с проведенной работой и достигнутыми результатами перед нами стоят новые задачи:

- совершенствование работы комитета с привлечением лиц, работающих в области этики, законодательства в здравоохранении и прав человека, путем проведения разьяснительной работы о роли и значимости этического комитета среди руководителей сестринского персонала медицинских организаций, руководителей этических комитетов и сестринского персонала;
- проведение консультаций сестринского персонала по этическим проблемам в области профессиональной деятельности, при проведении сестринских исследований, популяризации сестринской профессии;
- продолжение обучения руководителей этических комитетов медицинских организаций практическому применению в профессиональной деятельности Этического кодекса медицинской сестры России;
- проведение анализа основных проблем, высказанных при обращении сестринского персонала за консультативной помощью, при проведении обучающих семинаров и при проведении анонимного анкетирования в медицинских организациях;
- мониторинг и изучение материалов по этическим проблемам в средствах массовой информации;
- активизация членов этических комитетов в работе форума на сайте ассоциации медицинских сестер России при обсуждении этических проблем сестринского персонала;
- проведение профилактических и благотворительных акций, организуемых ассоциацией.

Роль медицинской сестры при проведении гемотрансфузии



■ Хайрулина Е.А.

Старшая медицинская сестра отделения новорожденных и недоношенных детей ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень)



История развития гемотрансфузии насчитывает несколько сотен лет. Первые попытки зафиксированы еще в XVII веке. В те времена гемотрансфузия проводилась от животных к человеку, что в большинстве случаев приводило к гибели реципиента. Только в 1795 году задокументировано первое переливание крови от человека к человеку. Во второй половине XX века гемотрансфузию стали применять не только для лечения кровопотери и анемии, но и для укрепления сил, питания, борьбы с инфекциями и профилактики болезней. Но в те времена медицинская сестра не имела никакого отношения к этой манипуляции. В современной медицине медицинская сестра играет главную роль.

С 2013 года в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень) введены клинические протоколы по проведению гемотрансфузии как лечебного метода. В связи с этим отмечается снижение объемов перелитой крови и ее компонентов новорожденным и недоношенным детям с 43 ЭМОЛТ в 2013 году до 18 – в 2016 году.

Переливание крови – серьезная операция по трансплантации живой ткани человека. Для того чтобы предупредить возникновение инфекционных осложнений при гемотрансфузии, медицинская сестра должна действовать по утвержденному в учреждении «Протоколу проведения гемотрансфу-

зии у новорожденных и недоношенных детей».

С момента получения листа врачебного назначения медицинская сестра проводит катетеризацию периферических вен, забор венозной крови, подключает монитор слежения за витальными функциями ребенка. После этого готовит дополнительное оборудование, оформляет индивидуальный лист наблюдения. Перед гемотрансфузией необходимо согреть ребенка и не допускать его охлаждения во время проведения манипуляции.

При получении среды со станции переливания крови медицинская сестра совместно с врачом-неонатологом определяют группу крови и резус-принадлежность реципиента и донора, проводят пробы на индивидуальную совместимость. Далее медицинская сестра переходит к выполнению следующего этапа протокола – проведению гемотрансфузии. Набирает назначенный объем среды, подключает его к периферическому катетеру и обязательно проводит биологическую пробу (биологическая проба взрослых людей отличается от биологической пробы новорожденного) путем введения среды трехкратно по 2–3 мл с интервалом в 2–3 минуты. Затем медицинская сестра выставляет необходимую скорость введения на шприцевом инфузомате и во время гемотрансфузии следит за показателями

жизненно важных функций на мониторе слежения, все данные обязательно вносит в лист наблюдения. По окончании гемотрансфузии медсестра продолжает наблюдение за ребенком в течение трех часов. После гемотрансфузии медицинская сестра обязательно считает суточный диурез ребенка, и через 10 часов проводит контрольное исследование общего анализа крови и мочи.

С целью предупреждения инфекционных осложнений проводится микробиологический мониторинг периферического катетера после его использования. Так, в 2013 году проведено 36 бактериологических обследований, из них зарегистрированы допустимые к выявлению бактерии *S.epidermalis* – 10 случаев, а в 2016 году проведено 10 обследований, из них выявлен 1 случай *S.epidermalis*.

В современной медицинской практике в процессе выполнения манипуляций медицинская сестра выполняет все больше самостоятельных действий. Успех проведения гемотрансфузии детям в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей в полной мере зависит от уровня квалификации, профессиональных знаний и личностных качеств медицинской сестры, а ее добросовестное и ответственное отношение напрямую влияет на качество будущей жизни маленького пациента.

СПАСШИЕ СОЛДАТСКИЕ ЖИЗНИ

ИЗ ИСТОРИИ ПОЛЕВОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ № 364



Калинина Татьяна Николаевна
Заместитель директора по ВР ГБПОУ
ЛО «Тихвинский медицинский
колледж»

Тихвинский медицинский колледж сохраняет традиции, заложенные в учреждении. В далекие 80-е годы студенты Тихвинского медицинского училища организовали поиск героев Мясного Бора – медсестер, врачей и сандружинниц, выживших в крошечном аду окружения и сопротивления весной и летом 1942 года.

В условиях большой войны достижение Победы над врагом зависит в немалой степени и от успешной работы военно-медицинской службы. Дни и ночи напряженно трудились в сложных полевых условиях медицинские работники, спасая жизнь и здоровье наших солдат и командиров. 364-й передвижной полевой хирургический госпиталь был развернут в Тихвине в декабре 1941 года. Шли жестокие бои под Тихвином, ежедневно поступало столько раненых, что пришлось организовать в городе курсы добровольцев-сандружинниц. Так тихвинские комсомолки начали свой боевой путь в госпитале № 364.

Среди тихвинских комсомолок оказалась Герасимова Александра Ивановна. В декабре 1941 года Александра пришла в полевой хирургический госпиталь. Солдаты лежали прямо на полу. Девушка ухаживала за ними. Она помнила начало своей работы – когда чуть не плача отмывала спекшуюся кровь на прострелянной руке молодого солдата...

Александра вместе с подругами готовила к приему раненых здание педа-



гогического училища и некоторые помещения Большого монастыря. Работать приходилось круглые сутки. Нужно было успеть к приему раненых, поток которых был тогда особенно велик. В госпитале был развернут огромный санитарный пропускник, несколько перевязочных и небольшая операционная для оказания неотложной хирургической помощи раненым. Трудной задачей было подобрать раненым обмундирование нужных размеров – шинель, гимнастерку, брюки, сапоги. В операционную брали раненых только в тех случаях, когда в дороге у них на месте ранения развивались флегмоны или открывалось кровотечение из поврежденных сосудов. Сутками врачи не покидали госпиталь, который размещался в классных комнатах с высокими потолками, заставленных вплотную железными кроватями. Врачей в госпитале было немного – 5–6 человек. Работали без выходных, по 12–14 часов ежедневно, к тому же 2–3 раза в неделю каждому выпадало круглосуточное дежурство. Как вспоминали работники госпиталя, «весь обслуживающий персонал работал в четко заданном ритме, строго придерживаясь указаний, которые помогали в решении непростых задач по обработке огромного потока раненых». А вот что написал Валерий Павлович Падерин, быв-

ший военный врач: «С августа 1941 года наш 364-й полевой хирургический госпиталь направили в г. Тихвин. Госпиталь развернулся в Успенском монастыре, начали поступать раненые бойцы и командиры. В ночь на 8 ноября 1941 года было приказано выехать из города. Госпиталь удалось вывезти благополучно. 12 декабря мы вернулись в Тихвин, а затем вслед за наступающими войсками двинулись по направлению Мясного Бора. Ещё в Пикалёво в госпиталь пришли добровольно девушки из Тихвина, Ленинграда, Пикалёво, стали работать сандружинницами (20 человек)».

Среди медсестёр госпиталя была и Зоя Быстрова. После семилетки девушка мечтала поступить в медицинское училище. Помешала война, совсем близко пришла она к деревне Кривой Наволок бывшего Сарожского сельского совета, где жила Зоя. На фронт, под Тихвин, шли новые и новые воинские подразделения. Попытки Зои присоединиться к кому-нибудь из них не удалось, командиры говорили: еще мала. Тогда созрело другое решение: устроиться в госпиталь. Тут как раз наша войска выбили захватчиков из Тихвина. Зоя, ее сестра Аня и подруга Маня Малиновская втроем пошли в освобожденный город. Было это 11 декабря 1941 года. Девушки разыскали хирургический полевой передвижной госпи-

таль № 364. Здесь им сразу нашли дело. Госпиталь был переполнен, многие раненые лежали на полу. Зоя, Аня и Маруся занимались уборкой помещений, переодевали и умывали раненых, писали под их диктовку письма родным.

Госпиталь передвижной, значит он должен передвигаться вслед за фронтом, а фронт перемещался на юго-запад от Тихвина. Некоторое время госпиталь находился в лесу между Малой и Большой Вишерой. Особенно трудно было работать в полевых условиях зимой. Если привозили раненого с газовой гангреной, его доставляли в перевязочную. Он в полузабытии, язык и губы сухие, пульс частый, температура высокая. Шелковая лигатура «утонула», врезалась в кожу. Значит опасный процесс продолжается, отёк ползёт выше, нужно давать рауш-наркоз... За несколько месяцев никто ни разу не пожаловался на болезни мирного времени. Они как бы перестали существовать. По-видимому, война оказывает огромное психологическое воздействие на человека и в этом переключает его сознание на опасности, идущие извне. В палатках раненым было тепло, потому что девушки-сандружинницы успевали заготовить дрова. А главное – раненых согревала неустанная забота врачей, медсестер, сандружинниц. Зоя Быстрова окончила курсы медицинских сестер при госпитале и стала палатной сестрой.

Добрым словом и личным примером поднимал дух медицинского персонала комиссар госпиталя Г.П. Масляников. Всегда была готова прийти на помощь каждой дружиннице секретарь комсомольской организации Люба Медведева. Самоотверженно работал коллектив. Тихвинская комсомолка Александра Герасимова, как и ее подруги, честно выполняла свой нелегкий долг, стараясь сделать все, чтобы быстрее вернуть раненых в строй. Тяжелых дней и недель случалось немало. Но ничто не могло сравниться с теми невероятными лишениями, которые довелось пережить в районе трагически известного Мясного Бора. Там наша вторая ударная армия, за которой следовал 364-й госпиталь, оказался в окружении. Все невзгоды отступления и окружения разделяли вместе с солдатами люди в белых халатах, которые самоотвер-



Герасимова Александра Ивановна

женно, рискуя жизнью, оказывали помощь раненым в самых сложных и трудных ситуациях. Снабжение госпиталя надолго прервалось. Особенно тяжелой проблемой стало питание для раненых бойцов. В котел шло все мало-мальски съедобное, что можно было найти в зимнем лесу, размельчить и сварить. Прекратилось всякое снабжение. Зоя и ее подруги собирали молодые побеги хвойных деревьев и варили витаминный отвар, который заменял обычную пищу. Проблема была и с водой для мытья раненых. В довершение всего – бомбежки, обстрелы...

Остановились около Малой Вишеры, раскинули палатки. Раненых поступало очень много, сандружинницы и медсестры принимали раненых, пока держались на ногах. Спали по 2–3 часа. Следующая дислокация – Мясной Бор, местечко в 30 километрах от Новгорода. Весной 1942 года госпиталь оказался в окружении.

Подготовленные к эвакуации раненые были погружены на 50 платформ. Но составу оказалось некуда двигаться: рельсовые пути разбомбило снарядами – и с воздуха, и артиллерийскими. Переполнены были и госпитальные палатки. Три месяца полной изоляции. Закончились медикаменты, продукты питания. Работники госпиталя собирали на болоте прошлогоднюю клюкву, березовый сок. Пациенты госпиталя умирали от ран и голода, покидали силы и медиков. Некоторые уже не могли двигаться и лежали в палатке, замерзая от холода. Разводить костры

не разрешалось, чтобы не привлечь внимание немцев.

Александра Ивановна рассказывала, что варили кожаные ремни, готовили хвойный отвар, чтобы напоить раненых и продержаться самим. «Мы были тогда молоденькими девчонками, на платформу не забраться. Сделали нам лестницу. По ней и поднимались, чтобы подать воды раненым, поправить повязки, взбодрить ласковым словом! Лекарств, бинтов, продуктов у нас уже не было – ведь в окружении пробыли более трех месяцев. Когда стали пробиваться через узкий коридор к своим, состав пришлось взорвать – не оставлять же гитлеровцам», – рассказывала ветеран в интервью 2008 года.

Когда окружение было прорвано, было приказано выводить из «котла» ходячих раненых. За каждой медсестрой было закреплено по 25 человек. Едва двинулись в путь, начался обстрел. Немецкие самолеты, пулеметчики и снайперы держали проход под обстрелом. Всего в районе Мясного Бора погибло и пропало без вести около 60 тысяч человек.

Летом 1943 года Зою Быстрову направили в отдельную роту медицинского усиления. С тех пор комсомолка из Тихвина почти все время находилась в рядах наступающих. Кончилась ее служба уже в Германии, в июне победного сорок пятого. Возвратившись в родные края, Зоя работала в детском саду поселка Березовик. В мае 1985 года в Тихвине в медучилище 10 ветеранов госпиталя встретились вновь. Они приехали из разных уголков страны: из Москвы, Казани, Семипалатинска, Куйбышева, Пикалева. Встречу боевых друзей помогла организовать А.И. Герасимова. Оставшиеся в живых девушки вспоминали о страшных днях войны.

В 90-е годы студенты Тихвинского медицинского училища проводили раскопки на месте гибели хирургического госпиталя в болотах Мясного Бора, принимали активное участие в захоронении останков погибших. В настоящее время в Тихвинском медицинском колледже хранят память о подвиге медсестер и сандружинниц. Об этом напоминают фотографии и материалы Великой Отечественной войны в историко-краеведческом музее колледжа.

МЕДИЦИНСКИМ СЕСТРАМ ПРИНАДЛЕЖИТ ВЕДУЩИЙ ГОЛОС В ЗАЩИТЕ ПРАВА ЧЕЛОВЕКА НА ЗДОРОВЬЕ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕНЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ 2018

Лидерство в оказании медицинской помощи в 2018 году выходит на повестку дня и медицинских сестер, и акушерок. И это вовсе не случайно. Голос специалистов должен быть услышан в ходе глобальной дискуссии по вопросам организации здравоохранения и оказания помощи всем нуждающимся, а события текущего года подтверждают, что это будет именно так.

Медицинские сестры, лидеры региональных и международных организаций сегодня входят в состав целого ряда специальных комиссий ВОЗ высокого уровня, где им предстоит от имени миллионов коллег озвучить вопросы, связанные с расширением роли специалистов, развитием образования, укреплением материально-технической базы. Такие инвестиции в долгосрочной перспективе совершенно оправданы, ведь их непосредственный результат – это здоровье, высокий уровень качества жизни, сохранение социальной активности населения, предотвращение экстраординарных, дорогостоящих и высокотехнологичных медицинских вмешательств там, где это возможно, за счет качественного обучения пациента и его близких, про-

филактики осложнений заболевания, качественного сестринского ухода.

Чем же вызвано внимание к теме здоровья в разрезе соблюдения прав человека?

В основе этого девиза лежит задача реализации всеобщего охвата населения медицинской помощью. А также имеющиеся статистические данные, согласно которым порядка 400 млн людей в мире не имеют доступа к важнейшим видам медицинской помощи; порядка 100 млн людей ежегодно пересекают черту бедности из-за оплаты медицинской помощи; до 32% затрат стран на здравоохранение производятся из средств самих пациентов; 40% населения планеты испытывает дефицит социальной защиты.

Документ, подготовленный Международным советом в преддверии Международного дня медицинской сестры, содержит множество историй – историй пациентов о нехватке помощи и историй медицинских сестер о том, как им удалось преодолеть имеющийся дефицит.

Процитируем одну из таких историй: «Беатрис сильно исхудала и стала чрезвычайно хрупкой. Раньше она была певицей, но теперь голос утратил былую силу. В течение многих месяцев она замечала следы крови в стуле. И ее включили в лист ожидания на проведение колоноскопии. Лист ожидания был таким длинным, что в больнице ей посоветовали обратиться в частную клинику и не ждать. Но средств на это у Беатрис не было. Два года спустя процедура была выполнена. Во время обхода пациентов со студентами, стоя у ее кровати, доктор сказал, что у нее рак кишечника 4 стадии. «Они говорили обо мне так, как будто меня не было в этой комнате», – сказала Беатрис. – Я была лишь образцом, расположенным на кровати».

Подобных историй много. В одних речь идет о нехватке средств на лечение, в других – о нехватке внимания со стороны медицинских работников, в третьих о том, что помощь пациенты получали вовсе не ту, которая им была нужна.

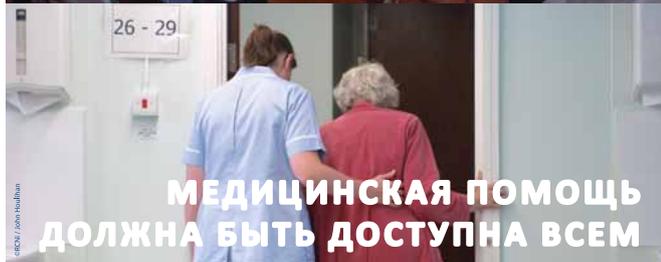
Задача медицинских сестер – анализировать те данные, те истории, которые знакомы им, которые они наблюдают вокруг себя, и прилагать усилия для их преодоления. Например, это в полной мере касается хронических заболеваний. По данным ВОЗ только страдающих от диабета в 2014 году было более 422 млн человек, а для более чем 1,6 млн человек диабет стал непосредственной причиной смерти. Диабет – это сложное и дорогостоящее заболевание, которое поражает примерно 1 из каждых 11 человек. Распространенность диабета среди взрослого населения растет, однако очевидно, что многие даже не знают об уровне сахара крови, своем заболевании и необходимости лечения. Соответственно, первый шаг на пути решения проблемы – повышение медицинской грамотности населения.



НЕЗАВИСИМО ОТ МЕСТОПОЛОЖЕНИЯ



НЕЗАВИСИМО ОТ УЧРЕЖДЕНИЯ



МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДОЛЖНА БЫТЬ ДОСТУПНА ВСЕМ

Медсестры
Медицинским сестрам принадлежит ведущий голос в защите права человека на здоровье



12 МАЯ 2018
МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕНЬ МЕДСЕСТРЫ
www.icnvoicetolead.com
@ICNurses #voicetolead #IND2018



International Council of Nurses

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ»



Дорогие коллеги!

Каждый год мы с нетерпением ждем праздника, объединяющего нас с миллионами специалистов и лидеров профессии во всем мире!

Мы с большой гордостью отмечаем, что в нашей стране профессии медицинской сестры и акушерки стремительно развиваются. Сегодня специалистам доверяют решение сложнейших клинических, управленческих, организационных задач. И мы видим, что именно специалисты нашей профессии стоят за успешной реализацией приоритетных проектов в области здравоохранения!

Мы становимся смелее, мы озвучиваем свои пожелания и свои взгляды не только на профессию, но и на подходы к оказанию помощи, мы разрабатываем и профессиональные стандарты, и стандарты оказания медицинской помощи, чтобы далее воплощать их в жизнь.

И как это прекрасно, что наша профессия выходит на столь высокий уровень мастерства, искусства и науки, получает всеобщее и мировое признание!

В дни, когда мы отмечаем наши профессиональные праздники, я от всего сердца поздравляю всех своих коллег, хочу поблагодарить вас за огромную работу, за бесценный вклад в общее дело, за вашу доброту, сердечность, мудрость, за вашу поддержку и неустанное движение вперед!

Пусть каждый день несет вам счастье профессиональной реализации, пусть медицинская организация для вас служит вторым домом, а коллеги – семьей и содружеством единомышленников, совместно с которыми можно преодолеть все препятствия и достичь совершенства!

С глубоким уважением,

В. А. Саркисова

Президент РАМС,

Председатель Европейского форума

На доступность помощи оказывают влияние самые разные факторы, в том числе география. Нехватка помощи в сельской местности иллюстрируется примерами из США, Канады, Австралии, т. е. тех стран, где, казалось бы, бюджет здравоохранения очень высок. Тем не менее эксперты свидетельствуют о низкой доступности помощи как детям, так и пожилым, как пациентам с хроническими заболеваниями, так и нуждающимся в неотложной помощи. Сложно поверить, но в Канадской провинции Онтарио на протяжении целого десятилетия значительные группы населения не имели прикрепления к учреждению первичного звена. Единственным доступным звеном были отделения скорой медицинской помощи. По понятным причинам, такие отделения всегда были переполнены, а люди часами томилась в ожидании помощи, консультации, назначения терапии. В ответ на имеющуюся проблему была реализована инициатива создания сестринской клиники – Twin Bridges, в которой были задействованы самостоятельно практикующие медсестры. Виды помощи, оказываемой такой клиникой, включили: проведение основных анализов и исследований, лечение неосложненных заболеваний, иммунизация, профилактика травматизма, оценка и лечение ран, оказание помощи пациентам с хроническими заболеваниями, а также разнообразные программы поддержки здорового образа жизни, физической активности, правильного питания, отказа от курения. Модель оказалась столь популярной, получила настолько положительные отзывы от пациентов, что на государственном уровне было принято решение об открытии 25 аналогичных клиник, охватывающих всю территорию провинции.

Отдельный раздел публикации МСМ посвящен инвестициям в здравоохранение и экономическому росту. Эта тема в принципе будет приобретать все большее звучание, поскольку многочисленными международными организациями, фондами, взят курс на анализ результативности инвестиций в здравоохранение в целом, и в финансовую оценку вклада медицинских сестер, в частности. Например, уже есть данные о том, что увеличение ожидаемой продолжительности жизни с 50 до 70 лет ведет к увеличению темпов экономического роста на 1,4% в год. Исследователи уверены, что оценка вклада в здоровье сестринского персонала с точки зрения финансовых результатов, будет исключительно важной для дальнейшего развития и инвестиций в профессию.

Пациент-ориентированный подход к оказанию помощи – это еще один важнейший принцип соблюдения права человека на здоровье. Согласно данным систематических обзоров, пациент-ориентированный подход подразумевает качественное информирование пациента и открытую коммуникацию с ним со стороны медработников; привлечение пациента к процессу принятия решений о его лечении и, что очень важно, уважение мнения пациента; эмоциональную поддержку и эмпатию; непрерывность и координацию помощи. Преимущества этого подхода продемонстрированы многочисленными исследованиями и включают:

- сокращение сроков госпитализации;
- сокращение числа вызовов скорой помощи и госпитализаций;
- сокращение посещений врачей-специалистов;



Медсестры
 Медицинским сестрам
 принадлежит ведущий голос в
 защите права человека на здоровье



ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
 «АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ»



12 МАЯ 2018
 МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕНЬ МЕДСЕСТРЫ
www.icnvoicetolead.com
 @ICNurses #voicetolead #IND2018



International Council of Nurses

- сокращение числа лабораторных исследований и инвазивных процедур;
- ранние вмешательства благодаря раннему выявлению обострений заболевания;
- повышение качества выполнения лечения;
- повышение уровня ухода за собой, контроля пациентом собственного поведения;
- сокращение выплат, связанных с получением медицинской помощи;
- повышение приверженности лечению и правильное применение лекарственных препаратов.

Как видно из этих данных, подтвержденных исследованиями, пациент-ориентированный подход способен дать в том числе ощутимые финансовые результаты.

Обеспечение права человека на здоровье – это комплексная задача, которая помимо множества других включает и кадровый компонент. Наличие достаточных, подготовленных, квалифицированных медицинских работников – это ключевая задача систем здравоохранения, которая уже сформулирована в формате глобальных стратегических документов. А прекрасным примером, завершающим издание МСМ, посвященное Международному дню медсестры, является пример Правительства Уэльса по реализации Закона, призванного сократить нагрузку на медицинских сестер, закрепить повышенное число штатных должностей сестринского персонала сначала за отделениями терапии и хирургии, затем за педиатрическими отделениями и далее – за иными подразделениями медицинских организаций.



Международный День Акушерки 5 мая 2018



Акушерки прокладывают путь к оказанию
качественной помощи

Тема Международного дня акушерки 2018 года соответствует стратегии Международной конфедерации акушерок 2017–2020: «Качество, Равенство, Лидерство» и подчеркивает жизненно важную роль акушерок не только в том, чтобы период беременности и родов для женщин и новорожденных проходил безопасно, но также в достижении уважительного отношения, обеспеченности беременных необходимыми ресурсами, что закладывает основы здоровья новорожденных на всю жизнь.

«Как акушерки, мы отлично понимаем, что лидерство в обеспечении качественной помощи подразумевает доказательную практику и пациент-ориентированную помощь в поддержку репродуктивного здоровья, и какое счастье это представляет для нашей профессии!», – говорится в обращении Международной конфедерации по случаю профессионального праздника.

К чему же призывает Международная конфедерация акушерок в этот день? Конечно же, к лидерству, к тому, чтобы акушерки объединились для решения задач, приоритетных для своего учреждения, региона, страны! И вариантов здесь может быть целое множество. Главное, что этот день – замечательный повод для встречи и общения коллег, обсуждения лучших практик, определения стратегии действий, объединения усилий с пациентами, широкого информирования общества о работе и вкладе акушерок в здоровье матерей и новорожденных. И мы уверены, что акушерки России этой возможностью обязательно воспользуются!

50 лет на боевом посту Поздравляем юбиляра!

Хочется поздравить Игизбаеву Марину Георгиевну с прекрасной датой: 50-летием работы в Институте им. Р.Р. Вредена. Весь коллектив медицинских сестер Института им. Р.Р. Вредена восхищается ее трудолюбием, терпением и профессионализмом. Марина Георгиевна работает в институте с 1966 года после окончания двухгодичных курсов Красного Креста. А начинала свою трудовую деятельность Марина Георгиевна палатной медицинской сестрой отделения неотложной травмы еще в старом здании в Александровском парке.

На старой базе отделение неотложной травмы располагалось на втором этаже. В институте было 220 коек: 2 отделения неотложной травмы по 60 коек, 1 отделение ортопедии на 60 коек и 1 отделение челюстно-лицевой травмы и ортопедии, основанное профессором Линдбергом А.А. на 40 коек. На 1 отделении, где работала Марина Георгиевна, были палаты на 8–10 коек. Так как институт находится в центре города на берегу Кронверкского протока, основной поток пациентов составляли жители города, попавшие в ДТП, а также иностранные граждане, получившие травмы в Ленинграде. На отделении всегда было 2 поста медицинских сестер. Старшей медсестрой ежедневно проводились утренние обходы палат с опросом пациентов о работе сестринской смены. Работа была интересной и полезной, так как приходилось выполнять функции отсутствовавших перевязочных и процедурных медицинских сестер.

С 1984 была организована палата осложненных пациентов, которая заложила основы создания отделения гнойной остеологии в новом здании на улице Академика Байкова дом 8. На отделении принимаются осложненные пациенты как после операции в институте, так и из города Санкт-Петербурга и Ленинградской области.



В 1988 году Марина Георгиевна была назначена старшей медицинской сестрой отделения подростковой травмы и ортопедии. В 1990 году его перепрофилировали в отделение эндопротезирования крупных суставов (тазобедренного и коленного сустава).

С 2005 года Марина Георгиевна работает на отделении эндопротезирования крупных суставов; артроскопических диагностических операций на суставах, является заместителем старшей медицинской сестры и передает ей свои знания.

И по сегодняшний день у Марины Георгиевны обширные обязанности: прием пациентов, расчёт платных услуг, запись на консультации к специалистам отделения, помощь старшей медицинской сестре по выписке и отчетности по аптеке, по оформлению больничных листов.

С 1998 года Марина Георгиевна бессменный руководитель культмассового сектора профсоюзного комитета института. Благодаря её заинтересованности и компетентности сотрудники института постоянно посещают музеи в Санкт-Петербурге и Ленинградской области.

Марина Георгиевна Игизбаева заслуженно пользуется уважением и любовью коллектива сотрудников института. Совет старших медицинских сестер института от души поздравляет Марину Георгиевну с юбилеем!



Приближение лабораторной диагностики к пациенту – анализ по месту лечения



■ **Минчаков Михаил Сергеевич**
Врач анестезиолог-реаниматолог



■ **Гайфуллина Резеда Рашитовна**
Старшая медицинская сестра АПО

Прошло уже более полутора столетий с тех пор, как лабораторная медицина обрела самостоятельность. В настоящее время исследования проб биожидкостей пациентов выполняют не только специалисты клинических лабораторий, но и лечащие врачи и медицинские сестры.

С развитием научно-технического прогресса появилась возможность проводить некоторые лабораторные исследования вне стен лаборатории. Такие способы и средства получили общее название «анализ по месту лечения», сокращенно АМЛ (от английского термина point-of-care-testing).

В мировой практике исследование по месту лечения или анализ по месту лечения (ИМЛ или АМЛ) с применением портативных аналитических устройств является достаточно распространенным способом лабораторной диагностики, как в условиях стационара, так и в иных ситуациях для быстрого получения результата исследования вне лаборатории.

Необходимостью такого использования является:

- быстрота получения ответа на интересующий клинициста вопрос о

состоянии определенных функций организма;

- использование простой процедуры анализа, которую способен выполнить практически в любой обстановке непрофессионал после некоторого обучения.

Можно выделить три основные сферы применения средств АМЛ:

- В критических ситуациях как в стационаре, так и в условиях скорой помощи – для быстрой ориентации в состоянии жизненно важных функций организма пациента: определение показателей кислотно-основного равновесия, газов крови, электролитов, глюкозы, гемоглобина и др.
- В кабинете семейного врача или в небольшом медицинском учреждении, не имеющем собственной лаборатории, – для определения степени тяжести состояния пациента и постановки диагноза.
- В домашних условиях – для осуществления самоконтроля и повышения эффективности лечения (контроль над уровнем глюкозы у больных диабетом; над состоянием гемостаза у больных, принимающих антикоагулянты; над концентрацией теофиллина у больных бронхиальной астмой).

В медицинском сообществе получил признание тот факт, что время получения результата исследования является одним из важнейших факторов эффективного лечения. Поэтому, например, Приказ МЗ РФ № 928н от 15.11.2012 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» регламентирует 20-минутный интервал получения результата содержания тромбоцитов, глюкозы в периферической крови, международного нормализованного отношения (МНО) и активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) и холестирина.

Согласно Приказу МЗ РФ № 918н от 15.11.2012 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи боль-

ным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» предполагается наличие портативного оборудования для экспресс-определения МНО, сердечных маркеров и глюкозы непосредственно в отделении с палатой реанимации и интенсивной терапии. Причиной таких нововведений является дефицит времени у клиницистов на принятие решения о диагнозе и способе лечения неотложных состояний

В связи с этим стационары столкнулись с необходимостью организации быстрого анализа срочных образцов и построения алгоритма работы, который позволяет получить результат здесь и сейчас. Следует отметить, что руководство медицинской организации оказывается перед выбором из двух организационных моделей: выполнение срочных тестов в лаборатории или исследования по месту лечения (ИМЛ).

ИМЛ – это путь, дающий клиницистам возможность проводить измерения «поблизости от пациента или непосредственно в месте его расположения» (по определению в ГОСТ Р ИСО 22870–2009 «Исследования по месту лечения – требования к качеству и компетентности»).

При автоматизации ИМЛ важной составляющей является организация учебных курсов для персонала клинических отделений, выполняющего исследования, а также создание подробных стандартных операционных процедур (СОП).

На сегодня в нашей стране применение ИМЛ – это идеологически новая задача, требующая учета множества факторов. Для всесторонне эффективного проведения таких исследований необходима разумная автоматизация и информатизация.

Описанный подход позволяет учитывать множество особенностей ведения ИМЛ, не влияя негативно на работу прочих лабораторных процессов, устоявшихся и эффективных.

Примером использования портативных средств для диагностики в условиях анестезиологии-реанимации мо-

жет служить негосударственное учреждение здравоохранения «Отделенческая клиническая больница на станции Киров «ОАО «Российские железные дороги», которая обслуживает железнодорожников Кировского отделения ГЖД, членов их семей, пенсионеров железнодорожного транспорта и работников предприятий, с которыми заключены договора.

Отделение анестезиологии-реанимации рассчитано и предназначено для оказания экстренной и плановой помощи пациентам прикрепленного населения. Пациенты, поступающие в отделение, нередко нуждаются в диагностических манипуляциях, в том числе определении уровня МНО, глюкозы, холестерина, триглицеридов. При использовании портативной аппаратуры уменьшается время для экспресс-диагностики, постановки диагноза, начала лечебных мероприятий; нельзя исключить и экономическую составляющую данных методов.

Кровь – основная субстанция организма. От ее качества зависят все процессы, протекающие на клеточном уровне, а значит и нормальное функционирование каждого органа. Одной из важнейших характеристик крови является ее вязкость.

Пациенты, которые вынуждены постоянно принимать препараты для разжижения крови, обязаны проводить контроль над ее свертывающими способностями. Это необходимо не только для оценки эффективности лечения, но и позволяет подобрать адекватную дозу средств. Таким же образом человека можно уберечь от передозировки антикоагулянтами, предотвратив развитие соответствующих осложнений на этом фоне.

МНО – это показатель, необходимый для оценки эффективности и правильности лечения антикоагулянтами непрямого типа действия (варфарин). Особенность их действия в том, что они влияют только на некоторые факторы свертывания крови. Ни один из методов не может настолько точно показать состояние именно этого звена свертывающей системы крови.



В отделении используется портативный прибор для определения МНО у пациентов, принимающих непрямые антикоагулянты (варфарин). Прибор работает на специально разработанных тест-полосках «коагучек Экс Эс тест» и не требует калибровки реагентов. Работу с этим прибором осуществляют врач анестезиолог-реаниматолог Минчаков М.С. и старшая медсестра Гайфуллина Р.Р.

Рассмотрим клинический случай: пациентка Р. поступила в отделение анестезиологии-реанимации с диагнозом пароксизм фибрилляций предсердия, ГБ 2 ст., 3 степени, риск 4.

Проведены экспресс-анализы:

- триглицериды – 3,68 ммоль/л,

- холестерин – 6 ммоль/л,
- МНО – 1,3,
- глюкоза – 5,2 ммоль/л.

Были проведены лечебные мероприятия с корректировкой дозы варфарина.

Ниже приведены очень условные границы, которых можно придерживаться:

- при приеме варфарина и наличии мерцательной аритмии условная норма МНО – 2,0–3,0;
- при хронической фибрилляции предсердий условная норма – 2,2–3,1;
- после имплантации клапана необходимо поддерживать цифры на уровне 2,6–3,5.

При подборе дозы варфарина контроль уровня МНО проводится ежедневно до терапевтической дозы (МНО – 2–3), затем еженедельно в течение 1 месяца, далее ежемесячно. Когда ситуация нормализуется и уровень МНО становится более-менее стабильным, контроль нормы проводят 1 раз в месяц.

Соблюдение правил приема антикоагулянтов под контролем МНО уберезет от бессмысленных затрат на избыточные дозы дорогостоящих препаратов, неадекватного лечения и тяжелых осложнений.

Это новое направление лабораторного обеспечения лечебного процесса вышло далеко за рамки неотложной помощи и широко используется в общеклинической практике.

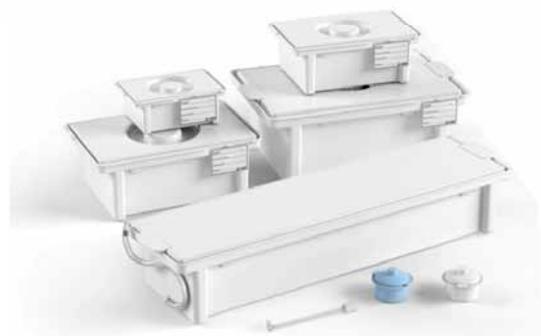
Основная область применения средств АМЛ – линия первого контакта врача и пациента: бригада скорой помощи, приемное отделение стационаров и, в нашем случае, блок интенсивной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берестовская В.С., Ларицева Е.С. Выбор стратегии организации лабораторных исследований при кардиологических катастрофах // Журнал международной медицины. Кардиология. – 2013. – № 2 (3). – С. 28–31.
2. ГОСТ Р ИСО 22870-2009 «Исследования по месту лечения – требования к качеству и компетентности».
3. Руднева А.А., Берестовская В.С., Ларицева Е.С. Время оборота теста (TAT) в экспресс-лаборатории стационара // Современная лаборатория. – 2013. – № 2. – С. 52–56.

Комплексное оснащение: Все, что вам нужно - в одном месте.

Медицинская мебель



Мед. изделия для дезинфекции

НОВИНКА!

Вакуумные системы
забора крови



Все это и многое-многое другое вы найдете
на сайте www.elamed.com

Компания ЕЛАМЕД это:

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

Бактериологическая служба Республики Саха (Якутия) по диагностике туберкулеза: вчера и сегодня



■ **Константинова Екатерина Петровна**

Старший лаборант бактериологической лаборатории ГБУ РС (Я) НПЦ «Фтизиатрия»



Высокий уровень заболеваемости и смертности от туберкулеза в странах Восточной Европы, в том числе и в России, отмечающийся с начала 90-х годов, к 2017 году характеризуется постепенной стабилизацией показателей.

Согласно глобальным планам ВОЗ определены цели по преодолению ТБ во всем мире: к 2035 году необходимо добиться снижения смертности от туберкулеза на 95 % и снижения заболеваемости на 90 %, что соответствует положению в странах с низкой заболеваемостью туберкулезом на сегодняшний день [4].

По свидетельству ряда исследователей: Р.В. Маак (1887), С.И. Мицкевич (1902), Н.А. Попов (1910), туберкулез – особо трагическая страница в летописи коренных народов Севера, о чем свидетельствуют данные историков XIX века о Якутии, как о вымирающем от туберкулеза и других инфекций крае.

Первое комплексное медицинское обследование в 1925–1926 гг. врачом-санитарным отрядом Якутской экспедиции АН СССР показало, что пораженность туберкулезом населения отдельных наслегов Якутии достигала 33 % от числа осмотренных. Экспедиционной группой установлена зависимость распространения туберкулезной инфекции от жилищно-бытовых, производственных и эпидемических условий.

Первый противотуберкулезный диспансер в Якутске был организован

в 1925 году, он занимал небольшое помещение в амбулатории Красного Креста. Новый диспансер был открыт 7 ноября 1929 года. В том же году организована лаборатория при диспансере, где начали проводить анализ мокроты просмотром на микроскопе для обнаружения микобактерий туберкулеза. Была разработана методика противотуберкулезной работы в городских и сельских поселениях Якутии [3, 7].

По данным 1941–1950 гг. констатируется высокая смертность населения от ТБ, особенно среди детей и подростков, которая составляла от 24,0 до 39,2 % среди всех причин смерти. Учитывая крайне неблагоприятную эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу по ходатайству республиканских органов власти постановлением Правительства СССР от 20 августа 1949 года в Якутске на базе республиканского противотуберкулезного диспансера и санатория «Красная Якутия» в 1950 году создан Якутский филиал Института туберкулеза (ЯФИТ) АМН СССР.

ЯФИТ – первое медицинское научно-исследовательское учреждение по фтизиатрии не только в Якутии, но и в Восточной Сибири и Дальнем Востоке, стал научно-организационным и методическим центром борьбы с туберкулезом на Крайнем Севере. Первым директором ЯФИТ назначен заслуженный врач ЯАССР и РСФСР, канд. мед. наук Е.Н. Андреев.

Первая бактериологическая лаборатория по диагностике и изучению возбудителя туберкулеза была официально открыта в 1950 году и входила в состав структурных подразделений ЯФИТ. Первым заведующим лабораторией стал Перцовский Абрам Израильевич, канд. мед. наук (1951–1956 гг.). Затем в разные годы заведовали лабораторией: Афанасьева Ю.П. канд. мед. наук (1957–1960 гг.), Маркинтантова А.Е. канд. мед. наук (1961–1962 гг.), Рейдерман И.В. канд. мед. наук (1962–1964 гг.), Черноградский И.П. канд. мед. наук (1965–1993 гг.) [2, 3, 5]. С 1994 года бактериологической лабораторией заведует врач высшей квалификационной категории, отличник здравоохранения РФ и РС (Я), заслуженный работник здравоохранения РС (Я), д-р мед. наук Алексеева Г.И.

Характерной особенностью Якутии является удаленность районов от республиканского центра от 50 до 3000 км. Население менее 1 миллиона человек. Средняя плотность 0,3 чел. на 1 кв. км, в северных районах 1 чел. на 100 кв. км. Таким образом, масштаб и экстремальность Якутии являются особой проблемой организации бактериологической службы.

Первый опыт организации бактериологической службы противотуберкулезных учреждений в условиях Якутии относится к 1971 году и принадлежит Черноградскому И.П. В начале организации бактериологической службы предполагалось создание од-



ной крупной централизованной бактериологической лаборатории в городе Якутске, которая могла бы обеспечить всю бактериологическую диагностику туберкулеза в республике. Были проведены экспериментально-лабораторные исследования, по итогам которых с учетом трудностей транспортной доставки диагностического материала предложена уникальная модель бактериологической службы, которая предполагала создание широкой сети бактериологических пунктов при противотуберкулезных учреждениях районов, где проводили посев диагностического материала, а выделенные культуры микобактерий туберкулеза (МБТ) доставлялись в бактериологическую лабораторию Якутского НИИ туберкулеза (ЯНИИТ) для идентификации и определения лекарственной чувствительности к противотуберкулезным препаратам.

Если в 1971 году посев на плотные питательные среды проводили в микробиологической лаборатории ЯНИИТ и в бактериологической лаборатории городской туберкулезной больницы, то с 1972 года начали открываться бактериологические пункты при противотуберкулезных диспансерах районов республики и к 1981 году их насчитывалось 23. Удельный вес произведенных посевов, поступающих централизованно из районов, составлял 26%, с увеличением числа бактериологических пунктов, количество посевов на микобактерии туберкулеза в районном звене стало увеличиваться



Черноградский И.П. – заведующий баклабораторией с коллективом, 1978 г.



и удельный вес посевов, производимых в них в 1981 году, составил уже 64,7%.

Кроме того, для обследования пациентов в труднодоступных населенных пунктах республики по районам функционировала выездная бригада лаборантов, с разворачиванием экспедиционного передвижного бокса-палатки. Учитывая трудные условия труда в те годы, отсутствие специального медицинского оборудования, выполнение большого количества бактериологических исследований – до 60 000 посевов в год, недостаточность и несовершенство индивидуальных средств защиты, заболеваемость туберкулезом среди врачей и лаборантов была очень высокой.

Для снабжения бактериологических пунктов и лабораторий были разработаны и внедрены в практику методические рекомендации «Методика приготовления и использования полуфабрикатов яичных питательных сред». Благодаря этим разработкам с 1991 года осуществляется централизованное снабжение всех бактериологических лабораторий и пунктов полуфабрикатами нативных яичных сред с последующим свертыванием на месте, что позволяло использовать в работе на местах одновременно комплекс различных питательных сред. С целью управления бактериологической диагностикой туберкулеза в республике в базовой лаборатории внедрена индивидуальная карта-тека бактериологических исследований пациентов.

Микробиологическая лаборатория ЯФИТ, в последующем ЯНИИТ (1962 г.), оказывала огромную практическую и методическую помощь в организации бактериологической службы туберкулеза фтизиатрам Магаданской, Амурской, Читинской областям, Республики Бурятия. Чукотского автономного округа [1, 3, 6].

В настоящее время бактериологическая служба представлена лабораторией III уровня г. Якутск в составе Государственного бюджетного учреждения РС (Я) «Научно-практического центра «Фтизиатрия» и бактериологическими лабораториями противотуберкулезных диспансеров (ПТД) районов республики. В 20 из 33 районов Якутии продолжают работать бактериологические лаборатории, где проводят микроскопию и посев диагностического материала из осадка для выявления микобактерий туберкулеза. Из 20 лабораторий – четыре являются лабораториями II уровня, где проводятся тесты на лекарственную чувствительность МБТ к противотуберкулезным препаратам (ПТП), остальные лаборатории направляют выделенную культуру МБТ в центральную лабораторию. Но материально-техническая база имеющихся лабораторий продолжает оставаться слабой. Лицензию на медицинскую деятельность с микроорганизмами 3–4 групп патогенности имеют 15 (75%) районных лабораторий.

Обеспечение высокого качества, достоверности и объективности клинических лабораторных исследований является первостепенной задачей лаборатории. В соответствии с принятым в международной практике нормативным документом ISO 9001:2015 в лаборатории разработана и действует система менеджмента качества на всех этапах диагностического процесса.

Модернизация и развитие инноваций в России сегодня являются основными приоритетами государственной политики, в том числе и в области лабораторной службы.

В период с 2006–2016 гг. по федеральным программам «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИД» и «Российское здравоохранение» микробиологическая лаборатория значительно пополнилась современным высокотехнологическим медицинским оборудованием. Лабораторные исследования для пациентов с подозрением на туберкулез проводятся из осадка одного образца единым номером по четырем методам: для обнаружения ДНК МБТ ускоренный молекулярно-генетический метод «картриджный» ПЦР GeneXpert (полимеразная цепная реакция), светодиодная (LED) микроскопия, посев на жидкие питательные

среды (для культивирования в системе Bactec-960 с автоматизированным учетом роста микроорганизмов) и посев на плотные питательные среды; для контроля лечения LED микроскопия и посев на жидкие и/или плотные питательные среды. Ручная работа сведена к минимуму, в процессе проведения теста не возникает формирования инфекционных микрочастиц, что существенно для охраны здоровья лаборантов, проводящих диагностику, а также обслуживающего персонала.

Длительность роста *Mycobacterium tuberculosis* на плотных питательных средах является основной причиной того, что клиницист-фтизиатр получает сведения о лекарственной чувствительности возбудителя туберкулеза практически к моменту завершения интенсивной фазы лечения, назначая больным туберкулезом с самого начала эмпирическое лечение без достоверной информации о наличии лекарственной чувствительности МБТ. Внедрение в микробиологическую диагностику туберкулеза быстрых специфических и высокочувствительных методов позволили выполнить требования «Федеральных клинических рекомендаций по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания» (2014 г.). За последние несколько лет в Якутии в результате реализации специальных мер заболеваемость туберкулезом среди населения снижается, но эпидемиологическая ситуация по туберкулезу пока остается сложной.

В таблице приведены основные эпидемиологические показатели по туберкулезу по Республике Саха (Якутия) в расчете на 100 тыс. населения за период 2015–2017 гг.

Из приведенной таблицы видно, что по данным 2015–2017 гг., эпидемиологические показатели заболеваемости, распространенности и бациллярности имеют четкую тенденцию к уменьше-

нию, тогда как движение показателя смертности имеет волнообразный характер.

Сегодня бактериологическая лаборатория ГБУ РС (Я) НПЦ «Фтизиатрия» является ведущим учреждением в проведении научных исследований по актуальным проблемам микробиологической диагностики туберкулеза. Осуществляет региональный мониторинг за динамикой лекарственной резистентности МБТ; организует и проводит мероприятия по централизованной диагностике материала у больных туберкулезом различных форм локализации; осуществляет контроль деятельности противотуберкулезных учреждений Республики Саха (Якутия), принимает участие в введении лабораторных данных в Федеральный регистр больных туберкулезом.

Комплексное использование новейших инновационных технологий и микробиологических качественно улучшили своевременную диагностику туберкулезной патологии. Применение современных методов ПЦР GeneXpert, Bactec-960 по выявлению микобактерий туберкулеза сократило время выдачи результатов посева на микобактерии ТБ от 84 дня до 2 часов; повысился уровень и качество исследований – показатель высеваемости и выявляемости *M. tuberculosis* достиг от 16,1% до 22,8%; производительность лаборатории увеличилась до 36 000 исследований в год; сократилось влияние человеческого фактора на процесс исследования от 39 минут (3,9ЛЕ) до 15 минут (1,5ЛЕ) на 1 исследование, производимых средним медицинским персоналом.

В 2016 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработала руководство «Основные индикаторы и цели по усилению лабораторных служб в рамках стратегии по ликвидации туберкулеза» и лабораторной службе

Республики Саха (Якутия) предстоят новые задачи по раннему выявлению микобактерий туберкулеза для правильной постановки диагноза и своевременного лечения пациентов с туберкулезом. Лабораторная диагностика должна быть доступной для населения вне зависимости от географических особенностей проживания; необходимо продолжать реализацию мер по обеспечению лабораторий, особенно бактериологических пунктов районов, современным медицинским оборудованием, расходными материалами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева, Г.И. Этапы развития микробиологической лаборатории (1950–2000 гг.) / Г.И. Алексеева // Борьба с туберкулезом на Крайнем Севере. Итоги, проблемы, перспективы. – Якутск, 2000. С. 29–32.
2. Алексеева, Г.И. Новые аспекты фтизио-бактериологической службы в Республике Саха (Якутия) / Г.И. Алексеева, А.Ф. Кравченко // Совершенствование организации противотуберкулезных мероприятий в условиях Крайнего Севера и Дальнего Востока: межрегион. науч. – практ. конф. – Якутск, 2013 г. – С. 106–109.
3. Андреев, Е.Н. История организации борьбы с туберкулезом в Якутии / Е.Н. Андреев, М.Ф. Щепетов, В.А. Радэн // Эпидемиологические, клинические и экспериментальные исследования туберкулеза в Якутской АССР. – Якутск, 1958. – С. 5–12.
4. Основные индикаторы и цели по усилению лабораторных служб в рамках стратегии по ликвидации туберкулеза, 2016 г. Всемирная организация здравоохранения // <http://www.who.int/tb/publications/labindicators/ru/>
5. Совершенствование организации противотуберкулезных мероприятий в условиях Крайнего Севера и Дальнего Востока: материалы межрегион. науч. – практ. конф. сб. тр. Ч. II / МЗ РС (Я), Ассоц. мед. РС (Я) Гос. комитет по инновационной политике и науке, ГБУ РС (Я) НПЦ «Фтизиатрия»; [редкол.: А.Ф. Кравченко (гл.ред) и др.] – Якутск: Типография ЯРО ОООИ ВОС, 2013. – 144 с.
6. Черноградский, И.П. Особенности централизации бактериологических исследований при туберкулезе в условиях Крайнего Севера / И.П. Черноградский //
7. Якутская комплексная экспедиция Академии наук СССР 1925–1930гг//styak.narod.ru/index8-1/htm/

Таблица

Динамика основных эпидемиологических показателей туберкулеза в Республике Саха (Якутия) за 2015–2017 гг., ДФО и РФ за 2016 году

Показатель на 100 тыс. населения	2015	2016	2017	РФ 2016	ДФО 2016
Заболеваемость	60,6	54,8	53,7	43,7	79,5
Распространенность	157,0	145,5	129,4	121,3	250,5
Бациллярность	83,5	75,0	65,3	50,7	-
Смертность	5,0	4,9	5,6	7,8	15,2

Столетие спустя

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ПАЦИЕНТУ В РНИИТО ИМ. Р.Р. ВРЕДЕНА

■ Рябинин Михаил Владимирович

Канд. мед. наук, и. о. заведующего
отделением № 21, РНИИТО
им. Р.Р. Вредена

■ Балабанова Ирина Тарасовна

Старшая медсестра учебно-
методического отдела кафедры
РНИИТО им. Р.Р. Вредена

■ Шин Елена Владимировна

Старшая медсестра эндоскопического
отделения № 21 РНИИТО
им. Р.Р. Вредена



Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена создан по инициативе одного из крупнейших ортопедов своего времени, доктора медицины Карла Христиановича Хорна. В 1906 году первым директором института был назначен профессор Р.Р. Вреден – выпускник Императорской академии, опытный общий хирург, будущий основоположник оперативной ортопедии в России и талантливый педагог.

Ко времени открытия Института его главное здание имело три этажа. На первом этаже размещались приемное отделение, изолятор, протезно-ортопедические мастерские, кухня и общежитие для обслуживающего персонала, на втором – амбулатория, аптека, рентгеновский кабинет, библиотека, квартира директора и 3 комнаты для младших ассистентов, на третьем – стационар из 13 палат, операционный блок, 2 перевязочные и общежитие для сестер милосердия. Между вторым и третьим этажом – церковь с колокольней, использовавшаяся в свободные от службы часы как аудитория. Вокруг здания института был разбит великолепный сад.

Институт был построен по проекту известного архитектора Романа Федоровича Мельцера. Совместными усилиями доктора К.Х. Хорна и архитектора Р.Ф. Мельцера удалось безвозмездно получить участок в Александровском парке на берегу Кронверкского пролива.

Новое здание ФГБУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена» вступило в строй летом 1988 года.

Сегодня это крупнейшее в нашей стране клиническое, научное и учебное учреждение в области травматологии и ортопедии, обладающее 21 специализированным отделением общей емкостью 830 коек, крупнейшим на северо-западе России реабилитационным центром, хорошо оснащенными лечебно-диагностическими подразделениями и лабораториями, современной аппаратурой для научных исследований, библиотекой и специальными учебными классами. Институт располагает квалифицированными кадрами врачей, научных сотрудников и среднего медицинского персонала. В силу специфики развития эндоскопической хирургии в России операционными сестрами становились сестры, занимающиеся непосредственно эндоскопией, что создавало некоторые трудности в освоении операционного дела. Сей-

час возникает необходимость, если не в выделении отдельной специальности – операционная эндоскопическая сестра, то в прохождении специализации по аналогии с обучением врачей в училищах повышения квалификации средних медицинских работников.

Ежегодно в клинике института проходит лечение более 25 000 больных, выполняется свыше 25 000 оперативных вмешательств, в поликлинике проводится более 65 000 консультаций, ведется круглосуточный прием пациентов с заболеваниями и травмами опорно-двигательной системы.

Эндоскопическое отделение № 21 существует с 1988 года и является родоначальником эндоскопической хирургии суставов в Санкт-Петербурге. Специализация травматолого-ортопедического отделения – оперативное и консервативное лечение пациентов с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы, локализующихся в областях коленного, локтевого и плечевого суставов. Среди общего числа пациентов немалую долю составляют профессиональные спортсмены, артисты балета и цирка, так как методики и способы оперативных вмешательств, применяемые в травматолого-ортопедическом отделении, позволяют в кратчай-



шие сроки вернуть их к профессиональной деятельности.

За пять лет, по сравнению с 2013 годом, значительно увеличилось количество проводимых артроскопических операций на плечевом и локтевом суставах, расширился их диапазон, отмечается некоторое увеличение продолжительности койко-дня за счет возрастания сложности оперативных вмешательств. Увеличились занятость и оборот стационарной койки, значительно снизился койко-день после операции.

На отделении имеются информационные стенды для пациентов, папки с документами (выписки из приказов, памятки, учетная документация и должностные обязанности палатной медицинской сестры).

Отделение оснащено современной системой палатной сигнализации со звуковым и световым сигналом, кнопкой вызова у постели каждого пациента, современными функциональными кроватями с гидравлическим управлением, что помогает персоналу осуществлять уход за тяжелыми, лежащими пациентами.

Следует выделить основные задачи, стоящие перед сестринской службой:

- совершенствование организации работы медперсонала;
- повышение профессионального уровня медицинских сестер;

- организация профессионального ухода за больными;
- участие в высокотехнологичных методах диагностики и лечения заболеваний пациентов;
- создание максимально положительного микроклимата в коллективе, осуществление профессиональной деятельности в соответствии с Этическим кодексом медицинской сестры России, привитие персоналу норм этики.

Помимо традиционного повышения квалификации медсестры отделения ежемесячно посещают сестринские конференции. Опытные сестры помогают молодым коллегам в освоении специальности, делятся опытом работы. Отделение является базой Фельдшерского колледжа, где готовится молодая смена. Проводятся тематические и практические занятия со студентами, способствующие освоению ими специальности во время практики.

Особое внимание в отделении уделяется санитарному просвещению. С целью профилактики заболеваний в отделении проводятся беседы с пациентами на следующие темы: «Профилактика гриппа и простуды», «Лечебное питание», «Здоровый образ жизни» (о вреде курения, алкоголя и психологических стрессов), «Профилактика

постинъекционных абсцессов и тромбозов» и др.

Забота о человеке, о продолжении его активной жизни – всегда были в центре внимания нашего здравоохранения.

Общество ставит перед нами задачу – существенно повысить качество медицинского обслуживания, полнее удовлетворять потребности нашего населения во всех видах квалифицированной медицинской помощи. И здесь огромная роль отводится медицинской сестре. Предъявляются высокие требования не только к знаниям и практическим навыкам медицинской сестры, но и к ее моральному облику. Внимательное отношение к пациентам, своевременное, четкое выполнение врачебных назначений, потребность постоянно приносить пользу людям – эти профессиональные, высококвалифицированные и гражданские качества должны быть присущи каждому медицинскому работнику.

Несомненно главную роль в высокой эффективности лечения больных играют доброжелательность, эрудиция и профессиональный опыт сотрудников отделения. На отделении работают опытные высококвалифицированные врачи, дружный коллектив медицинских сестер и младшего медперсонала, что вносит неоценимый вклад в лечение пациентов.





ЭФФЕКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ В ДПО



■ **Крючкова Н.Ю.**
Директор БУ ДПО Омской области
«Центр повышения квалификации
работников здравоохранения»



■ **Ноздрякова Л.С.**
Зав. отделом по научно-методической
работе БУ ДПО Омской области «Центр
повышения квалификации работников
здравоохранения», г. Омск

Начало XXI века ознаменовалось инновационными преобразованиями в системе непрерывного профессионального образования медицинских работников. В современном мире, в эпоху развития высокотехнологичной медицины общество предъявляет высокие требования к качеству оказания медицинских услуг. Ключевой задачей становится создание

организационно-педагогических условий для развития у обучающихся широкого спектра компетенций и прочно сформированных навыков без риска вреда пациенту. Среди широкого перечня инновационных образовательных технологий особое место заняла технология симуляционного обучения, имеющая неоспоримые преимущества и обеспечивающая эффективность в достижении учебных целей. В 2016 году технология еще раз подтвердила свой высокий статус, заняв почетное место среди методик экзаменационной оценки на государственной аккредитации выпускников медицинских вузов.

Применение технологии симуляционного обучения в дополнительном профессиональном образовании характеризуется малой трудоемкостью дополнительных профессиональных программ и имеет особенности, связанные с контингентом обучающихся, которые, как правило, уже имеют практический опыт оказания медицинской помощи самым высокотехнологичным «тренажерам» – реальным пациентам, но не имеют опыта обучения в условиях симуляций. Применение неэффективных методологических приемов и менее реалистичных «пациентов» может негативно сказаться на результатах повышения квалификации специалиста.

Симуляционное обучение – приоритетная образовательная технология в Центре повышения квалификации ра-

ботников здравоохранения Омской области (БУ ДПО ОО ЦПК РЗ). Для реализации технологии в 2011 году в Центре создан симуляционно-тренинговый центр (СТЦ), который аккредитован РОСОМЕД и имеет II аккредитационный уровень. СТЦ занимает площадь 640 кв. м, располагает развитой инфраструктурой, оборудовано 15 тренингалов симуляций для отработки практических навыков по различным направлениям профессиональной деятельности. Центр оснащен широким арсеналом современных фантомов, тренажеров, включая 5-й уровень реалистичности, медицинским оборудованием.

Основные направления деятельности СТЦ:

1. Совершенствование и развитие практических умений и навыков у слушателей, обучающихся в БУ ДПО ОО ЦПК РЗ по дополнительным профессиональным программам.

2. Оценка практических навыков при проведении процедуры аттестации и сертификации специалистов в форме объективного структурированного клинического экзамена.

3. Проведение симуляционных тренингов и мастер-классов для специалистов практического здравоохранения и лиц без медицинского образования.

4. Организация и проведение научно-практических, научно-методиче-

ских конференций, круглых столов, семинаров по актуальным направлениям медицины и образования.

Реализация программ повышения квалификации предусматривает практико-ориентированное обучение. До 75 % учебного аудиторного времени отведено тренинг-технологиям. Основным структурным и содержательным компонентом программ являются различные виды тренингов: от тренингов мануальных и коммуникативных навыков, до высшего уровня симуляций – тренингов с решением клинических сценариев и командообразования.

Тренинги мануальных навыков являются обязательным компонентом профессиональных модулей. Основная цель тренингов – формирование новых профессиональных компетенций с учетом развития отрасли: применение современных эргономических средств при осуществлении ухода за тяжелобольными пациентами, освоение современных технологий инфузионной терапии, выполнение лечебных и диагностических процедур, применение современных средств обеспечения безопасности пациентов и медицинского персонала, работа с современным медицинским оборудованием и пр.

В рамках тренингов особое внимание уделяется корректировке базовых навыков, в том числе редко востребованных в практической деятельности. По данным исследований зарубежных авторов, уровень навыка, не применяемого в профессиональной деятельности, значительно ослабевает через 3–4 месяца. Результаты исследования выживаемости навыка выполнения сердечно-легочной реанимации к концу межтестационного периода, проведенного до симуляционного курса, у 2050 слушателей, обучавшихся в БУ ДПО ОО ЦПК РЗ по различным наименованиям программ повышения квалификации, подтверждают данное положение: в общей сложности 90,2% специалистов, принявших участие в исследовании, допустили отдельные погрешности как в алгоритме выполнения манипуляции, так и в технике выполнения компрессий и вдохов. Оценка навыка проводилась с позиции точности выполнения технических и алгоритмических требований, безопасности, эргономичности,

скорости проведения. В качестве оценочного инструментария использовались чек-листы с наличием критериальных показателей уровня навыка от «высокого» до полного отсутствия и симулятора IV класса реалистичности Симмен. Результаты исследования наглядно продемонстрировали необходимость включения в программы повышения квалификации тренингов базовых навыков, особенно редко востребованных.

Методика тренинга мануальных навыков предусматривает дифференцированный подход в обучении с учетом исходного уровня навыка каждого конкретного обучающегося. Если мануальный навык приобретает впервые или он значительно ослаблен, то программы обучения предусматривают простые (четырёхэтапные) тренинги. Как правило, подобный формат тренингов применяем для формирования

Сценарные тренинги особенно актуальны для отработки тактики оказания экстренной, неотложной медицинской помощи, т.е. при ситуациях, связанных с критическим инцидентом.

новых умений и навыков. Для совершенствования уже имеющихся навыков (процедур сестринского ухода, технологий выполнения медицинских услуг, проведения сердечно-легочной реанимации и пр.) применяем трехэтапный, который предоставляет обучающимся возможность самим выполнить манипуляцию, затем проанализировать качество ее выполнения, выработать необходимые рекомендации и с учетом замечаний вновь повторить манипуляцию.

Опыт применения тренинг-технологий позволил разрабатывать и применять более сложный уровень тренингов – с решением клинических сценариев. Методика бесценна своим образовательным потенциалом и результативностью, безгранична образовательными возможностями. Основной образовательной задачей, которую решают сценарные тренинги, является отработка тактики профессио-

нальных действий согласно действующим стандартам и протоколам. Методика позволяет моделировать различные клинические ситуации и имитировать параметры жизнедеятельности человека в зависимости от тяжести состояния пациента, качества и объема выполненных специалистом медицинских вмешательств. Мотивом для разработки сценариев являются любые проблемные вопросы в практической деятельности, вызывающие затруднения у специалистов, в том числе жалобы и претензии пациентов, неудовлетворительные результаты итоговой аттестации, замечания экспертов и т.д. Применение данной методики особенно актуально для отработки тактики оказания экстренной, неотложной медицинской помощи, т.е. при ситуациях, связанных с критическим инцидентом. Как правило, тактические проблемы инициируются несколькими проблемами, и неправильные действия персонала – это итог ряда взаимовлияющих событий: от нерешенных недостатков на управленческом уровне до отсутствия навыков эффективной коммуникации. Тренинг с решением клинических сценариев и есть «спасательный круг», который выявляет тактические проблемы и помогает выработать требуемые действия.

Сценарные тренинги предусматривают применение высокотехнологичного симуляционного оборудования. Но его отсутствие в учреждении не должно стать поводом для отказа от технологии. В этом случае роль «программного обеспечения» выполняют творческие группы создателей сценария, задача которых разработать кейсы с палитрой лабораторных, инструментальных и других показателей с учетом последствий от возможных вариантов медицинских вмешательств. Структура сценарного тренинга предполагает большую работу авторского коллектива: от определения целей и образовательных задач тренинга, установления нормативно-правовых границ, определения актуальных информационных источников, до разработки сюжетной линии сценария в виде каскада физиологических параметров с учетом ожидаемых действий обучающихся, распределения ролей, подбора соответствующего оснащения



Зал симуляций «Технологии инвазивных вмешательств»



Зал симуляций «Технологии сестринского ухода и паллиативной помощи»

и пр. Библиотека учебных сценариев, созданных в БУ ДПО ОО ЦПК РЗ, постоянно пополняется новыми, с учетом выявленных образовательных потребностей. Так, у специалистов в области оказания скорой медицинской помощи, особенно востребованы тренинги с решением типовых клинических сценариев: «Оказание скорой медицинской помощи при анафилактическом шоке», «Оказание скорой медицинской помощи при сочетанных травмах: переломах и ранах, захватывающих несколько областей тела», «Роды на дому», «Акушерское пособие при дистотии плечиков плода» и др.

Для специалистов сестринского дела: «Оказание неотложной медицинской помощи при острой дыхательной недостаточности», «Оказание неотложной медицинской помощи при анафилактическом шоке после гемотрансфузии», «Оказание неотложной медицинской помощи при ишемическом инсульте», «При травмах» и др. В настоящее время в программы введен комплексный междисциплинарный тренинг «Ликвидация последствий чрезвычайных ситуаций» с формированием навыков медицинской сортировки, оказания первой и неотложной медицинской помощи в условиях большого количества пострадавших.

Проведение сложных медицинских вмешательств в экстренной форме, как правило, требует профессионального взаимопонимания и эффективных навыков коммуникации всех членов бригады, участвующих в оказании медицинской помощи. Превращение бригады в команду особенно актуально при проведении реанимационных мероприятий, в том числе у новорожденных, когда подключаются все специалисты ро-

дильного зала: врачи-акушеры-гинекологи, неонатологи, анестезиологи-реаниматологи, а также акушерки и медицинские сестры. Отсутствие командных качеств в бригаде может значительно повлиять на эффективность реанимационных мероприятий. Традиционные программы обучения не предусматривают формирования у обучающихся навыков командной работы.

В БУ ДПО ОО ЦПК РЗ проводятся тренинги командообразования для специалистов, участвующих в оказании первичной и реанимационной помощи новорожденным в родильном зале. Тренинги проводятся малыми группами по 3–4 специалиста разного профиля и уровня квалификации, как в постоянных бригадах, так и временно созданных на период занятия. Только за 2016 год в Центре обучено 326 специалистов акушерско-педиатрического профиля, в том числе 224 со средним медицинским образованием.

Тренинги командообразования предусматривают этапы проведения: контроль исходного уровня, информационная часть с интерактивным общением, психологический тренинг с изучением закономерностей приобретения командного стиля работы, решение клинических сценариев по темам: «Сердечно-легочная реанимация новорожденному в родильном зале», «Стабилизация ребенка с экстремально низкой массой

тела от рождения до перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных», «Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой массой тела» и др. И если результаты исходного уровня навыков указывают на проблемы в области коммуникации, донесения информации, то итогом тренинга становятся признаки командности: общее понимание клинической ситуации, умение эффективно применять различные каналы донесения информации, синхронизировать и координировать действия всех членов команды и др. Действия реанимационных бригад приобретают необходимые качества: точность, производительность, безопасность, эффективность.

Более 8 лет БУ ДПО ОО ЦПК РЗ активно реализует принципы симуляционного обучения в последипломном образовании специалистов. Сегодня Центр активно работает по развитию системы непрерывного профессионального образования медицинских работников. Медицинский работник обязан учиться всю жизнь, развивать и обновлять профессиональные ком-



Тренинг мануальных навыков «Безопасное перемещение пациента в постели»

петенции. Проект «Дополнительные образовательные мероприятия для непрерывного профессионального развития специалистов» стал своевременным и наиболее востребованным образовательным проектом. Центр проводит дополнительные мероприятия для работающих специалистов, по более чем 120 наименованиям тем. Каждый год перечень таких мероприятий значительно растет и обновляется. Наиболее востребованные направления обучающих семинаров: «Доврачебная медицинская помощь при неотложных состояниях», «Актуальные вопросы сестринского дела», «Искусство коммуникации на производстве и в семье», «Актуальные вопросы педиатрии», «Безопасная больничная среда», «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии», «Основы профилактической работы с населением» и др. Специалисты активно участвуют в тренингах и мастер-классах по темам: «Инновационные технологии в уходе за тяжелобольным пациентом», «Современные технологии инвазивных вмешательств», «Современные технологии ухода за стомированным пациентом», и др. Общая посещаемость дополнительных образовательных мероприятий за 2016/2017 учебный год составила 9944 посещения, из них 2278 с применением симуляционных технологий.

Бесспорно, инновационная образовательная деятельность Центра способствует развитию профессиональной компетентности специалистов, что подтверждают результаты анкетирования руководителей сестринского персонала (фактический показатель удовлетворенности качеством подготовки специалистов составил 92% при установленном критерии 80%) и показатели удовлетворенности качеством обучения самих слушателей. Дальнейшие планы Центра тесно связаны с развитием возможностей применения симуляций для обучения и оценки профессиональных навыков специалистов в рамках процедуры аккредитации специалистов. Центр вошел в состав рабочей группы по формированию унифицированного банка методического обеспечения 2 этапа первичной и первичной специализированной аккредитации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием.

Противопожарная безопасность

СТЕПЕНЬ ГОТОВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Разделяя боль и соболезнуя жертвам Кемеровской трагедии, РАМС провела независимое исследование, посвященное безопасности медицинских сестер и пациентов на рабочем месте. Нам было важно понять, насколько правильно реализованы в клиниках те простые, понятные и обязательные правила, которые прописаны для обеспечения противопожарной безопасности в медицинских организациях; насколько безопасно ощущают себя наши коллеги, заступая на смену; в какой степени обеспечена безопасность пациентов, в первую очередь, пациентов не способных к самоспасению и, в конечном счете, предсказать, что произойдет в случае, если большой пожар произойдет в больнице.

Исследование было проведено в форме общедоступного анкетирования в официальной группе Ассоциации в контакте – мы хотим превратить ее из места публикации новостей в действенный инструмент профессиональной активности сообщества медсестер. Если Вы еще не вступили в группу – присоединяйтесь. Наш голос должен быть услышан.



Общероссийская общественная организация
Ассоциация медицинских сестер России

Результаты независимого исследования Противопожарная безопасность медсестры на рабочем месте

В исследовании приняли участие 542 человека, из 60 регионов России. Из них

Руководитель сестринской службы на уровне клиники (главная сестра, зам глав врача...)	10,8%
Руководитель сестринской службы на уровне отделения (старшая сестра, старший фельдшер)..	28,7%
Практикующий специалист (медсестра, фельдшер, акушерка...)	51%
Студент.....	2,7%
Иное (в том числе врач, преподаватель, администратор...)	6,9%

Проведение инструктажей

Только в 39% случаев соблюдается установленный порядок инструктажа. **Более чем в 40 случаях проводится имитация** – подпись без обучения и тренировки.

Готовность к самостоятельным действиям

Более **40% медсестер не готовы к активным самостоятельным действиям** в случае пожара. Из них 10% - не владеют даже теоретическими знаниями о помощи.

Наличие средств пожаротушения

Только **45% специалистов имеют средства пожаротушения** и умеют ими пользоваться. В остальных случаях – тушение производится не может.

Готовность путей эвакуации

В 54% случаев пути эвакуации готовы к работе. В 46% быстрая эвакуация пациентов невозможна

Спасение маломобильных пациентов

Только **треть пациентов будут спасены**. В 65% шансы сомнительны

Медсестра! Вы ощущаете себя в безопасности (с точки зрения пожарной опасности) на рабочем месте?

Только половина медицинских работников считают, что находятся в безопасности. **А вторая половина?**

**НЕ НАДО ЖДАТЬ ТРАГЕДИИ В БОЛЬНИЦЕ,
ЧТОБЫ ОБЪЯВИТЬ КАМПАНИЮ!
ЗАДУМАЙТЕСЬ СЕЙЧАС!**

Ассоциация медицинских сестер России

<http://www.medsestre.ru/>
<https://vk.com/medsestre>

СЕСТРИНСКИЙ СИМПОЗИУМ В РАМКАХ КОНГРЕССА «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭНДСКОПИИ»

Конгресс «Актуальные вопросы эндоскопии» традиционно вызывает огромный интерес со стороны специалистов сестринского дела. И с каждым годом его аудитория становится все более обширной и внушительной. Как отметила Галина Вячеславовна Белова, член Правления Российского эндоскопического общества, если когда-то на первых симпозиумах собиралось до 50 специалистов сестринского дела, то на этом конгрессе только зарегистрированных участников было более 200!

Тематика симпозиума была исключительно разноплановой. Президент РАМС рассказала об основных задачах Российской ассоциации; Г.В. Белова акцентировала внимание собравшихся на комплексной задаче внедрения системы контроля качества применительно к эндоскопической практике, благодаря которой отдельные ошибки в процессе выполнения манипуляций не повлияют на конечный результат. На предотвращение ошибок нацелены и организаторы здравоохранения, и медицинские компании, которые уже сегодня создают такие системы, которые, например, не допустят применения неподходящих дезинфектантов.

Перед участниками выступила и зарубежная коллега, член Правления Европейского общества ESGENA – Ядранка Брляк, рассказав о том, как меняется практика, расширяются границы полномочий и ответственности медицинских сестер. Максимальное внимание спикеры уделили вопросам практиче-

ской деятельности – обработке эндоскопов, подготовке пациентов.

Гренкова Татьяна Аркадьевна рассказала о самых важных требованиях СП 3.1.3263-15 «Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах»

Специалисты делились опытом и собственным, и зарубежным, приводили данные многочисленных исследований, примеры практики, подчёркивая огромную роль эндоскопической сестры. Так, по данным исследования, проведенного в Нидерландах, 69% пациентов хотели бы перед эндоскопическим вмешательством поговорить не только с медсестрой, но и с врачом, 89% уверены, что медицинская сестра обязательно должна участвовать в процедуре, а врачи в более чем 30% случаях советуются с медицинской сестрой, проводя саму процедуру.

Специалисты говорили об особенностях применения препаратов для подготовки пациентов к колоноскопии, о необходимости тщательного контроля подготовительного периода со стороны медицинской сестры – во избежание неудачных попыток, поломки оборудования и для достижения качественного результата. Пациентам требуется со стороны медсестры и уверенное руководство к действиям – подготовка должна быть проведена с математической точностью, и психологическая поддержка, забота, создание максимально поддерживающей пациента среды.

Работа секции продолжалась с раннего утра и до позднего вечера, а на следующий день специалисты имели возможность принять участие в мастер-классах и отточить навыки работы с ультрасовременным оборудованием.

Для проведения практической части симпозиума были развернуты четыре рабочих места:

- Рабочая станция-тренинг по взаимодействию врача и медицинской сестры (ассистента): ЭРХПГ (на тренажере);
- Рабочая станция-тренинг по взаимодействию врача и медицинской сестры (ассистента): полипэктомия (на органах животных);
- Рабочая станция-тренинг по взаимодействию врача и медицинской сестры (ассистента): клипирование (на органах животных);
- Рабочая станция по дезинфекции эндоскопического оборудования.

Такие тренинги позволяют врачам и медицинским сестрам совершенствовать свои профессиональные навыки, в дружеской и непринужденной атмосфере решать общие проблемы, ставить перед собой новые задачи, что в конечном итоге положительно сказывается на качестве оказания медицинских услуг.

Отметим, что сестринский симпозиум в рамках конгресса «Актуальные вопросы эндоскопии» проводится ежегодно в конце марта. Будем рады встрече на этой площадке в следующем году!



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, 2004 (ПРОДОЛЖЕНИЕ СТАТЬИ, ОПУБЛИКОВАННОЙ В ВЕСТНИКЕ РАМС № 1/2018)

Сохранение идеологического предназначения сестринской профессии

С 1958 по 1960 гг., когда в США стала набирать обороты волна эмансипации и преодоления женщинами барьеров по участию в исконно мужских профессиях, в том числе медицине и стоматологии, в сестринском деле насчитывалось не более 1% мужчин. В отличие от этого, среди врачей женщины составляли 6,5%, а среди стоматологов – 2,8%. И несмотря на активное движение женщин в традиционно мужские профессии, сестринское дело продолжало оставаться профессией женской. Тот факт, что незначительная доля мужчин, которые все-таки работали в сестринской профессии, исторически рассматривались как проявление аномалии и гомосексуализма, свидетельствует, что мужчины не делали вызова установленной идеологии сестринской профессии как женской.

Историческая ассоциация женщины с сестринской профессией отражает и закрепляет убеждение в том, что мужчины не подходят для женской роли заботливой медсестры. Это убеждение отчасти обуславливает имевшие в прошлом место попытки ограничений для реализации мужчинами профессиональной роли в сестринском деле. Так, многие школы сестринского дела не принимали мужчин-студентов, указывая в качестве причин отсутствие мест для проживания и неподходящие душевые комнаты. В Англии и на Уэльсе в 1937 году мужчин принимали на обучение сестринскому делу только в 7 госпиталях. К 1945 году их число выросло до 24, и еще пять школ открыли специальные филиалы для обучения мужчин.

Незначительное число мужчин выпускников школ сестринского дела

в США также является индикатором барьеров на пути их участия в профессии. По данным 1930 года, в стране действовали 1900 школ сестринского дела, выпускниками которых ежегодно становились 25 тысяч человек. Данные не указывают на пол выпускников, однако можно предположить, что отсутствие этих данных говорит о том, что более 99% составляли женщины. В противоположность этому, 173 психиатрические школы ежегодно выпускали порядка 3,5 тысяч медсестер, из которых 12,6% составляли мужчины. Это еще раз подтверждает, что более приемлемой для мужчин считалась традиционная мужская роль, в которой может потребоваться физическая сила.

По данным 1940–1950-х гг. в Канаде только 28 сестринских школ были готовы принимать на обучение мужчин. Двадцать лет спустя, в 1961 году только 25 из 170 сестринских школ принимали мужчин. Прогресс на этом пути был крайне медленным, известно о наличии жалоб, датированных 1975 годом, от мужчин-студентов сестринских школ провинции Альберта, в связи с отказами в предоставлении им жилья на период обучения. Данная ситуация, поскольку она неминуемо налагала дополнительные финансовые затраты на оплату собственного жилья, несомненно являлась барьером для вхождения мужчин в сестринскую профессию. Другая проблема, с которой сталкивались мужчины-студенты и медбратья, заключалась в том, что мужчин не принимали в качестве инструкторов и учителей, потому как «не подобало» мужчинам учить женщин тому, как ухаживать за больными. Иными словами, считалось неприемлемым обучение мужчинами женщин тому, что для них является естественным занятием.

Для тех же мужчин, которым удалось преодолеть преграды, поступить

Обучение мужчинами женщин «естественному женскому занятию», коим считалось сестринское дело, считалось неприемлемым.

в школу и получить образование, борьба на этом не заканчивалась, поскольку больница часто отказывали им в трудоустройстве в пользу менее квалифицированных мужчин-санитаров. Стремление исключить и ограничить роль мужчин в сестринской профессии распространялись и на армию, где до последнего не хотели присваивать им офицерские звания – вплоть до 1955 года в США и до 1967-го в Канаде.

Медбратья и армия

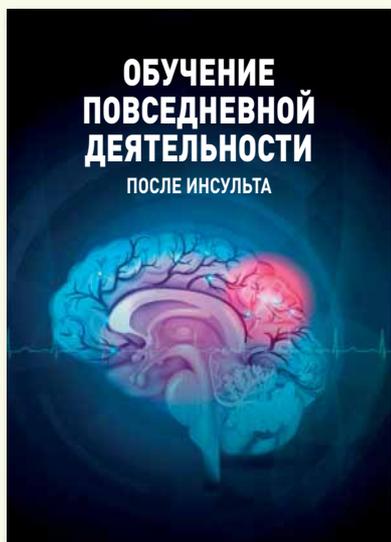
Национальные законы, действовавшие в США с 1901 по 1955 гг., запрещали медбратьям работу в армии и внесли свой вклад в низкую численность мужчин в сестринской профессии в первой половине двадцатого века. По данным 1919 года в США насчитывалось 7% медбратьев от общего числа сестринского персонала, а к 1940 году эта цифра упала до 2% и большинство этих мужчин работали в психиатрии. Несмотря на нехватку медсестер в период Второй мировой войны, сопротивление медбратьям в армии и запрет на офицерские звания для них сохранялся. Эта ситуация отражает силу сохранявшихся представлений о мужественности и их

влиянии на сестринскую профессию. Исследователи отмечают, что острая нехватка медсестер во время Второй мировой войны могла бы быть облегчена, если бы в стране приняли новый Закон о сестринском деле, однако принять его до окончания войны так и не успели. А проект предусматривал, что в особых и экстраординарных условиях, таких как война, вопросы разделения труда между полами могут подлежать переговорам. Косвенным

ОБУЧЕНИЕ ПОВСЕДНЕВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Брошюра, изданная в конце 2017 года, поможет читателям узнать о различных аспектах ухода за пациентом, перенесшим инсульт: питание, перемещение, профилактика пролежней, гигиенические процедуры, специальные упражнения, применение вспомогательных средств. Рассматриваются здесь и более сложные вопросы, связанные с коммуникацией, затрудненным глотанием. Издание будет полезно как родственникам пациентов, так и специалистам, которые регулярно проводят обучение пациентов и членов их семей.

Заказать издание можно, посетив веб-сайт РАМС (раздел – Литература) – www.medsestre.ru



подтверждением такой возможности является история Южной Африки, где мужчины приходили в профессию в периоды войн, а также при создании госпиталей на промышленных предприятиях. Уже в 1960-х, менее чем десятилетие спустя, в Вооруженных силах США были приняты решения о наделении медбратьев офицерским статусом, и их численность в войсках возросла до 30%.

В Канаде в присуждении медбратьям офицерского звания отказывало канадское министерство обороны. Среди причин чиновники указывали на то, что медбратья не вписывались в структуры старшинства; карьерные ограничения могли привести к разочарованию медбратьев, желавших продвигаться по службе и на то, что женатые медбратья не могут быть задействованы в работе с той же гибкостью, что одинокие медицинские сестры. Авторы указывают, что уровень беспокойства о потребностях пациентов в военных госпиталях был минимален, учитывая, что 90% из них составляли мужчины. Сами же медбратья, по всей видимости, были обеспокоены отрицанием их права на офицерское звание.

Эту ситуацию можно охарактеризовать не только как стремление сохранить идеологию сестринского дела как женской профессии, но и как стремление защитить высокий статус и престиж мужских профессий по сравнению с женскими.

Решение о присвоении медбратьям вооруженных сил Канады офицерского звания не привело к стремительному прогрессу в интеграции женских и мужских профессиональных ролей. Так, в 1970 году, спустя три года после того, как первому медбрата после 18 лет службы в рентгенкабинете было присвоено звание лейтенанта, квоты на допуск мужчин в армию в качестве медбратьев остались на прежнем уровне. И это еще раз говорит об устойчивости гендерных стереотипов и убежденности в том, что забота и уход не являются мужским занятием.

Сестринские ассоциации как проводники перемен

Попытки ограничить работу мужчин в сестринской профессии также иллюстрируются практикой профессио-

нальных ассоциаций, ограничивавших правовой статус медбратьев. Как было указано ранее, в Британии медбратья были отнесены к отдельному профессиональному регистру и были исключены из процесса саморегулирования Законом о сестринском деле от 1919 года. Мужской сестринский регистр существовал до 1949 года, когда произошло объединение регистров, и в Британии закончилась эпоха формальной правовой дискриминации медбратьев.

В канадском Квебеке дискриминационное ограничение регистрации медбратьев сохранялось до 1969 года. Еще в 1945 году Ассоциация медсестер провинции Квебек и канадская ассоциация медсестер начали лоббировать вопрос о законодательном закреплении регистрации медбратьев. В поддержку отказа в правовом закреплении регистрации медбратьев приводились доводы о том, что ситуация, при которой мужчина, медбрат работает под руководством женщины «безнравственна». Таким образом, отчасти сдерживающим фактором для мужчин в сестринской профессии за пределами сестринского дела было желание сохранить за мужчиной его статус и привилегии. В декабре 1969 года после 24 лет борьбы медбратьев Квебека совместно с Канадской ассоциацией медсестер, 600 выпускников мужчин получили право на регистрацию в этой провинции.

Привлечение мужчин в сестринскую профессию

Как уже отмечалось ранее, Вторая мировая война отразилась на восприятии мужчин в сестринской профессии. В Британии эти изменения прослеживаются наиболее ярко из-за острой нехватки медицинских сестер, имевшейся в то время на фоне огромного числа безработных из числа бывших военных. Поскольку понятие мужественности претерпело изменения, профессия медсестры активно продвигалась как подходящая и для женщин, и для мужчин. С 1943 по 1949 г. Министерством здравоохранения Британии были организованы краткосрочные курсы для переподготовки бывших военных в медбратьев по специально разработанному учебнику. Результатом этих

мер стали кардинальные изменения и рост числа зарегистрированных медбратьев на 542 % в 1947 году по сравнению с 1939-м.

В США и Канаде послевоенная ситуация не была столь же драматичной, но в публикациях тех лет отмечается нарастающее стремление привлекать мужчин в сестринскую профессию. Так, один из специалистов Канады в 1959 году утверждал, что сестринскому делу необходимо найти стимулы для привлечения в профессию мужчин. В отчете Королевской комиссии по здравоохранению Британии в 1964 году значилось, что ввиду потребностей в мужчинах в здравоохранении необходимо предпринимать больше усилий по их привлечению в сестринское дело. Приводятся и слова Принца Филлипа, отметившего в 1965 году, что «тот, кто обладает хоть малейшими знаниями о медицине, осознает важность и значение работы высокопрофессиональных медбратьев, особенно в специализированных направлениях работы».

Желание привлечь в сестринское дело больше мужчин отмечается в 1967 году и в провинции Онтарио. В рамках рекрутинговой стратегии по привлечению мужчин Ассоциация госпиталей Онтарио разработала буклет под названием «В мире сестринского дела есть место для мужчин». Буклет распространялся среди выпускников школ и рассказывал им о том, что выбор в пользу сестринской профессии является приемлемым для мужчины, показывал вопросы и давал ответы, ассоциирующие профессию с привычными мужскими качествами. В том числе в буклете использовались такие вопросы: «Стремятся ли молодые люди к профессии с возможностью карьерного роста?», «Готовы ли молодые люди брать на себя ответственность?» и «Интересуются ли молодые люди науками?», так и подталкивающие к тому, чтобы ответить «Да». Подчеркнув научную составляющую сестринской профессии, авторы буклета уменьшили такие составляющие образа профессии, как забота и уход. Далее эта стратегия продвигалась утверждениями о том, что «в качестве членов парамедицинской бригады медбрата все в большей степени вовлекаются в применение на-

учных и электронных методов ухода за пациентами».

Рекрутинговые кампании 1980-х гг. в Британии по привлечению мужчин в сестринскую профессию также уменьшали ассоциацию профессии с женственностью, продвигая образы медбратьев-мачо, наделенных техническими способностями. Аналогичные стратегии были использованы в США совсем недавно, в 2002 году. В штате Онтарио был выпущен постер, нацеленный на подростков и мужчин. Постер адресует аудитории вопрос: «В достаточной ли степени вы мужчина, чтобы стать медбратом?». Таким образом, рекрутинговая кампания несет своего рода посыл о том, что сестринская профессия – это профессия для настоящих мужчин.

Карьерные возможности для медбрата

Привлечение в профессию мужчин не могло не иметь последствий. Обратной стороной медали стали опасения женщин по поводу того, что мужчины в одночасье займут руководящие должности. И такие опасения имели под собой определенные основания.

Так, в Британии привлечение в профессию мужчин сопровождалось реструктуризацией национальной системы здравоохранения. Цель состояла во внедрении в систему здравоохранения бизнес-модели управления, что, по оценкам исследователей, содействовало мужчинам, обладавшим администраторскими навыками, успешно занимать руководящие должности, несмотря на недостаточную профессиональную квалификацию. Руководящие должности, для которых характерными требованиями являлись лидерские качества, технические компетенции и безусловная приверженность работе – как нельзя более соответствовали представлениям о мужественности. И это один из примеров того, как принадлежность к определенному полу становится фактором оценки возможностей. Последствия для сестринского дела были значительными. Составляя не более 10% сестринских кадров в 1970 году, мужчины занимали 33% руководящих должностей; с 1969 по 1972 году число мужчин-руководителей увеличилось в 8 раз. Эта тенден-

ЭФФЕКТИВНЫЙ КонтРАКТ

Ассоциация медицинских сестер России представляет вашему вниманию первое издание из серии «Вопросы регулирования сестринской практики», которое посвящено важнейшим принципам разработки и внедрения в практику эффективного контракта.

Новое издание поможет специалистам разобраться во всех тонкостях перехода на эффективный контракт, в вопросах определения критериев качественного труда и оценке трудовых функций.

В руках грамотного управленца эффективный контракт может стать отличным инструментом мотивации персонала и повышения качества помощи, инструментом сохранения кадров и защиты интересов сестринского коллектива. В руках осведомленного практикующего специалиста эффективный контракт – это инструмент для защиты своих прав, построения собственной траектории профессионального развития. Главное – разобраться во всех возможностях этого документа и правильно применить его в своей медицинской организации.

Публикация подготовлена для широкой аудитории специалистов – как руководителей кадровых и сестринских служб, так и практикующих медицинских сестер.

Заказать издание можно, посетив веб-сайт РАМС (раздел – Литература) – www.medsestre.ru



ция, отражающая растущее неравенство в профессии, и далее укреплялась. В 1987 году мужчины занимали 50,3% руководящих постов, в то время как в 1982 году – 43,8%.

В Канаде диспропорция мужчин-руководителей в сестринской профессии не была такой значительной, но тем не менее существовала. В 1973 году медбратья составляли 2% сестринского сообщества; при этом 5% медбратьев занимали руководящие посты, в то время как из числа медсестер на руководящих должностях работали только 3%. Кроме того, 12% мужчин были старшими медбратьями или их помощниками, и только 6% медсестер занимали такие должности. В публикациях тех лет прослеживаются высказывания о том, что мужчины привносят в сестринскую профессию стабильность, которой ранее не было ввиду того, что для женщин работа может отойти на второй план после замужества и материнства.

Несмотря на карьерные преимущества для мужчин в управлении сестринским делом, во многих других профессиональных сферах их участие было ограниченным. Чаще всего образовательные программы для медбратьев исключали курсы по акушерству или, в лучшем случае, предполагали только теорию без практической работы с пациентами, что отчасти было связано с соответствующим негативным отношением преподавателей и дискомфортом пациенток. Ограничения касались не только сферы образования. В 1981 году суд в США признал законным запрет на то, чтобы медбратья принимали роды в Баптистском медицинском центре. Суд ссылаясь на возможные протесты со стороны женщин на интимные прикосновения медбратьев, что потребовало бы присутствия во время родов медсестер, дабы клиника не понесла расходов из-за исков женщин и обвинений медбратьев в домогательствах.

Дальнейшая практика разделения труда свидетельствует о том, что мужчины чаще шли в те сферы работы в сестринской профессии, которые в большей степени ассо-

цировались с мужественностью, и, как правило, в таких сферах оплата труда становилась все более высокой. Так, в Канаде в 1989 году больше мужчин работало в психиатрии, скорой помощи, интенсивной терапии и администрации и сравнительно мало в педиатрии и неонатологии. В США по данным 1995 года большинство медбратьев работали в отделениях интенсивной терапии, скорой помощи, операционных и не работали в отделениях акушерства и гинекологии.

Мужчины чаще шли в те сферы работы в сестринской профессии, которые в большей степени ассоциировались с мужественностью, и, как правило, в таких сферах оплата труда становилась все более высокой.

Заключение

Участие мужчин в сестринской профессии формировалось под влиянием социальных и политических факторов, а также преобладающих взглядов на женственность и мужественность. История говорит о том, что веками мужчины играли в сестринской профессии важную, хотя и незаметную роль. Незаметность мужчин как медбратьев наложила на профессию атрибут исконно женской, привела к исключению мужчин и ограничению их полноценного участия в оказании сестринского ухода. В дальнейшем более высокий социальный статус мужчин по сравнению с женщинами ограничивал мужчин от работы в качестве медбратьев. Это имело свои последствия и для современной ситуации, когда гендерные факторы сыграли роль в распределении ролей внутри профессии и специализации медбратьев в тех областях, которые больше других ассоциируются с мужественностью.



17 мая 2018 года Высшая медицинская школа совместно с Ассоциацией медицинских сестер России проведут **IV Международный саммит медицинских сестёр «Профессионализм и этика как слагаемые качества сестринской помощи».**

Саммит медицинских сестер – одно из крупнейших в России отраслевых мероприятий для среднего медицинского персонала. Мероприятие стало ежегодной традицией к Дню медицинской сестры. В 2018 году организаторы решили расширить географию проведения саммита, медицинское мероприятие одновременно пройдет в трех странах и девяти городах: Москва, Санкт-Петербург, Казань, Пермь, Ростов-на-Дону, Челябинск, Нижневартовск, Новосибирск, Минск и Алматы, а общее количество участников составит более 3500 медицинских работников среднего звена. В работе саммита примут участие ведущие специалисты сестринского дела из России, Испании, Голландии, Германии и Израиля.

Широкий отклик о саммите организаторы получили от профессиональных сообществ – в этом году Ассоциация медицинских сестер России поддержит организацию мероприятия и примет участие в Москве и Санкт-Петербурге. В Минске саммит пройдет при поддержке Минздрава республики Беларусь.

17 мая на саммите поговорим о медицинской этике, обсудим факторы, влияющие на качество сестринской помощи и развитие профессиональных навыков среднего медицинского персонала, наметим возможные пути расширения границ самостоятельной деятельности медицинских сестер.

Регистрация до 15 мая 2018 года на сайте <http://www.vmsm-summit.com/>

ВАЖНО: Стать участником саммита может каждая медицинская сестра независимо от региона проживания. Мероприятие будет транслироваться в прямом эфире. Ссылка на трансляцию будет размещена на веб-сайте мероприятия и на веб-сайте Ассоциации медицинских сестер России.



Дезактив-Универсал



СОСТАВ

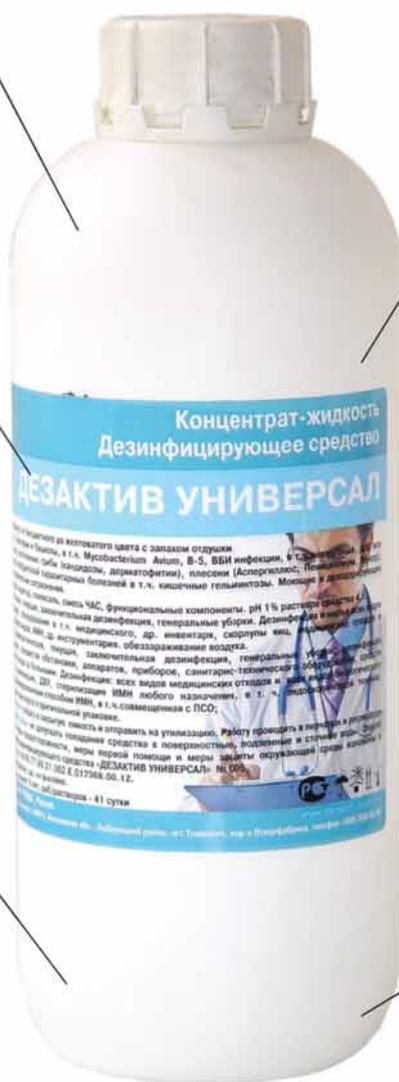
глутаровый альдегид – 1,0%,
глиоксаль – 7,0%, смесь ЧАСов
суммарно – 25,5%, вспомогательные
компоненты, pH 1% раствора – 4,5.

НАЗНАЧЕНИЕ

Дезинфекция поверхностей в
помещениях, предметов ухода за
больными, уборочного инвентаря,
дезинфекция медицинских отходов
(класса А,Б,В); всех видов
биологического материала.
Дезинфекция совмещенная с ПСО
ИМН в т.ч. эндоскопического
оборудования ручным и
механизированным способами, ДВУ
и стерилизация.

ПАКЕТОВАНИЕ

флаконы по 1 л.,
канистры по 5 л.



ОПИСАНИЕ

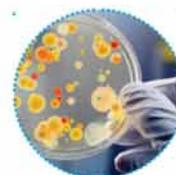
Прозрачная жидкость от бесцветной до
желтоватого цвета с запахом отдушки.
Дезактив-Универсал отличается высо-
кой антимикробной активностью в
отношении грамположительных и
грамотрицательных микроорганизмов,
в т.ч. *Mycobacterium terrae*,
Mycobacterium Avium, B5, возбудителей
ВБИ и аэробных инфекций, ООИ, в т.ч.
сибирская язва; всех известных патоген-
ных вирусов (ВИЧ-инфекция, гепатиты, в
т.ч. гепатит В, «птичий грипп H5N1, H5N2,
H7N3, H9N2», «атипичная пневмония» (5
AB5), др. вирусы; грибов рода Кандида и
Трихофитон, плесневых грибов. Облада-
ет овоцидными свойствами в отноше-
нии возбудителей паразитарных
болезней (цист и ооцист простейших,
яиц и личинок гельминтов остриц),
моющим и дезодорирующим эффектом.

ПРОИЗВОДИТЕЛЬ

ООО «Дезснаб-Трейд», Россия.

Дезактив-Универсал

- Режимы дезинфекции при инфекциях:
вирусной – 0,1-0,8%, туберкулезной – 0,15-0,85%.
- Дезинфекция Высокого Уровня – 3% - 5мин., стерилизация – 5% - 15мин.
- Срок годности рабочих растворов 41 сутки.



ПЕДИКУЛИЦИДНЫЕ средства серии «МЕДИЛИС»®

Педикулицидное средство «Медилис-СУПЕР» (водный концентрат эмульсии) предназначено: для лечения головного, лобкового и платяного педикулеза у взрослого населения, а также для дезинсекции помещений от вшей и чесоточных клещей. **Срок годности средства** - 5 лет.

Педикулицидное средство «Медилис-ПЕРМИФЕН» (концентрат эмульсии) предназначено: для уничтожения головных и лобковых вшей у взрослых людей, детей с 16 лет, а также платяных вшей, импрегнация тканей (в т.ч. нательного и постельного белья, обмундирования) с целью предупреждения платяного педикулеза, дезинсекция помещений, обработки пациентов в ЛПУ и очагов педикулеза и чесотки против вшей и чесоточных клещей. **Срок годности средства** - 5 лет.

Педикулицидное средство «Медилис-МАЛАТИОН» (водный концентрат эмульсии) предназначено: для уничтожения головных и лобковых вшей у взрослых людей, детей с 16 лет, а также платяных вшей, импрегнация тканей (в т.ч. нательного и постельного белья, обмундирования) с целью предупреждения платяного педикулеза, дезинсекция помещений, обработки пациентов в ЛПУ и очагов педикулеза и чесотки против вшей и чесоточных клещей. **Срок годности средства** - 5 лет.

Педикулицидное средство «Медилис-И» (концентрат эмульсии) предназначено: для уничтожения головных и лобковых вшей у взрослых людей, детей с 14 лет, а также платяных вшей, дезинсекция помещений, обработки пациентов в ЛПУ и очагов педикулеза и чесотки против вшей и чесоточных клещей, дезинсекция в эпидемических очагах с целью контроля численности переносчиков инфекций. **Срок годности средства** - 5 лет.

Педикулицидное средство «Медилис-БИО» (готовый лосьон) предназначено: для уничтожения головных и лобковых вшей у детей с 5 лет и у взрослых. **Срок годности средства** - 4 года.

ПРОДУКЦИЯ*	СОСТАВ	ТИП ПЕДИКУЛЕЗА			ВОЗРАСТ
		ГОЛОВНОЙ	ПЛАТЯНОЙ	ЛОБКОВЫЙ	
Медилис-СУПЕР	24% фентион	+	+	+	с 16 лет
Медилис-ПЕРМИФЕН	4% перметрин+16% фентион	+	+	+	с 16 лет
Медилис-МАЛАТИОН	40% малатион	+	+	+	с 16 лет
Медилис-И	5% перметрин	+	+	+	с 14 лет
Медилис-БИО	эвгенол	+	-	+	с 5 лет

ООО «Лаборатория МедиЛИС» г. Москва. +7(499) 678-03-66 (многоканальный) +7(495) 315-16-65 +7(495) 315-17-10

