

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 3/37 2018



Молодым – везде у нас дорога:
В Республике Саха (Якутия) прошел
региональный этап конкурса среди
молодых специалистов



стр. 4

Прививки – это важно!
Медицинские сестры
добиваются успехов
в иммунизации



стр. 29

**Новые профессиональные
полномочия: сестринский
патронаж пациентов
с травмой**



стр. 24

**Качественное проведение
колоноскопии:
роль медицинской сестры**



ЛИЗОФОРМ

С 1900 года на мировом рынке
дезинфекции и гигиены

Лизоформ - один из крупнейших в России поставщиков и производителей полного комплекса средств и оборудования по дезинфекции и гигиене для медицинских учреждений любого профиля.

www.lysoform.ru

» ДЕЗИНФЕКЦИЯ



ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ И
АНТИСЕПТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА



СТЕРИЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ
ГИГИЕНЫ РУК



СОВРЕМЕННЫЕ УПАКОВОЧНЫЕ
МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЦСО

» ОБОРУДОВАНИЕ



ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ГИГИЕНЫ
РУК В ЛПО



ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
УБОРОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ



УТИЛИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ
ОТХОДОВ

» ЭНДСКОПИЯ



ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА
для ПСО и ДВУ



ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ПОЛНОГО
ЦИКЛА ОБРАБОТКИ ГИБКИХ
ЭНДСКОПОВ



АСЕПТИЧЕСКОЕ ХРАНЕНИЕ

Группа компаний
Лизоформ

www.lysoform.ru

Санкт-Петербург:
ООО "Лизоформ-СПб"
тел.(812) 347-71-15
e-mail: sales@lysoform.ru

Филиал в Москве:
ООО «КлинДез»
тел. +7 (495) 741-54-42
e-mail: klindez@yandex.ru



■ Призываю всех специалистов внести вклад в кампанию по сбору одного миллиона подписей в поддержку выдвижения медицинских сестер на Нобелевскую премию мира!

Дорогие коллеги и читатели «Вестника»!

Накануне наступления летних отпусков спешим поделиться с вами самыми свежими новостями, рассказать о многочисленных событиях, организатором и участником которых стала Ассоциация медицинских сестер России и ее многочисленные региональные отделения.

Конечно же, большая работа прошедших месяцев была связана с организацией торжественных мероприятий по случаю Международного дня медицинской сестры, Международного дня акушерки. Мы приложили все усилия для того, чтобы осветить работу российских специалистов во благо пациентов, продемонстрировать, как медицинская сестра, фельдшер, акушерка, работая в самых разных организациях, день за днем спасают, поддерживают, меняют жизнь людей к лучшему, вносят бесценный вклад в реализацию права человека на здоровье.

Проведенная РАМС кампания, а начало ей было положено профессионально-творческим конкурсом «Лидерство», стала значимой не только для России, но и для всего Европейского региона ВОЗ. В дни профессиональных праздников истории наших российских специалистов размещались на официальных интернет-ресурсах Всемирной организации здравоохранения.

Помимо многочисленных торжественных мероприятиях в регионах России в майские дни состоялись и научно-практические конференции. Более 11 тысяч медицинских сестер стали очными и заочными участниками Международного саммита. РАМС подключилась к его организации в Санкт-Петербурге и Москве, с тем чтобы программа мероприятия отвечала наиболее актуальным запросам специалистов. Множество положительных отзывов убедили нас в том, что опыт проведения таких мероприятий стоит распространить на многие российские территории (в этом году саммит прошел в 8 городах

РФ, а также в Республике Беларусь и в Казахстане).

Порядка 200 специалистов из 28 региональных сестринских ассоциаций приняли участие в конференции, посвященной вопросам первичного здравоохранения, роли медицинской сестры общей практики, фельдшера, акушерки в сохранении и поддержке здоровья, организованной в Кирове. Первичный сектор – это одновременно и приоритет для всех систем здравоохранения, и серьезная болевая точка. Ведь именно от работы на этом, самом обширном медицинском фронте в максимальной степени зависят показатели контроля хронических заболеваний – их профилактики и эффективного управления. Специалисты активно делились опытом работы, опытом реализации мер в поддержку доступности такой помощи населению – с помощью организации мобильных бригад, за счет выделения групп специалистов по работе с пациентами, имеющими несколько хронических заболеваний, по совершенствованию работы школ пациентов... и, главным образом, по расширению функций сестринского персонала в первичном звене.

Через считанные дни уже и в Санкт-Петербурге прошла наша встреча с фельдшерами скорой медицинской помощи. Это важнейшее направление помощи, где сегодня также исключительно высока роль фельдшера – ведь доля сугубо фельдшерских бригад постоянно увеличивается, а значит необходимы знания, постоянное самосовершенствование, чтобы чувствовать себя уверенно в любой критической ситуации. В течение целого дня работы специалисты успели рассмотреть сложные случаи догоспитальной диагностики инфекционных заболеваний у детей, алгоритмы борьбы с терминальной асфиксией, особенности работы в отдаленных районах, применение новых средств для эффективного оказания помощи и спасения пациентов, в том числе при чрезвычайных ситуациях. Участники конференции стали не просто слушате-

лями – в рамках круглого стола им предстояло обсудить основные разделы профессионального стандарта по специальности «Лечебное дело», выразить свое мнение по вопросам подготовки фельдшеров, по вопросам дальнейшего развития практики, чтобы действия РАМС в полной мере отвечали видению профессионалов.

Значимыми переменами ознаменовались весенние месяцы и для глобального сообщества профессионалов. Так, президент Международного совета медсестер Аннет Кеннеди вошла в состав Комиссии ВОЗ высокого уровня по борьбе с неинфекционными заболеваниями; стартовавшая в начале февраля глобальная кампания в поддержку имиджа и статуса профессии «Сестринское дело сейчас» получила свое продолжение и развитие, а все национальные ассоциации, входящие в состав МСМ, были приглашены к участию в ней. Медицинские сестры и акушерки приняли участие в ряде заседаний Европейского регионального бюро ВОЗ, представили позицию сообщества о роли специалистов и необходимости ресурсной поддержки ее развития.

А еще в эти весенние месяцы у нас появился уникальный шанс, которым мы с вами просто обязаны воспользоваться! Наши коллеги из Ассоциации медицинских сестер Кореи учредили кампанию по сбору одного миллиона подписей для выдвижения двух медицинских сестер – Марианны и Маргариты – на Нобелевскую премию мира. Эти две замечательные женщины посвятили всю свою жизнь служению больным лепрой, изгнанным на корейский остров Сирокдо. Я уверена, что в наших силах оказать этой кампании весомую поддержку, и призываю Вас обязательно это сделать! Так мы покажем всему миру великий вклад профессии в мир, благополучие, охрану здоровья людей, поддержим осознание огромной миссии, которую представители нашей профессии с честью несут по всему миру!



На обложке: Призеры конкурса молодых специалистов, «Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины», Республика Саха (Якутия)

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ	
Европейская неделя иммунизации	стр. 3
Покончим с туберкулезом вместе!	стр. 5
Что такое детство?	стр. 10
Молодым – везде у нас дорога.	
Итоги регионального этапа конкурса среди молодых специалистов, состоявшегося в Республике Саха (Якутия)	стр. 11
ГЕРОИ ПРОФЕССИИ	
Медицинская сестра – парламентарий!	стр. 12
Жизнь, как песня	стр. 13
Призвание длиною в жизнь	стр. 22
К новым свершениям и только вперед!	стр. 32
МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО	
Сестринское дело – сейчас!	стр. 20
ИННОВАЦИОННАЯ ПРАКТИКА	
Формирование ЗОЖ у пациентов: опыт совершенствования профилактической работы	стр. 7
Школа поощрения грудного вскармливания.	стр. 15
Опыт перинатального центра г. Омска	
Реабилитация после мастэктомии: роль медицинской сестры	стр. 17
Роль медицинской сестры в обеспечении качественной подготовки к колоноскопии	стр. 24
Сестринский патронаж пациента с травмой. Опыт расширения роли сестринского персонала в Республике Карелия	стр. 29
КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Технологии периоперационного обезболивания у пациентов пожилого и старческого возраста	стр. 33
Особенности ведения пациентов с огнестрельными ранениями челюстно-лицевой области	стр. 37
ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Особенности внедрения и функционирования КМИС: Опыт ГБУЗ ЛО «Лодейнополюская МБ»	стр. 26

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 21.06.2018. Типографии «АКЦЕНТ». Санкт-Петербург, Б. Сампсониевский пр., д. 60, лит. И. Заказ № 0831-18. 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»

Европейская неделя иммунизации в Вологодской области



По инициативе Всемирной организации здравоохранения, начиная с 2005 года проходит ежегодная Европейская неделя иммунизации – кампания, направленная на повышение осведомленности специалистов и населения о важности иммунизации для здоровья и благополучия людей. В 2018 году она прошла с 23 по 29 апреля под лозунгом: «Вакцины работают» и «Вакцинация – это не только право, но и коллективная ответственность!».

В рамках Европейской недели иммунизации 23 апреля 2018 года в городе Вологде состоялся областной обучающий семинар на тему «Новые возможности в сфере иммунопрофилактики», организованный Вологодской региональной общественной организацией «Ассоциация специалистов сестринского дела» совместно с департаментом здравоохранения Вологодской области. В семинаре приняли участие фельдшер, медицинские сестры врача общей практики, медицинские сестры участковые, медицинские сестры прививочных кабинетов,

помощники врача эпидемиолога – всего около 100 специалистов.

В ходе семинара рассмотрены вопросы реализации Национального календаря прививок и обеспечения порядка хранения иммунобиологических лекарственных средств, установленного санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.3.2.3332-16 «Условия транспортирования и хранения иммунобиологических лекарственных препаратов».

Напомним, Национальный календарь профилактических прививок Российской Федерации предусматривает иммунизацию населения от 12 инфекционных болезней, приводящих к стойким, длительным нарушениям здоровья или даже к смертельному исходу. Это вирусный гепатит В, дифтерия, коклюш, корь, краснуха, полиомиелит, столбняк, туберкулез, эпидемический паротит, грипп, гемофильная и пневмококковая инфекции. Вакцинация в рамках Национального календаря в Вологодской области осуществляется бесплатно в государственных учреждениях здравоохранения. Ежегодно ме-

дицинские работники выполняют более миллиона профилактических прививок. Однако проблема состоит в том, что в настоящее время многие молодые люди отказываются от проведения прививок, в том числе в отношении детей. Перед медицинскими работниками стоит задача не только провести иммунизацию населения, но и формировать положительное отношение к вакцинации как одной из основных мер профилактики социально опасных инфекционных заболеваний.

В соответствии с программой семинара с докладом на тему «Реализация Национального календаря профилактических прививок и календаря прививок по эпидемическим показаниям» выступила Т.Ю. Курганова, заместитель главного врача по противоэпидемиологическим вопросам БУЗ ВО «Центр по профилактике инфекционных заболеваний», доклад на тему «Современные требования к соблюдению “холодовой цепи” на всех этапах хранения и транспортирования ИЛП» представил О.Н. Антипов, главный инженер научно-производственного предприятия



«Чистый инструмент». Также для участников семинара выступили Е.В. Адрианова, старшая медицинская сестра поликлиники № 1 БУЗ ВО «Медсанчасть «Северсталь» с докладом на тему «Основные подходы к безопасной иммунизации» и Т.В. Зайкова, заместитель главного врача по организационно-методической работе БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника № 1» с докладом на тему «Формирование доброжелательного отношения у населения к иммунизации».

В рамках практической части семинара организована работа малыми группами. Состоялись два мастер-класса: под руководством Л.А. Зажигой, старшей медицинской сестры БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 1» и С.Ф. Нерсисян, руководителя проекта по «холодовой цепи» ООО НПП «Чистый инструмент» на тему «Правильное хранение и транспортирование ИЛП» и под руководством И.Н. Бурьяновой, помощника врача-эпидемиолога БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 1» и Л.А. Бабушкиной, помощника врача-эпидемиолога БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 1» на тему «Учетно-отчетная документация на 4 уровне «холодовой цепи» как этап обеспечения безопасности иммунизации». Практическое занятие по решению ситуационных задач провела Н.А. Корепина, главная медицинская сестра БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 1». В целях проверки и закрепления полученных знаний организован блиц-опрос.

По окончании мероприятия все участники получили именной сертификат, подтверждающий участие в семинаре «Холодовая цепь как неотъемлемая часть безопасности иммунизации».

По сложившейся традиции все участники семинара заполнили анкеты, в которых выразили свое мнение относительно организации семинара и деятельности региональной общественной организацией «Ассоциация специалистов сестринского дела». Все респонденты отметили хорошую организацию мероприятия, высокую практическую ценность полученных знаний. Приятно отметить, что все респонденты поставили хорошую оценку деятельности профессиональной ассоциации. Очень часто звучали пожелания проводить такие мероприятия как можно чаще.

Прививки — это важно!!!

■ **Саульская Н.А.**

Старшая медицинская сестра отделения новорожденных ОГАУЗ «Областной перинатальный центр», г. Томск

Областной перинатальный центр — это специализированное медицинское учреждение, где родо-разрешают пациенток высокой степени риска. Новорожденным проводится вакцинация против туберкулеза и, ввиду специфики учреждения, достаточно много медицинских отводов от прививок, но есть и отказы.

Прививки вызывают огромный общественный интерес. Любая мать хочет, чтобы ее ребенок был здоровым, и готова пойти на все ради этого. Одни яростно нападают на вакцинацию, говоря, что вред от прививок может быть непоправим для ребенка. Другие защищают прививки, ратуя за принудительную вакцинацию, потому что даже 5% отказов достаточно, чтобы повысить риск эпидемий, о которых давно забыли. И меня, как человека неравнодушного к этому вопросу, волнует каждый отказ от вакцинации.

Поэтому я решила провести исследование и выяснить уровень информированности пациенток ОГАУЗ «Областного перинатального центра» о преимуществах вакцинации. В анкетировании, организованном в первом полугодии 2017 года, приняли участие 40 пациенток. Выяснилось, что все пациентки осведомлены о прививках, знают, почему их нужно делать, но 10 из них (а это четверть респондентов!) не осознают всю серьезность и ответственность за отказы от вакцинации. Родители не понимают, насколько своим решением об отказе от прививок они подвергают риску своего ребенка и других детей, с которыми он будет контактировать.

Эти данные заставили меня задуматься над серьезностью ситуации и необходимостью разработки мер профилактики отказа от прививок. Я решила усилить пропаганду вакцинации и предложила внедрить следующие этапы убеждения:



— медицинская сестра беседует с мамой до рождения малыша и рассказывает о пользе прививок;

— в случае если женщина настроена на отказ от прививки, медсестра представляет вниманию женщины более развернутую информацию — рассказывает о революционных результатах вакцинации, благодаря которой удалось победить инфекции, ранее вызывавшие высокую смертность населения;

— далее медицинская сестра дает будущей маме время на размышление и после счастливого момента появления малыша просит озвучить свое решение.

Поработав таким образом над уровнем информированности родителей о преимуществе вакцинации, в феврале 2018 года мы провели повторное анкетирование пациенток,

получив следующие показатели: уровень информирования женщин вырос, изменилось и отношение к вакцинации — из 40 опрошенных только две остались при своем мнении. Это значит, что наша работа актуальна и несет пользу обществу.

Далее мы сравнили показатели привитости и отказов от вакцинации за 2016 и 2017 года, результаты нас порадовали! Показатель привитости вырос, а показатель отказов снизился, следовательно, медицинская сестра может успешно справиться с информированием женщины о значимости вакцинопрофилактики и помочь снижению отказов от прививок!

Работа, которой я занималась, показалась мне очень интересной. А самое главное, благодаря проведенному исследованию ни одна мама, убежденная в негативном влиянии вакцинации на здоровье ее ребенка, не осталась без нашего внимания!

Медицинская сестра может успешно справиться с информированием женщины о значимости вакцинопрофилактики и помочь снижению отказов от прививок!

ПОКОНЧИМ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ВМЕСТЕ!



Татьяна Юрьевна Федоткина

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



Покончим с туберкулезом вместе – так можно охарактеризовать совместные действия специалистов сестринского дела, многочисленные акции, которые в этом году были организованы по всей стране в канун всемирного дня борьбы с этим страшным заболеванием.

ТБ остается ведущим в мире инфекционным убийцей, который ежегодно несет ответственность за гибель почти 1,7 миллиона человек и представляет собой девятую по значимости причину смерти во всем мире. Ежегодно День борьбы с ТБ становится поводом для мобилизации политической и социальной приверженности дальнейшему прогрессу в деле ликвидации ТБ.

Медицинская сестра, бесспорно, является одной из ключевых фигур на всех этапах реализации программ борьбы с туберкулезом, будь то в решении различных медицинских задач или социальных аспектов профилактики, лечения, ухода и поддержки пациентов. Медицинская сестра любого медицинского учреждения должна быть отлично осведомлена в области эпидемиологии и профилактики, клиники и лечения туберкулеза, организации своевременного выявления, вакцинации и амбулаторной химиотерапии.

Чтобы достичь своей цели и провести акции результативно, специалисты подошли к их организации творчески. Так, кроме приглашений на обследование, конкурсов плакатов и раздачи

брошюр по данной тематике, проводились лекции для школьников и студентов, конференции для медицинских работников, флешмобы, конкурсы, викторины, сказки, теле- и видеоматериалы были размещены в СМИ, подарки для детей, больных туберкулезом, совместные мероприятия с социальными и другими организациями.

Например, в Томске проводилась работа с группами риска по туберкулезу – пациентами психиатрических стационаров: просмотр видеороликов о туберкулезе, выпуск санитарных бюллетней с участием пациентов. Мероприятия проводились и со студентами медицинского колледжа: работала инфопалатка: «Стоп туберкулез», прошла спортивная акция (прыжки на скакалке).

В Республике Калмыкия обратили внимание на молодежную аудиторию – видеофильмы о туберкулезе показали студентам в общежитиях, о заболевании также рассказали пациентам наркологического диспансера, являющимся также группой повышенного риска заболевания туберкулезом.

В Астрахани было проведено анкетирование населения и пациентов по основным вопросам о туберкулезе, а также конкурс детских рисунков с раздачей интересных призов – белых ромашек.

В Архангельской области (г. Вельск) акция проводилась с участием активных волонтеров, которые предвари-

тельно были обучены на семинаре по профилактике туберкулеза. В детских учреждениях дополнительного образования детям выдавались листовки с приглашением на ФОГ, информацией о профилактике туберкулеза, о значении диаскинтеста и реакции Манту для передачи родителям, бабушкам и дедушкам. Тем самым медицинские специалисты через детей обратили внимание взрослых на проблему.

Для детей, которые получают химиопрофилактическое лечение в противотуберкулезном кабинете, состоялась благотворительная акция «Защитим детей от туберкулеза» – семьи получили продуктовые наборы, приобретенные на средства спонсоров. Медики совместно с сотрудниками ГИБДД и волонтерами провели акцию «Мы за здоровое дыхание!»: выдавали памятки о профилактике туберкулеза и приглашения на ФОГ-обследование водителям автомобильного транспорта. В результате акции более 70 водителей и пассажиры автотранспорта были приглашены на ФОГ-обследование, а также узнали о профилактике туберкулеза.

Еще одним интересным мероприятием стал флешмоб «Остановим туберкулез в нашем районе»: на многолюдной площадке в центре города около торгового центра «ЦУМ» можно было заметить молодых людей в футболках с надписью «Мы за здоровые лёгкие».



В ходе флешмоба был организован конкурс селфи, – каждый желающий, подтверждая своё участие в акции, мог сфотографироваться на фоне белых ромашек, которые избраны символом борьбы с туберкулёзом. Эти же ромашки взмыли вверх, в весеннее небо, вместе с воздушными шарами такого же белого цвета: этим волонтеры выразили свою поддержку больным туберкулёзом детям. Партнерами акций выступали Совет молодежи, Красный Крест, благотворительный фонд «Легкое дыхание» (г. Архангельск) и просто неравнодушные граждане.

Во Владимире обратили внимание на малоимущих больных туберкулезом, которым была оказана социальная поддержка в виде продуктовых наборов.

В Вологде к акции подключились многочисленные медицинские организации – провели вебинар для учителей и воспитателей д/с на тему «Профилактика туберкулеза у детей и подростков», организовали просмотры видео-роликов о ТБ в больницах, привлекали население к осмотрам листовками и плакатами и параллельно опрашивали население, выясняя уровень информированности о ТБ. Многие прохожие искренне удивлялись и благодарили, получая из рук специалистов информацию и символ дня – белую ромашку.

В Ижевске было выдано более 500 приглашений на бесплатное флюорографическое обследование, специалисты акцентировали внимание на внелегочных формах туберкулеза – показывали видеоролики на эту тему.

В Петрозаводске студенты медицинского колледжа соревновались на конкурсе буклетов о профилактике ТБ, прошли занятия Школы дыхательной гимнастики для пациентов терапевтического профиля.

В Кемерово в ходе акции было оформлено 126 уголков здоровья по противотуберкулезной тематике.

В Кировской области был проведен региональный конкурс рисунков и поделок, в котором приняли участие 111 работ!



В Ленинградской области региональное телевидение показало репортаж с конференции «Роль среднего медицинского персонала во фтизиатрии», интервью главного фтизиатра КЗ ЛО и президента РООЛО «ПАССД» Татьяны Глазковой. Кроме того, наши творчески мыслящие коллеги провели розыгрыш билетов в кино среди людей, прошедших в дни акции ФЛГ-обследование, – победители были объявлены в прямом эфире «Русского радио».

В Омске на центральной площади около музыкального театра был проведен красочный флешмоб.

В Смоленске были задействованы социальные сети – создан фильм «Профилактика туберкулеза», – сегодня он доступен для скачивания на страничке «ВКонтакте».



В Тамбове прошел брифинг по туберкулезу совместно с Роспотребнадзором, специалисты обсудили эпидемиологическую ситуацию с туберкулезом в области.

В Тюмени среди медицинских организаций состоялся конкурс на лучший видеоролик по профилактике и раннему выявлению туберкулеза «Вместе победим туберкулез!». В конкурсе приняли участие 10 медицинских организаций и 10 работ.

Тематические телевизионные передачи прошли в Иваново: репортаж «Дышать полной грудью», «Пойти на рынок и сделать ФГ» – программа «Губерния», репортаж «Флюорограф на колесах», «Туберкулез. Для кого опасен?», «Что надо знать о туберкулезе» для населения области.

Благотворительная акция для детей-сирот, больных туберкулезом, прошла в Якутии – дети получили подарочные наборы: одежду, обувь, средства гигиены. А для выездов из санатория два детских автобуса были оснащены бактерицидными облучателями-рециркуляторами.

Никто не остался равнодушным в эти дни к проблемам!

Более тысячи медицинских работников участвовали в акции, было охвачено более 10 000 человек, проанкетировано не менее 2000, роздано более 5000 листовок и памяток, продемонстрировано более 100 видеороликов, теле- и радиопередач, проведено более сотни семинаров и конференций, а еще были конкурсы, флешмобы и такое значимое для пациентов – доступное общение на тему ТБ с профессионалами своего дела!

Большая благодарность от фтизиатрической секции РАМС всем организаторам и участникам акций! Вместе мы можем многое!

Формирование здорового образа жизни у пациентов

ОПЫТ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ



Людмила Валентиновна Долбилова

Председатель секции ВРООССД, член секции РАМС «Сестринское дело в психиатрии и наркологии», старшая медицинская сестра Бюджетного учреждения здравоохранения Вологодской области «Вологодская областная психиатрическая больница»

Профилактическая работа – это система мер медицинского и не медицинского характера, направленная на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшения их неблагоприятных последствий.

Одним из основных принципов охраны здоровья в соответствии с Федеральным законом РФ от 12 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является приоритет профилактики.

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» определяет в числе должностных обязанностей медицинской сестры проведение санитарно-просветительной работы среди пациентов и их родственников по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни.

В недавнем прошлом при проведении санитарно-просветительной работы медицинские сестры использова-

ли беседы с пациентами и выпускали санитарные бюллетени.

Изменение направлений и форм профилактической работы в нашем учреждении проводились поэтапно. Первоначально были подготовлены локальные акты, регламентирующие данный вид деятельности.

С целью повышения качества профилактической работы для формирования и развития навыков её выполнения проведено теоретическое и практическое обучение медицинского персонала. В ходе общепольничных образовательных мероприятий (врачебной и сестринской конференций) слушателям представлен теоретический материал по организации профилактической работы. Перед конференцией 69 медицинских сестер прошли анкетирование по вопросам профилактики. По мнению медицинских сестер, болезнь легче предупредить, и поэтому они признали профилактику приоритетной задачей здравоохранения. Основным направлением санитарно-просветительной работы в учреждении психиатрического профиля называли гигиеническое воспитание. При проведении данной работы опрошенные медицинские сестры использовали в основном беседы с пациентами. Большинство считало, что учитывая сильную загруженность медицинской сестры, ее участие в профилактической работе возможно только посредством печатной и наглядной пропаганды.

Организаторами конференции был проведен эксперимент на примере за-

нятий, посвященных Всемирному дню борьбы с туберкулезом. Пациенты из разных подразделений больницы принимали участие в профилактических мероприятиях: беседа о профилактике туберкулеза, прочтение памятки «Профилактика туберкулеза», участие в интерактивном занятии «Белая ромашка», которое включало демонстрацию видеофильма на заданную тему, лекцию с презентацией и викторину. Через 7 дней пациентам было предложено воспроизвести содержание занятий (табл. 1).

Таким образом, эксперимент продемонстрировал преимущество активных форм профилактической работы и позволил нам предложить наиболее актуальные и эффективные методы.

Профессиональный конкурс «Эффективные формы профилактической работы» закрепил полученные в ходе конференции знания. На первом этапе участники представили средства печатной пропаганды: памятки, санитарные бюллетени. На втором этапе – технологические карты занятий, средства устной пропаганды, конспекты интерактивных мероприятий. На заключительном этапе специалисты приняли участие в викторине на знание теоретических основ профилактической работы.

Далее, чтобы приступить к практической реализации новых форм работы с пациентами, специалисты кабинета профилактики провели обучение медицинских сестер на рабочих местах методике проведения занятий по про-

Таблица 1

Результаты эксперимента на примере занятий, посвященных Дню борьбы с туберкулезом

Форма проведения занятия	Количество участников	Результат через 7 дней
Беседа о профилактике туберкулеза	5 пациентов	28 % пациентов – вспомнили лишь тему беседы
Прочтение памятки «Профилактика туберкулеза»	5 пациентов	57 % пациентов – вспомнили о чем памятка, деталей не помнят
Интерактивное занятие «Белая ромашка» /демонстрация видеофильма, лекция с презентацией, викторина/	5 пациентов	100 % пациентов – вспомнили всю информацию, полученную в ходе занятия

грамме «Школа здорового образа жизни» и правилам оформления технологической карты. Обучение прошли 85 % медицинских сестер больницы. В дальнейшем специалисты кабинета профилактики регулярно осуществляют методическое сопровождение проводимых мероприятий в отделениях, дают рекомендации персоналу.

Для обеспечения рациональной работы отделения формируют годовой план для каждой группы специалистов, в который включают интерактивные занятия, профилактические беседы, выпуск средств наглядной пропаганды на актуальные темы, занятия в школе «Здоровый образ жизни» и участие в общебольничных мероприятиях.

Одно из эффективных направлений, получившее развитие в нашей больнице, это использование различных форм интерактивных занятий: викторины, просмотр и обсуждение видеofilмов на актуальные темы.

Приведу пример проведения интерактивного группового занятия в рамках Всемирного дня без табака. Его цель – формирование мотивации пациентов к здоровому образу жизни и критического отношения к курению. В теоретической части занятия пациенты рассказывают о том, что они знают о табаке и табакокурении, после чего обсуждаются преимущества отказа от курения. В практической части занятия участники пишут анонимное «Письмо курильщику» с целью осознания негативного влияния курения на здоровье. В данном письме пациенты рассказывают о вреде курения, дают советы, как избавиться от зависимости, приводят примеры из собственной жизни. В 2016 году в акции приняло участие 193 пациента и 28 сотрудников. Отмечу, что курение пациентов в нашей больнице сокращается!

В рамках Всемирного дня борьбы с туберкулезом проводятся интерактивные занятия, где пациенты слушают лекцию «Что нужно знать о туберкулезе», просматривают видеоматериал на заданную тему и для закрепления полученных знаний участвуют в викторине «Остановим туберкулез». Подобные занятия проводятся для большой группы пациентов, которые делятся на команды, и впоследствии по результатам ответов определяется победитель. В 2016 году в данной акции участ-

вовало 73 сотрудника и 299 пациентов из 10 подразделений больницы. В 2016 году к Всемирному дню борьбы с туберкулезом «Белая ромашка» проведена также акция декоративно-прикладного творчества «Моя ромашка». В 2017 году в подобной акции участвовало 25 сотрудников, 325 пациентов из 28 подразделений.

В ходе Всемирного дня здоровья ежегодно проводится спортивно-массовое мероприятие в виде танцевального флешмоба. Команда лидеров демонстрирует комплекс упражнений, которые предлагается выполнить пациентам и сотрудникам. В 2016 году проведено 3 танцевальных флешмоба, в которых приняли участие 208 пациен-

тов. Общебольничная «Спартакиада» – это многолетний традиционный формат спортивно-массового мероприятия, организуемого в нашей больнице. Проводится торжественное открытие мероприятия, на котором представляются команды-участницы, сформированные из пациентов и сотрудников больницы. Команды принимают участие в соревнованиях по волейболу, пионерболу, футболу, шашкам, шахматам, настольному теннису, дартсу и эстафете. Соревнования продолжаются в течение рабочей недели. Победители награждаются дипломами и призами.

В 2016 году сотрудники больницы участвовали во Всемирном дне сердца. Проводились групповые беседы с пациентами, интерактивные занятия с просмотром и обсуждением видеofilма «Как работает сердце». Пациентам измерялось артериальное давление, определялся индекс массы тела. Результаты заносились на индивидуальные сердечки и предоставлялись пациентам. Пациенты, входящие в группу риска по избыточной массе тела, артериальной гипертензии, получили необходимую информацию. Мероприятие закончилось красочным танцевальным флешмобом: команда лидеров демонстрировала упражнения и приглашала присоединиться всех желающих – как пациентов, так и сотрудников больницы. В рамках мероприятия в 2016 году проведено 11 групповых бесед, 13 интерактивных занятий, измерение артериального давления 714 пациентам и сотрудникам

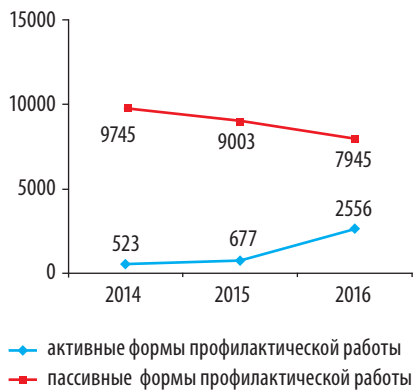


больницы, 204 пациентам определен индекс массы тела. Охват акцией составил 1226 человек.

В больнице накоплен опыт тренинговых занятий по программе «Правильный прием лекарственных препаратов». Новым направлением является работа по программе «Школа здорового образа жизни». Программа включает в себя 6 занятий на темы: «Здоровый образ жизни», «Мы – это то, что мы едим», «Стресс, как он есть», «Жизнь без алкоголя», «Курить или не курить», «Компьютер. Увлечение или зависимость». Занятия имеют единую структуру, состоят из 4 частей. Медицинская сестра обеспечена методическими материалами и ведёт работу в группах из 5–7 человек, в среднем 2–3 раза в неделю. Отделения формируют план занятий по программе «Школа здорового образа жизни» и знакомят с ним пациентов. Обычно он располагается в доступном для ознакомления месте.

Первое занятие начинается с оценки исходного уровня знаний участников путем тестирования на темы здорового образа жизни, правильного питания, вредных привычек, физической активности (табл. 2).

По окончании занятий пациентам предоставляется возможность оценить занятия программы. В 2016 году данный опрос прошли 2323 человека, что составило 76 % от общего числа прошедших обучение. Пациенты оценивали разделы работы «Школы здоровья» по 5-бальной системе, средние оценки по различным аспектам обучения варьировали от 4,5 до 4,8 баллов!



Формы профилактической работы

По результатам опросов пациенты предлагали увеличить время занятий, проводить их ежедневно, в том числе совместно с другими подразделениями, а в целом выражали благодарность за обучение.

Медицинские сестры также прошли анонимное анкетирование и оценили результаты участия в программе «Школа здорового образа жизни». Респонденты, в число которых вошли 66 медсестер – участниц программы, отметили повышение своего профессионального уровня, вносили предложения по расширению тематики занятий (табл. 3).

Статистика демонстрирует, что активные методы профилактической работы стали в нашем учреждении приоритетными.

Профилактическая работа систематизирована и приобрела разнообраз-

Таблица 2

Результаты исходного уровня знаний пациентов	
Процент от числа опрошенных	Мнение пациентов
100 %	«Одно из составляющих здоровья человека – это социальное благополучие»
95 %	«Правильное питание обеспечивает хорошее самочувствие»
75 %	«Пребывание в интернете вызывает зависимость»
60 %	Критически относятся к стрессу
45 %	«Употребление небольших доз алкоголя полезно для здоровья»
45 %	«Здоровье не зависит от образа жизни»
20 %	«Алкоголь вреден лишь при употреблении его чаще 4 раз в неделю»
5 %	«При курении легких сигарет вред себе не причиняешь»

Таблица 3

Результаты оценки занятий в «Школе здорового образа жизни» медицинским персоналом	
Процент от числа опрошенных	Мнение медицинских сестер.
95 %	«Занятия позволяют пациентам реализовать потребность в общении»
93 %	«Пациенты получают на занятиях информацию о здоровом образе жизни и могут использовать ее в повседневной жизни»
89 %	«Занятия позволяют установить личный контакт с пациентом»
84 %	«Проводить занятия с пациентами интересно»
77 %	«Участие пациентов в «Школе здорового образа жизни» повышает их ответственность за свое здоровье»
69 %	«Участие пациентов в программе позволяет снизить основные факторы риска: употребление табака, алкоголя, недостаточную физическую активность»

ные формы воплощения. В планах на будущее, согласно отзывам пациентов, расширение тематики занятий: разработка материала по профилактике туберкулеза, онкологических заболева-

ний. В перспективе – охват обучением медицинских сестер методике проведения профилактических занятий по программе «Школы здорового образа жизни» должен достичь 100%.



АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

IV конференция

«РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ»

1–2 ноября 2018 г. Санкт-Петербург

2015 года Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи ежегодно проводит конференцию с международным участием «Роль медицинской сестры в паллиативной помощи». С 2016 г. конференция входит в официальный перечень мероприятий Минздрава России, поскольку обмен опытом и повышение профессиональных навыков медсестер является крайне важным для улучшения качества жизни пациентов паллиативного профиля. За три года участниками конференции стали более 2 тысяч человек со всех регионов нашей страны, Киргизии, Казахстана, Армении.

В 2018 году этот крупнейший в нашей стране форум для младшего и среднего медицинского персонала, оказывающего помощь неизлечимо больным людям, проводится совместно с Ассоциацией медицинских сестер России при поддержке Фонда президентских грантов.

Планируется участие порядка 500 слушателей из разных регионов России. С докладами выступят ведущие российские и иностранные специалисты. Участников конференции ждут интересные лекции и полезные мастер-классы, посвященные ключевым практическим вопросам по

уходу и этике общения в процессе оказания паллиативной помощи взрослым и детям:

- работа с тягостными симптомами;
- использование расходных материалов;
- перемещение, кормление, одевание лежачих пациентов;
- профилактика заболеваний, связанных с длительным постельным режимом;
- общение с тяжелобольным пациентом и его родственниками;
- философия паллиативной помощи, этические, психологические и духовные аспекты.

ЧТО ТАКОЕ ДЕТСТВО?

В БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ ОТМЕТИЛИ ДЕНЬ ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ

Елена Николаевна Марченкова

Председатель секции «Акушерство» региональной общественной организации «Ассоциация сестринского персонала Брянщины», старшая акушерка акушерского корпуса ГАУЗ «Брянская городская больница № 4»

1 июня отмечается Международный день защиты детей. Где же, как не в родильном доме, начинается детство? Членами региональной общественной организации «Ассоциация сестринского персонала Брянщины» и сотрудниками акушерского корпуса ГАУЗ «Брянская городская больница № 4» было проведено праздничное мероприятие, посвященное Дню защиты детей.

Мы объявили о предстоящем празднике на сайте родильного дома, в социальных сетях. Откликнулось много родителей, чьи дети появились на свет в стенах нашего учреждения.

Солнечным утром на празднично украшенном шарами и баннерами, а также ростовыми цветами, сделанными руками старшей медицинской сестры отделения анестезиологии и реанимации Ирины Анатольевны Граф, дворе родильного дома встречали своих го-

стей организаторы мероприятия: заместитель главного врача Елена Степановна Шевченко и старшая акушерка акушерского корпуса, председатель секции «Акушерство» Брянской ассоциации Елена Николаевна Марченкова.

На торжественное открытие «Аллеи детства» были приглашены заместитель директора департамента здравоохранения Брянской области Ольга Ивановна Чиркова, главный консультант департамента здравоохранения Брянской области Ольга Васильевна Сорокина, главный врач ГАУЗ «Брянская городская больница № 4» Светлана Васильевна Хандожко. Здесь присутствующих развлекали Винни-Пух, Тигра и доктор Айболит. Шумным хороводом пришли на праздник воспитанники детского сада «Подснежник». Ребятишки участвовали в конкурсе рисунков на асфальте, а будущие мамочки, которые находились в родильном доме, вышли поддержать детвору и нарисовали плакат ко Дню защиты детей. Родители с детьми и сотрудники акушерского корпуса приняли участие в спортивном флешмобе. Под энергичную музыку была проведена утренняя зарядка. Ведущий мероприятия никому не дал скучать – игры и конкурсы, песни и танцы закружили всех на этом празднике детства. Без подарков не ушел никто. Гостям пода-



рили воздушные шары, сладкие подарки, цветные мелки, фломастеры, книги, раскраски и даже мыло ручной работы, сделанное сотрудницей роддома. На вопрос ведущего: «Что такое детство?», трехлетний карапуз без сомнения ответил: «Детство это Я», чем вызвал улыбку умиления. И он был прав на все сто процентов, ведь для детей взрослые и проводят такие мероприятия. В окончании праздника заместитель главного врача Шевченко Елена Степановна и приветливая хозяйка этого мероприятия старшая акушерка акушерского корпуса Марченкова Елена Николаевна вынесли гирлянду из трех огромных шаров, внутри которых рвались наружу десятки таких же разноцветных маленьких шариков. Собранным предложили загадать желание. Хлопок... и в небо полетели сотни горошин. Как о знаменование новой жизни поднимались все выше и выше эти яркие кружочки. И каждый долго смотрел за горизонт, провожая свою мечту в прозрачную синеву небосвода.

Торжественное мероприятие, посвященное Дню медицинской сестры, состоялось в Городском доме культуры Советского района в Брянске 11 мая 2018 года. Именно в этот день чтят тех, кто профессионально оказывает медицинскую помощь вне зависимости от погодных условий, времени суток и дня недели. Медицинские сестры с настоящей неподдельной искренностью готовы предоставить свою помощь всем нуждающимся. Около 300 медицинских сестер Брянской области приняли участие в мероприятии.



Президент Ассоциации сестринского персонала Брянщины Лариса Анатольевна Третьякова поздравила медицинских сестер с праздником, поблагодарила ветеранов профессии и наградила лучших специалистов нагрудным

знаком «За верность профессии» и почетными грамотами Ассоциации.

Труд медицинского работника очень сложен и физически, и морально. Только по-настоящему сильные духом, терпеливые, добрые, чуткие и отзывчивые остаются в этой профессии.

Для того чтобы стать медицинским работником, мало выучить все понятия и термины, еще необходимо почувствовать любовь к детям, к людям, желание понимать их, помогать и служить им. В нашей профессии таких людей очень много и каждый из них достоин награды!

Лучший молодой специалист Национального центра медицины 2018



■ **Ирина Семеновна Мордосова**
Главный специалист по сестринскому
делу ГАУ РС(Я) «РБ № 1 – НЦМ»

Совет по сестринскому делу Государственного автономного учреждения Республики Саха (Якутия) «Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины» провел профессиональный конкурс «Лучший молодой специалист Национального центра медицины 2018». Конкурс стал начальным этапом Всероссийского конкурса «Лучший молодой специалист 2018», заявленного Ассоциацией медицинских сестер России.

Торжественное мероприятие началось с видеопоздравления президента РАМС Валентины Антоновны Саркисовой с профессиональными праздниками, объединяющими миллионы медсестер и акушерок во всем мире!

Генеральный директор Николай Васильевич Лугинов поздравил с Международными днями медицинской сестры и акушерки и вручил почетные грамоты Национального центра медицины. Много добрых слов и пожеланий специалисты приняли от директоров центров А.И. Васильева, Л.А. Николае-

вой, Т.Ю. Павловой, И.И. Степанова и К.И. Иванова.

В конкурсе приняли участие 10 конкурсанток – медицинские сестры, акушерки и фельдшера-лаборанты. Мастерство конкурсанток оценивало авторитетное жюри: А.В. Яковлева, президент Ассоциации средних медицинских работников РС(Я), И.С. Мордосова, председатель комитета по сестринской практике, С.Г. Васильева, заместитель директора по практическому обучению ГБОУ «Якутский медицинский колледж», А.А. Мысливец, фельдшер «Станции скорой помощи» и В.И. Копылова, член правления АС-МР РС(Я).

Первым этапом конкурса было творческое задание, состоящее из демонстрации эссе на тему «Мой наставник» или «Мой выбор». Молодые специалисты, вступив в профессиональную деятельность, определили для себя значение и смысл профессии: начиная с детской мечты, ощутив и увидев, что они прошли и что еще интересное предстоит пройти, какое место занимают наставники, какие изменения и возможности им открывает их выбор. Хочется верить, что конкурсантки никогда не разочаруются в своем выборе, будут гордиться им, а их нелегкий, но благородный, важный и значимый труд будет их призванием.

Основой задания второго этапа было проведение сердечно-легочной реанимации, которую обязаны уметь выполнять все медицинские работники. Оценив пострадавшего по двум признакам – отсутствие сознания и дыхания, – участницы начинали комплекс реанимационных мероприятий. Экспертом второго этапа выступил фельдшер А.А. Мысливец, характеризуя тактические и технические действия и/или ошибки каждой конкурсантки.

Конкурс определил «Лучших молодых специалистов НЦМ 2018», и он запом-

нится тем, что победителями стали специалисты по всем трем специальностям, которые трудятся в Национальном центре

медицины: 1-е место – Прибылых Александра,

акушерка родового отделения Перинатального центра, 2-е место – Петухова Уйгулана, медицинская сестра приемно-диагностического отделения Педиатрического центра, 3-е место – Ким Александра, фельдшер-лаборант патологоанатомического отделения Консультативно-диагностического центра.

Поздравляем победителей и благодарим всех участниц! Мы уверены, что для них это только первый профессиональный конкурс и впереди еще много новых и интересных открытий и побед!

Хочется верить, что конкурсантки никогда не разочаруются в своем выборе, а их нелегкий, но благородный, важный и значимый труд станет призванием.



Заслуженная награда за активную работу

Правление Ассоциации медицинских сестер России, Астраханской региональной общественной организации «Профессиональная сестринская ассоциация» от всей души поздравляют президента Валентину Петровну Анопко с заслуженной наградой, вручением Почетного знака Думы Астраханской области «За развитие парламентаризма и гражданского общества». Награду вручил спикер парламента Игорь Мартынов.

Почетный знак Думы был учрежден в 2013 году в целях признания личных заслуг граждан в деятельном служении интересам гражданского общества, парламентском строительстве, научных исследованиях. Этой наградой отмечается вклад в реализацию общественно значимых инициатив, а также многолетнее и эффективное взаимодействие в сфере законотворчества.

Валентина Петровна постоянно сотрудничает с депутатами Думы Астраханской области, является экспертом комитета по здравоохранению.

Валентина Петровна сопредседатель Регионального штаба Общерос-



сийского народного фронта по Астраханской области, доверенное лицо Президента РФ В.В. Путина.

В своей работе она убедительна и авторитетна. Не случайно на протяжении практически всей своей профессиональной деятельности Вален-

тина Петровна занимает руководящие позиции, и за эти годы сделала много добрых и значимых дел во благо развития и укрепления сестринской службы.

Правление Астраханской региональной общественной организации «Профессиональная сестринская ассоциация» искренне желает Валентине Петровне реализации всех планов и начинаний, неиссякаемой жизненной энергии, крепкого здоровья, благополучия и новых профессиональных успехов.

Правление и офис Ассоциации медицинских сестер России сердечно поздравляют Валентину Петровну с заслуженной высокой наградой и Юбилеем! Счастья, здоровья, успеха на жизненном и профессиональном пути, добрых друзей и разделяющих взгляды соратников!

Все руководители сестринских служб Астраханской области поздравляют с юбилеем президента Астраханской региональной общественной организации «Профессиональная сестринская ассоциация» Валентину Петровну Анопко.

Сегодня мы смотрим на Валентину Петровну и не перестаем удивляться и восхищаться – как совмещены в этой женщине яркий талант, женственность, независимость и сила! Она есть и всегда была для нас путеводной звездой, которая помогает уверенно идти по дороге жизни, мудрым, тактичным товарищем и отличным профессионалом.

Валентина Петровна всегда готова помочь, дать нужный совет. На неё всегда можно положиться, ведь мы знаем: в любом, даже весьма непростом деле она добьется желаемых результатов, не отступит перед трудностями, сумеет найти правильные и оригинальные решения, что делает её незаменимой. Зная её энергичный характер, мы верим – впереди новые успехи и свершения.

Валентина Петровна, как истинная женщина, всегда привлекательна, красива, элегантна. Она умеет сочетать в себе талант, эрудицию со стойкостью. Она замечательный человек, с которым приятно работать!

Мы желаем Валентине Петровне здоровья, больше положительных эмоций и ярких событий, чтобы работа приносила удовольствие, чтобы личная жизнь была благополучной.



Жизнь, как песня...



Татьяна Александровна Мехова родилась в трудовой многодетной семье – мама работала на заводе имени Баранова, папа в торговой отрасли. Таня стала долгожданной любимой дочерью после рождения в семье двух сыновей. Всегда была окружена заботой и любовью родителей, которые воспитали в ней дух коллективизма, чувство отзывчивости и уважения к людям и труду. В доме, в котором жила семья Меховых, сложился дружный коллектив из семей, дети которых дружат по настоящее время.

Ещё в детстве Татьяна Александровна была лидером как во дворе, так и в школе, и в училище. В школе – председатель Совета дружины, делегат от средней школы № 123 при открытии Парка Победы в городе Омске.

Общественной деятельностью занималась всегда и с удовольствием: в школе – председатель Совета дружины, далее состояла в комсомольской организации, трудилась в стройотрядах. Благодаря активной жизненной позиции в 1982 году выбрана делегатом 13 Съезда профсоюзов медицинских работников в городе Москва.

После окончания средней школы в 17 лет пришла работать в областную клиническую больницу санитаркой в отделение функциональной диагностики. Одновременно училась на ве-

черном отделении в ООМУ № 1 на медицинскую сестру. На выбор профессии повлиял яркий личный пример Подойницыной Л.П., с которой Татьяна Александровна росла и общалась с детства и которую считает своим учителем.

После окончания медицинского училища в 1983 году Татьяна Александровна приступила к работе в должности медицинской сестры отделения неврологии. Уже в 1985 году стала старшей медицинской сестрой дистанционного центра. А в 22 года, в этом же году, была назначена на должность старшей медицинской сестры одного из ответственных отделений больницы – отделения новорожденных, где работает уже 31 год. С душевностью и теплотой Татьяна Александровна отзывается о своих наставниках, которые поверили в неё, оценили уровень её профессионализма, творческого мастерства и способностей, дали путёвку в жизнь – Скориковой В.А., Сысолиной А.С., Агеевко В.Т., Маковой Г.И., Зориной Т.А., Липатовой З.А., Панаковой Р.И.

Было непросто – пришлось осваивать новую специальность, укомплектовывать отделение, внедрять в работу современные перинатальные технологии. Сегодня это сложившийся коллектив медицинских сестер, имеющий традиции, достижения, звание «Лучший сестринский коллектив» (2016 год) по результатам конкурса Омской профессиональной сестринской ассоциации.

Для Татьяны Александровны старшая медицинская сестра – это не просто должность, а образ жизни. Как руководитель она делает всё, чтобы отделение процветало, комфортно работало сотрудникам, а матери с уверенностью доверяли профессионализму медицинских сестёр по вопросам ухода и выхаживания новорожденных. Она – профессионал своего дела, инициативный, опытный руководитель, направляющий деятельность не только коллектива отделения новорожденных, но и других отделений больницы

на реализацию творческих способностей, раскрытие индивидуальных качеств личности каждого сотрудника. И именно поэтому на протяжении 19 лет она является руководителем комитета по этике и информации Совета по сестринскому делу. Принимает активное участие в подготовке и проведении общебольничных сестринских конференций, спартакиад, КВН, торжественных концертов и юбилейных мероприятий. С 2006 года заслуженно носит звание Почётного члена Совета медицинских сестёр, к которому с большим уважением относятся не только сотрудники областной клинической больницы, но и вся медицинская общественность Омской области.

Имея высшее сестринское образование по специальности «Менеджер сестринского дела», Татьяна Александровна много делает для повышения профессионального уровня медицинских сестёр как отделения новорожденных областной клинической больницы, так и педиатрических и неонатальных отделений медицинских организаций региона. Т.А. Меховой разработаны и внедрены в работу сестринского персонала стандарты профессиональной деятельности медицинской сестры отделения новорожденных.

Как человек творческий, инициативный, не безразличный к проблемам специальности, в 2011 году она возглавила специализированную секцию Омской профессиональной сестринской ассоциации «Сестринское дело в педиатрии и неонатологии». Является заместителем председателя специализированной секции «Сестринское дело в педиатрии и неонатологии» Российской ассоциации медицинских сестер, независимым экспертом областной аттестационной подкомиссии по специальности «Сестринское дело в педиатрии», благодаря чему содействует продвижению новаторских идей, распространению передового опыта, повышению профессионального престижа и статуса специалистов в области педиатрии и неонатологии. Является иници-

циатором и основоположником проведения в регионе Всемирной недели грудного вскармливания.

Татьяна Александровна не стоит на месте – постоянно повышает свой профессиональный уровень, компетентность, обменивается опытом по вопросам неонатологии, ищет единомышленников, самореализуется. Поэтому не случайно, что именно Татьяна Александровна в 2011 году стала победителем Всероссийского конкурса профессиональных достижений медицинских сестёр неонатальной службы в номинации «Лучшая медицинская сестра». Автор 13 статей, опубликованных в местных и российских печатных изданиях.

Она очень светлый человек с открытой душой. Трудно представить её хму-

рой, она всегда улыбается и создает хорошее настроение тем, кто находится с ней рядом.

Обладая одарённостью и талантом, врождённым артистизмом, на протяжении 10 лет участвовала в художественной самодеятельности Областной клинической больницы – пела в хоре. С момента начала выпуска газеты «Жизнь ОКБ» входит в состав редколлегии.

За высокий профессионализм, новаторство, безупречный труд в здравоохранении Татьяна Александровна занесена на Доску Почёта ОКБ, имеет Почётную грамоту МЗ РФ, звание «Заслуженного работника здравоохранения РФ». Удостоена звания «Почётный донор РФ».

Несмотря на загруженность на работе, активную общественную деятель-

ность, Татьяна Александровна воспитала двух прекрасных сыновей. В настоящее время участвует в воспитании внука и двух внучек. С удовольствием посвящает своё свободное время даче, искусно готовит различные блюда из собственноручно выращенных овощей и фруктов.

Высказывание А. Франса «Человек так создан, что отдыхает от одной работы, лишь взявшись за другую» очень точно подходит для профессионального, творческого, личного жизненного пути Татьяны Александровны.

Саутова Т.В.,
главная акушерка перинатального центра БУЗОО «Областная клиническая больница», г. Омск

ДРЕВО ЖИЗНИ



■ Людмила Александровна Костенко
Акушерка отделения репродуктивной и перинатальной медицины,
Перинатальный центр БУЗ Омской области «Областная клиническая больница»

В холле Омского областного перинатального центра есть большое «дерево жизни», с которого нам улыбаются малыши. За каждой фотографией стоит своя история, порой очень непростая и трогательная...



Каждый раз, проходя мимо «древа жизни», акушерки невольно останавливают взгляд, видя счастливые лица рожденных малышей и осознавая свое участие в их рождении.

На одной из таких фотографий – малыш Паша. На сроке 12 недель беременности его мама впервые обратилась в женскую консультацию для прохождения перинатального скрининга 1 триместра, счастье семьи было безграничным, ведь их семья должна была скоро увеличиться на 2 малыша. На сроке 16 недель беременная была направлена в перинатальный центр областной больницы, где оказывают специализированную помощь беременным женщинам группы высокого перинатального риска из 32 районов Омской области.

После ряда дополнительных исследований, выполненных женщине, был выявлен редкий порок монохориальной двойни, при котором один из плодов (реципиент) – акардиальный. При данной патологии один из плодов не жизнеспособен, а жизнь второго плода находится под угрозой, пока они имеют общее кровообращение. Пациентке было предложено дообследование и лечение в НИИ охраны материнства и младенчества города Екатеринбурга.

Диагноз ввел женщину в такое отчаяние, что она отказалась от дальнейших



Пример образцовой практики, опубликованный на официальных ресурсах Европейского регионального бюро ВОЗ, в рамках кампании, приуроченной к Международному дню акушерки и Международному дню медицинской сестры

медицинских вмешательств и не желала никого слушать. Людмилу Александровну Костенко, акушерку данного отделения, сложная ситуация пациентки не могла оставить равнодушной. День за днем она разговаривала с пациенткой, вселяя веру в благополучный исход беременности хотя бы для одного из ее малышей.

В этой нестандартной ситуации акушерка смогла повлиять на решение пациентки, которая в дальнейшем использовала единственный верный шанс. Процедура, проведенная пациентке в НИИ, была успешной, и до родов за плодом осуществлялось динамическое наблюдение в перинатальном центре. Выслушавая овертоном сердцебиение плода, Людмила Александровна радовалась за семью и понимала, что профессия акушерки для нее настоящее призвание.

ШКОЛА ПООЩРЕНИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА



■ **Мехова Т.А.**

Старшая медицинская сестра
отделения новорожденных



■ **Шелема А.В.**

Старшая медицинская сестра
отделения анестезиологии-
реанимации, Перинатальный центр
БУЗОО «Областная клиническая
больница», г. Омск



Рис. 1. Обучение пациенток правилам прикладывания новорожденного к груди

Грудное вскармливание является основным условием формирования здоровья ребенка с момента его рождения, оказывает положительное влияние на физическое, умственное, психоэмоциональное и речевое его развитие, закладывает основы здоровья малыша на многие годы вперед. В настоящее время доказано, что идеальной пищей для младенцев, особенно в первые шесть месяцев жизни, является грудное молоко его матери, которое имеет родственную связь с тканями ребенка.

Проблема грудного вскармливания в современном мире приобретает поистине глобальное значение не только с медицинской точки зрения, но и с широких социальных позиций. По данным Всемирной организации здравоохранения, грудное вскармливание может предотвратить 823 000 смертей среди детей первых

пяти лет жизни и 20 000 смертей среди женщин от рака молочной железы. Правильная организация вскармливания ребенка, начиная с первых дней его жизни, является одним из наиболее важных факторов в системе комплекса профилактических мероприятий, направленных на оздоровление детей, снижение их заболеваемости и смертности.

Шагая в ногу со временем и в связи с актуальностью грудного вскармливания новорожденных детей, в перинатальном центре областной клинической больницы была организована школа «Поощрения грудного вскармливания» (рис. 1).

Основными задачами школы являются:

1) предоставление информации матерям об основах и преимуществах успешного грудного вскармливания;

2) обучение технике кормления и организации грудного вскармливания в до и послеродовом периоде;

3) оказание необходимой помощи при возникновении трудностей, связанных с грудным вскармливанием;

4) информирование беременных и кормящих женщин о современных принципах сохранения лактации;

5) формирование у матерей осознанного подхода к кормлению грудью.

Школа направлена на поощрение грудного вскармливания с целью оказания помощи беременной женщине для формирования и укрепления её уверенности в собственной способности правильного прикладывания к груди и в дальнейшем длительного вскармливания ребенка грудью. В перинатальном центре широко практикуется раннее прикладывание ребенка к груди матери, контакт «кожа к коже» матери и ребенка в родильном зале и операционной, вскармливание новорожденного в свободном режиме, круглосуточное совместное пребывание матери и ребенка, а при необходимости рекомендуется использование сцеженного грудного молока (создания

«банка» грудного молока в домашних условиях) (рис. 2).

Обобщая имеющиеся наблюдения, хочется отметить, что в 2015–2016 годах 98 % новорожденных находилось на совместном пребывании.

Положительным моментом является низкий процент детей, находящихся на раздельном пребывании – от 1,7 % до 2 %. Из 98 % детей, находящихся на совместном пребывании, 52 % детей находились на раннем совместном пребывании и 46 % на отсроченном пребывании.

Причиной отсроченного пребывания является ранний послеоперационный период мамы – 30 % и состояние ребенка – 16 %. И раннее совместное пребывание, и отсроченное говорит о «свободном вскармливании» или кормлении ребенка по требованию.

Наши наблюдения показывают, что достаточная выработка грудного молока в основном зависит от «настроя матери» на кормление ребенка грудью, ее убежденности, важности и необходимости естественного вскармливания. Женщины во время беременности особенно остро воспринимают сведения о незащищенности новорожденного, его полной зависимости от матери. Мы рассказываем им о чувствах новорожденного, которые возникают при нарушении контакта с ним, и тем самым подводим будущую мать к решению кормить ребенка грудью. Учитывая специфику перинатального центра, где 55 % беременных родоразрешаются путем операции кесарева сечения, процент раннего прикладывания к груди в родильном зале и операци-



Рис. 2. Занятие в «Школе поощрения грудного вскармливания»

онной остается стабильным (87 %) на протяжении долгих лет.

За период 2015–2016 годов было проведено анкетирование 1499 пациенток. Респонденты отмечают, что более успешное становление лактации и ее продолжение проходят в условиях, когда кроме желания и уверенности матери ее поддерживают члены семьи, а также профессиональные консультации и практическая помощь медицинских работников перинатального центра. 98 % пациенток считают, что информация о пользе грудного вскармливания, его преимуществах перед искусственным вскармливанием и влияние на формирование здоровья новорожденного пригодятся им в дальнейшем. И только 2 % пациенток считают, что им достаточно знаний, полученных в женской консультации. Во-

время полученная информация помогает мамам избежать самых распространенных ошибок и получать от кормления только удовольствие. В результате 95 % пациенток, прослушав занятия в школе «Поощрения грудного вскармливания», отмечают, что смогут кормить ребенка грудью, и только 5 % выражают неуверенность.

Мы ставим перед собой задачу – достичь 100 % уверенности будущих мам в преимуществе грудного вскармливания!

Работа по поощрению и поддержке грудного вскармливания ведется постоянно, одним из новых методов является проведение и участие в ежегодной Всемирной неделе поддержки грудного вскармливания с 1 по 7 августа. Участвуя в различных акциях пропаганды грудного вскармливания, направленных на улучшение здоровья детей во всем мире, мы завершаем неделю организацией «молочного салюта» из белых воздушных шаров, символизирующих капельки грудного молока (рис. 3).

Таким образом, правильная грамотная позиция медицинских работников, умелое и заинтересованное консультирование матерей оказывает огромное влияние на распространенность и продолжительность грудного вскармливания и формирование здоровья новорожденного ребенка.

Являясь «Больницей доброжелательного отношения к ребенку», мы работаем под девизом: «Здоровый малыш – счастливая мама!».



Рис. 3. Всемирная неделя поддержки грудного вскармливания

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ



■ **Ольга Семеновна Якушева**

Старшая медицинская сестра
хирургического отделения № 3 БУЗОО
«Клинический онкологический
диспансер»

Обеспокоенность и повышенное внимание к онкологии – одна из характерных черт современного здравоохранения, обусловленная устойчивой тенденцией роста онкологической заболеваемости во всем мире.

Наиболее распространенными формами злокачественных новообразований стали рак кожи – 13,3%, трахеи, бронхов и легкого – 12,2%, рак молочной железы – 12,0%, колоректальный рак – 10,9%, новообразования желудка – 6,2%.

Те или иные формы опухолевидных образований молочной железы (а их свыше 30 видов) могут встречаться у половины женского населения (т.е. у каждой второй женщины старше 30 лет). К счастью, большинство из них доброкачественные и не угрожают здоровью.

Рак молочной железы представляет серьезную медицинскую и социальную проблему, занимает лидирующие позиции среди всех онкологических заболеваний. Согласно статистике, более 1 700 000 женщин по всему миру страдают от этой патологии, примерно 500 000 случаев заканчиваются трагическим исходом.

Потеря молочной железы как части тела оказывает серьезное воздействие на жизнь женщины, приводит к серьезным психологическим проблемам. Для многих женщин, особенно с высокими эстетическими запросами, восстано-

вление органа имеет определяющее значение в лечении рака молочной железы.

Актуальность медико-социальной реабилитации пациенток, перенесших радикальное лечение по поводу рака молочной железы, повышение качества их жизни, привело к необходимости выполнения реконструктивно-пластических операций.

Реконструктивно-пластические операции занимают главное место в программе реабилитации больных. В настоящее время такие операции положительно влияют на социально-психологическую реабилитацию женщин, так как они не только решают проблему косметических последствий, но и уменьшают психологический стресс, вызванный хирургическим вмешательством, а также позволяют большинству женщин вернуться к прежнему образу жизни. Поэтому пластические операции приобретают все большее значение как единственный конструктивный путь к психологической и социальной адаптации пациенток.

В связи с внедрением новых медицинских технологий в БУЗ Омской области «Клинический онкологический диспансер», на базе хирургического отделения № 3, уже в течение ряда лет проводятся так называемые органосохраняющие и реконструктивно-пластические операции, такие как:

- одномоментная реконструкция – реконструкцию молочной железы выполняют одномоментно с оперативным вмешательством по поводу РМЖ (одноэтапная методика с использованием двухкамерных экспандеров);
- отсроченная реконструкция – проводят через определенное время после мастэктомии (12–24 месяца).

Также проводят реконструкцию с использованием собственных тканей:

- торакодорсальная трансплантация (ТДЛ) (метод реконструкции, основанный на использовании лоскута широчайшей мышцы спины);

- использование TRAM-лоскута (перемещение тканей на прямых мышцах живота без использования синтетических имплантов).

К сожалению, одномоментная реконструкция не всегда может быть выполнена из-за наличия факторов, связанных с распространенностью онкологического процесса:

1. характеристика первичного опухолевого очага;
2. поражение регионарных лимфатических узлов;
3. возраст пациенток;
4. локализация опухоли;
5. гистологическая форма рака;
6. содержание рецептора эстрогена и прогестерона в первичной опухоли.

При невозможности проведения органосохраняющих операций в отделении проводятся такие операции, как:

1. Мастэктомия по Холстеду.
2. Мастэктомия по Пейти.
3. Мастэктомия по Маддену.
4. Мастэктомия с сохранением обеих грудных мышц.
5. Радикальная резекция молочной железы.
6. Ампутация молочной железы.

Именно после таких операций обычным вариантом восстановления



Проведение операции

внешнего вида и очертаний тела является ношение специального экзопротеза, но ношение наружного протеза часто ограничивает выполнение некоторых видов работ, занятие спортом.

За последние годы достигнуты значительные успехи в комплексной терапии рака молочной железы. Увеличение продолжительности жизни и показателей общей и безрецидивной выживаемости, к сожалению, не дает поводов для оптимизма, так как все более остро встает вопрос повышения качества жизни пациенток, резко снижающегося в результате проведенного радикального лечения. Шок от хирургического вмешательства, онкологический страх, угроза разрушения семьи, проблема потери работы, разрыв социальных связей – с этим вынуждена сталкиваться женщина после радикального лечения рака молочной железы.

Многочисленные исследования выявили низкую информированность пациенток с данной патологией в вопросах самообследования, диагностики и лечения рака молочной железы. Для обеспечения высокого уровня оказания сестринской помощи онкологическим пациенткам было решено уделить дополнительное внимание обучающей функции медицинской сестры.

Современной формой осуществления такой деятельности являются «Школы здоровья». С 2009 года в хирургическом отделении № 3 на этапе стационарного лечения открыта «Школа реабилитации пациентов после мастэктомии», где для пациенток

и их родственников проводятся обучающие мероприятия с последующим анкетированием и тестированием.

Целью организации «Школы здоровья» является формирование адекватного отношения пациенток к заболеванию, лечению, выполнению всех рекомендаций медицинских работников и мотивации к выздоровлению.

Задачи обучения в «Школе здоровья»:

1. Предоставить пациенткам необходимую информацию о заболевании, стоящих перед ними проблемах и путях их решений. Силами медицинских сестер и врачей были созданы методические рекомендации по обучению пациенток, с учетом восприятия имеющегося онкологического заболевания.

2. Формирование адекватного отношения к заболеванию и правильной оценки своего состояния.

3. Помощь в организации здорового образа жизни, способствующего профилактике осложнений путем повышения их гигиенической грамотности и медицинской активности.

4. Привитие навыков правильного поведения, способствующих повышению качества жизни пациенток.

5. Обучение пациенток методам самоконтроля своего состояния, методам необходимых реабилитационных мероприятий, с учетом психологического и эмоционального состояния.

На основании поставленных целей и задач составлен план проведения занятий в «Школе здоровья». Занятия проводятся по утвержденному плану



Подбор протеза

в специально оборудованном кабинете с достаточным количеством наглядного материала.

В структуре занятий 20–30% составляет лекционный материал, 30–50% – практические занятия, 20–30% – отводится на обсуждения, дискуссии, ответы на вопросы; 10% – на индивидуальное консультирование.

Занятия проводятся в виде лекций, бесед, дискуссий.

При желании пациентов организуются круглые столы с теми, кто уже перенёс подобную операцию, лечение и имеет практический опыт в преодолении такого недуга.

Численность группы составляет от 5 до 15 человек. Длительность занятий – 40–50 минут, обучающий цикл – 4 занятия.

В структуру занятий входят следующие темы:

1. Лечебная гимнастика для женщин после мастэктомии.

- Восстановление подвижности руки.

2. Поговорим о внешности.

- Подбор протеза молочной железы.

- Подбор белья.

- Уход за протезом.

3. Уход за рукой.

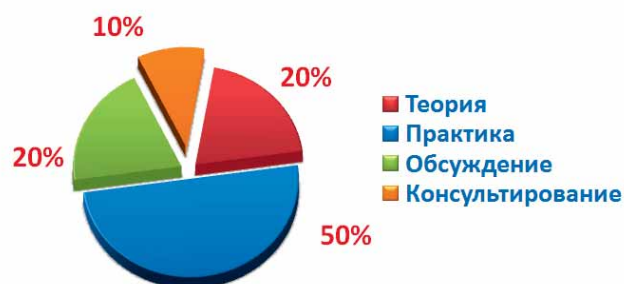
- Профилактика лимфостаза.

- Профилактика рожи.

Парадокс состоит в том, что не рак молочной железы оказывает основное инвалидизирующее действие, а именно радикальное лечение ведет к возникновению стойкой психосоциальной дезадаптации.



Количество пациентов, прошедших обучение



Структура занятий



Пациенты ведут записи и дневник самоконтроля



Уход за рукой

- Уход за послеоперационным швом.

4. Заключительное занятие.

Во время занятий обучаемые ведут записи и дневник самоконтроля, проводят самооценку.

Все проведенные занятия фиксируются в журнале обучения.

Данные материалы оформлены в папку «Школа здоровья. Реабилитация пациентов после мастэктомии».

К последнему занятию пациентка должна уже самостоятельно применять полученные знания для самоконтроля за состоянием здоровья, проводить самооценку, выполнять рекомендованный комплекс упражнений.

Пациентки должны быть уверены, что располагают необходимым минимумом информации: четко представ-

лять, кто и как дальше будет наблюдать за их здоровьем, какие предосторожности следует соблюдать в дальнейшем, где могут получить дополнительную помощь и информацию.

После окончания лечения пациентки будут продолжать находиться под наблюдением онколога (в первый год после операции 1 раз в 3 месяца, второй – третий год – 2 раза в год, четвертый и последующие года – 1 раз в год). При этом предупреждаем, что не нужно ждать очередного запланированного посещения врача в случае появления жалоб.

Как и до операции, женщинам ежемесячно следует проводить самообследование груди, а если они не умеют этого делать, попросить врача или медицинскую сестру показать необходимые приемы. После выписки пациентки из стационара начинается процесс восстановления здоровья и трудоспособности, т.е. реабилитация. Прежде всего, это означает восстановление подвижности руки (занимает 1–1,5 месяца), внешнего облика и общего самочувствия. В течение этого периода у женщин могут возникнуть вопросы, ведь во время обучения в «Школе здоровья» они хоть и ведут записи, дневники, получают методические рекомендации, но в силу своих физических, психологических особенностей могут полностью не усвоить материал. Поэтому объясняем пациенткам, чтобы они не стеснялись обращаться за дополнительной помощью к специалистам по месту жительства (врачам, медицинским сестрам). Женщины должны помнить, что мы работаем для того, чтобы помогать им.

За период работы «Школы» прошли обучение 4871 человек. С каждым го-

дом количество слушателей увеличивается.

Итоги работы «Школы»:

1. Разработана дифференцированная программа физической реабилитации пациентов после хирургического лечения злокачественных опухолей молочной железы с учетом тяжести заболевания и реабилитационных этапов.

2. Сократились сроки реабилитации с 6 до 1,5–2 месяцев.

3. Уменьшилась выраженность постмастэктомических осложнений (выраженный болевой синдром в плечевом суставе, тугоподвижность плечевого сустава на стороне операции, отек верхней конечности на стороне операции, нарушение осанки, снижение мышечной силы на стороне операции, атрофия мышц плечевого пояса).

4. Лечебная гимнастика способствовала наиболее раннему восстановлению работоспособности пациентов после мастэктомии.

5. Ведение дневника самоконтроля помогло оценить уровень усвоения навыков пациентами.

6. Занятия в «Школе здоровья» помогли пациентам сформировать адекватное отношение к заболеванию, лечению, понять необходимость выполнения всех рекомендаций медицинских работников, тем самым создать мотивацию к выздоровлению.

Работа в «Школе здоровья» является важной составляющей в системе здравоохранения по обучению профилактики, оказания моральной и психологической помощи, где основная нагрузка по адаптации пациента лежит на медицинских сестрах.



Лечебная гимнастика

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО – СЕЙЧАС!

В середине мая в Женеве состоялись традиционные встречи национальных сестринских ассоциаций, работающих под эгидой Международного совета медицинских сестер. Разнообразная тематика выступлений сама по себе говорила о том, что сегодня нет таких вопросов здравоохранения, экономического развития, социального благополучия, которые бы решались без участия лидеров сестринского дела.

К числу таких, в частности, относится противостояние эпидемии хронических заболеваний. Еще в начале этого года Аннет Кеннеди, президент МСМ, вошла в состав Комиссии ВОЗ высокого уровня по неинфекционным заболеваниям, чтобы наравне с другими ее участниками выработать меры повышения эффективности работы на этом ответственном направлении. Комиссия изучала документы, отчеты, исследования и сформулировала свои выводы, которые оказались весьма общими и обтекаемыми. А у заинтересованных специалистов, представителей медицинской общественности было всего несколько дней для того, чтобы внести свой вклад в обсуждение проблематики, последний из которых пришелся на дату встречи лидеров национальных сестринских ассоциаций. Конечно, не воспользоваться таким моментом было бы непростительно. И в рамках заседания президент МСМ обратилась ко всем национальным ассоциациям с просьбой прокомментировать рекомендации Комиссии, обратившись в ВОЗ, что и сделали большинство участников встречи.

Результат не заставил себя ждать. Уже 1 июня ВОЗ опубликовала документ, подчеркивающий ключевую роль



сестринского персонала в преодолении критической ситуации с распространением хронических заболеваний, где, в частности, говорится: «В рамках мультидисциплинарной команды медицинских работников особо значимая роль по сохранению здоровья, повышению грамотности населения в вопросах здоровья, в профилактике и в лечении хронических заболеваний принадлежит медицинским сестрам. При наличии правильных знаний, навыков, возможностей и финансовой поддержки медицинские сестры могут стать эффективными специалистами, наставниками в вопросах здоровья, теми, к кому можно обратиться за советом, и кто может дать пациентам и членам их семей знания на протяжении всех жизненных этапов».

Вот так буквально за несколько часов мировому сообществу удалось оказать значимое влияние на содержание документа ВОЗ, который призван расставить акценты в формировании национальных стратегий борьбы с хроническими заболеваниями!

Да, медицинские сестры способны на многое, но насколько они сами защищены? Значительная часть дискус-

сии была построена вокруг социально-экономических вопросов и интересов здоровья самих специалистов, вокруг соблюдения их прав.

Говард Каттон, директор МСМ по вопросам профессиональной практики, провел исследование, результаты которого заставляют задуматься... За 10 лет, начиная с 2008 года, когда весь мир погрузился в эпоху глобального экономического кризиса, покупательская способность медицинских сестер в разных странах мира стала сокращаться. Нет ни одной профессии, которая испытала бы на себе столь заметное влияние кризиса... Участницей панельной дискуссии стала представительница Ирландии, которая рассказала, что вслед за кризисом 2011 года медицинские организации резко сократили ставки начальной оплаты труда молодым специалистам. Снижение уровня оплаты достигло 30% – результатом стал небывалый отток выпускников. Ирландия потеряла практически полностью три выпуска колледжей, ведь у выпускников есть возможность выбора: остаться в своей стране или уехать – в Великобританию, Австралию, Канаду, США – диплом эквива-



лентен и языкового барьера не существует.

Большой интерес вызвало выступление специалиста по профессиональному здоровью, эксперта ВОЗ д-ра Иванова. Оказание медицинской помощи, работа в медицинской организации связаны с колоссальными рисками для здоровья самих работников – от травм и возможности заражения инфекционными заболеваниями до воздействия химических веществ, лекарственных препаратов, шумов и излучения. Сменные графики дежурств, необходимость перемещать пациентов или посещать их на дому – везде и всюду специалисты сталкиваются с рисками для своего здоровья, которые, к сожалению, во многих случаях игнорируются как самими работниками, так и работодателями. Система защиты от рисков должна быть многоуровневой. Здесь важны и меры государственной поли-

тики и регулирования, и приверженности каждой медицинской организации, и осведомленности и приверженности сохранению здоровья со стороны каждого специалиста, и поддержка профессионального сообщества со стороны ассоциаций.

Медицинские сестры могут внести огромный вклад в решение проблем здравоохранения. Но сами медицинские сестры испытывают большое давление. Им не хватает ресурсов, поддержки, признания и статуса... Чтобы преодолеть этот порочный круг, самые влиятельные лидеры здравоохранения объединили свои силы под эгидой глобальной кампании, стартовавшей в феврале этого года. Сестринское дело – сейчас! Такое символическое название получила эта кампания, реализуемая совместно МСМ и ВОЗ и инициированная лордом Найджелом Криспом. В поддержку кампании вы-

ступили герцогиня Кембриджская Кейт Миддлтон, генеральный секретарь ВОЗ д-р Тедрос, президент МСМ Аннет Кеннеди, а ее участниками стали многие страны и регионы.

А еще многие страны уже подключились к другой кампании – по сбору одного миллиона подписей в поддержку выдвижения Марианны и Маргариты, двух медицинских сестер из Австрии, на Нобелевскую премию мира!

Нобелевская премия мира – высочайшая награда, которая символизирует вклад в защиту прав человека, защиту мира и благополучия людей. Мы уверены, что Марианна и Маргарита ее в полной мере заслуживают! Пример их жизни и работы чрезвычайно важен не только для сестринской профессии, но для всего человечества, как урок доброты, сострадания, беззаветного служения.

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ МОГУТ СТАТЬ КАНДИДАТАМИ НА НОБЕЛЕВСКУЮ ПРЕМИЮ МИРА: КАМПАНИЯ ПО СБОРУ ОДНОГО МИЛЛИОНА ПОДПИСЕЙ



Марианна и Маргарита – две замечательные женщины, которые в конце 1950-х гг. получили сестринское образование в Австрии, а в начале 1960-х гг. уехали в Корею и поселились на острове Сирокдо, куда ссылали больных лепрой. Более сорока лет они самоотверженно работали, заботясь о пациентах, их детях, стараясь преодолеть сложившиеся традиции отчуждения и страха, внести в их жизнь надежду. И им это удалось. Лишь спустя 43 года, почувствовав, что уже слабеют и теряют силы, медсестры покинули остров, чтобы не стать для его жителей обузой.

Обитатели острова были глубоко удивлены встрече с Марианной и Маргаритой: удивляло в них все – и голубые глаза, и светлые волосы

(пациенты никогда ранее в своей жизни не видели иностранцев), и, особенно, то, как они относились к пациентам.

В то время как врачи островного госпиталя всегда были вооружены масками и перчатками, всегда соблюдали максимальную дистанцию, сестры не надевали защитных костюмов и без страха прикасались к пациентам. А еще они изыскивали дополнительные ресурсы, обращались в католические сообщества, чтобы им помогли с медикаментами. Тихо, скромно, но с че-

стью и достоинством несли они свою миссию, забыв о себе и считая служение больным главной целью своей жизни.

По прошествии более чем 40 лет сестры вернулись на родину, в Австрию, оставив жителям острова благодарственное письмо – за прекрасные годы совместной жизни и подаренное им счастье. А еще после себя они оставили великую память о том, что две хрупкие девушки смогли превратить остров отчаяния и горя в остров света, надежды и любви.

От имени Ассоциации медицинских сестер России призываем всех читателей нашего журнала отдать свой голос в их поддержку! Сделать это можно на главной странице веб-сайта РАМС www.medsestre.ru



Призвание глиною в жизнь



Наталья Анатольевна Шапошникова

медицинская сестра-анестезист
ФГБУ «ФЦТОЭ», МЗ РФ г. Смоленск

*Достойный опыт с мудростью вдвоем
Года летят, мгновения летят...
Любой отрезок жизни – как стихи.
Ну а душа, как прежде, молодая!*
Р. Гасанов
*Лидеры не рождаются и не делаются
кем-либо, они делают себя сами*
Стивен Кови

В марте 2018 года Ассоциация медицинских сестер России объявила о проведении конкурса «Лидерство». На мой взгляд, лидер – это уникальный, особенный человек, с многолетним опытом, который ведет за собой и служит примером для подражания не одному поколению медицинских сестер. Так, чтобы жизненный путь медицинской сестры совпадал с историей развития сестринского дела в стране, бывает нечасто. Я не могла остаться в стороне и не написать о моем наставнике и учителе – о старшей медицинской сестре анестезиологии и реанимации Филиала 4 ФГКУ «1586 ВКГ» МО РФ г. Смоленска – Лисиенко Ульяне Корнеевне, чей многолетний добросовестный труд, профессионализм и огромный опыт достойны признания и уважения.



Свой путь в медицине Ульяна начала в 1953 году в Приморском крае (с. Барабаш) медсестрой в военном госпитале. Там она встретила свою судьбу. Молодой офицер, кардиолог сразу обратил на нее внимание. Они поженились. Поступила в мединститут, но стать врачом было не суждено. Мужа перевели на другое место службы, появился ребенок. Так Ульяна и осталась медсестрой. Начались трудовые будни, боевые учения, мобильные госпитали и первые признания профессиональных побед. Если описать все вехи ее медицинской деятельности, то получится хорошая книга, каждая глава которой – борьба за жизнь пациента. И вот одна из них.

Во время боевых учений танк завяз в болоте, и трясина быстро поглотила тяжелую боевую машину. Экипаж не успел эвакуироваться и погибал от удушья, но выходил на связь. Отряд спасателей Министерства обороны и медбригада (врач и медсестра) быстро выехали на помощь. Место ЧП было определено сразу. Времени было мало, но все погружения водолазов были тщетны – зацепить тросами танк не удалось. Экипаж сообщил, что воздуха не хватает и вода стала проникать внутрь. Операция по спасению затянулась, медики нервничали, это умень-



Военно-полевой госпиталь, 1968 г.

шало шансы спасти жизни бойцам. Когда танк все же был поднят на поверхность, его экипаж не подавал признаков жизни. «У нас было все наготове. От долгого ожидания, холода (была осень) и не реальной ответственности меня просто трясло. А что творилось в душе – сложно описать словами», – вспоминает Ульяна Корнеевна. Слаженные действия медиков определили успех реанимационных мероприятий. Всех спасли. Военный врач получил внеочередное воинское звание, а Ульяна Корнеевна была отмечена грамотой и именными часами от командования.

В Смоленском военном госпитале Ульяна Корнеевна работает с 1973 года. Сначала совмещала работу операционной сестры и анестезиста. Работали с коллегой вдвоем, по очереди. Противошоковая палата была рядом с оперблоком, тяжелых пациентов лечили тут же. Сами готовили и стерилизовали перевязочный материал, инструментов, резиновые системы для трансфузии, кипятили шприцы, ассистировали во время операции и выхаживали послеоперационных пациентов. Времени хватало не только на работу – Ульяна Корнеевна внесла предложение по использованию аппарата Рива-Роччи, которое признано рационализаторским, имеет свидетельство. Отделение ре-



Село Барабаш, 1953 г.



Перевязка пациента, 1962 г.



г. Смоленск, 1980 г.



Награждение, г. Сухуми, 2007 г.

анимации сформировалось в 1982 году и Ульяну Корнеевну назначили старшей медицинской сестрой ОАР.

В 1993 году я начала работать под руководством Ульяны Корнеевны. Время было непростое: реформы в стране не обошли стороной и наш госпиталь.

В 1995–1996 гг. во время Чеченского конфликта Смоленский военный госпиталь принял более 5 бортов с ранеными. Первые, вторые сутки после операции, пациенты с тяжелыми огнестрельными ранениями поступали в ОАР. Отделение, рассчитанное на восемь коек, было заполнено до 25 человек. Раненых размещали в палатах хирургического отделения. Только те, что нуждались в респираторной поддержке, находились в палате реанимации. Врачи, медсестры работали на износ, не покидали отделения по несколько суток кряду. Старшая сестра четко регулировала работу персонала. Успокаивала раненых, находя для каждого нужное слово, давала надежду на скорое выздоровление, общалась и находила слова поддержки для их родственников. Это было тяжелое для нас всех время: вместо двух сестер в сутки мы работали вчетвером и никто не считал рабочие часы, мы были командой, работали четко и слаженно. Я не помню, ходила ли Ульяна Корнеевна домой, ведь в то время на ее плечах держалась вся наша служба. Высококвалифицированная старшая медицинская сестра могла заменить любую из нас – в палате ОАР, операционной, быстро совместить кровь, проверить исправность наркозно-дыхательной аппаратуры, сопровождала тяжелых пациентов при транс-

портировке в Окружной госпиталь на вертолете, она была везде.

Потом начались обычные трудовые дни. Мы, сестры, не любили вспоминать то время, лишь иногда приходили письма для старшей медсестры от бывших пациентов...

Как ей удастся все совмещать? Быть хорошей женой, мамой, грамотной медсестрой и замечательным руководителем. Работа занимает огромное место в ее жизни, иногда кажется, что главное.

Она умеет не только работать, но и отдыхать. С отличным чувством юмора, веселая, общительная. Всегда в первых рядах на проводимых в госпитале конкурсах медсестер.

Вместе с Ульяной Корнеевной я проработала 19 лет – не было ни дня, когда она позволила бы себе

разбит, и мы развернули госпиталь на территории санатория. Работы было много: раненные солдаты и гражданские лица, помощь оказывали всем круглосуточно». Ульяна Корнеевна любила быть на передовой, не боялась трудностей. Ее работа была отмечена руководством – «Ветеран труда», благодарностей и грамот не сосчитать, в том числе и от Министерства обороны.

Я пришла в госпиталь молодой девчонкой, и встреча с Ульяной Корнеевной определила мое отношение к профессии, пациентам и к самой себе. Да, именно такой должна быть медсестра, именно так выглядеть, именно так нужно общаться с пациентами, коллегами по работе, подчиненными, именно так нужно работать и любить свою работу. Вот настоящий пример медицинской этики, профессионализма, человечности и преданности своему делу. Я многому у нее научилась и всегда, оценивая свою работу, думаю, все ли я сделала правильно? Как бы Ульяна Корнеевна поступила в подобной ситуации?

Медицинский стаж Ульяны Лисиенко – 64 года, 32 года из них она занимала должность старшей медсестры ОАР. За это время она воспитала, обучила и передала опыт не одному поколению медсестер. Персонал отделения ОАР постоянно об-

новлялся: мы выросли, выходили замуж, рожали детей, и вот уже нужно составить график работы, чтобы отвести внуку в 1-й класс, а Ульяна Корнеевна все также с идеально ровной осанкой, в белоснежном халате и высоком накрахмаленном колпаке – на рабочем месте...

В 2014 году Ульяна Корнеевна ушла с должности старшей медсестры анестезиологии и реанимации по собственному желанию, прошла специализацию на базе ОГБПОУ «Смоленского базового медицинского колледжа» по специальности «Сестринское дело в трансфузиологии» и сейчас работает в «Кабинете клинической трансфузиологии» в родном военном госпитале.



На рабочем месте, 2017 г.

«Если вернуть время, то я не хотела бы иной судьбы. Я сделала правильный выбор профессии, за 64 года смогла помочь многим тысячам пациентов, моя жизнь интересна и насыщена. Сейчас наступило лучшее время для медицинских сестер, столько всего нового, работать одно удовольствие. Жаль, время летит неумолимо быстро, а сколько всего хочется успеть. Молодым сестрам я бы пожелала быть добрее, иметь сострадание к пациентам, не скупиться на внимание и заботу, по-моему, этого сейчас им так не хватает», – Лисиенко У.К.

«расклеиться», заболеть, быть в «дурном» настроении. Всегда в белоснежном халате и в высоком накрахмаленном колпаке, спокойная, тактичная, в разговоре никогда не повысит голос. В коллективе не было конфликтов. Мы всегда слушали и слышали ее, уважали и восхищались.

Старшая сестра ОАР пользовалась уважением, авторитетом и у командования. И если какая-то экстренная ситуация, то всегда доверяли ей, знали, что она не подведет. В послужном списке Ульяны Корнеевны есть и командировка в «горячие» точки. Во время Грузино-Абхазского конфликта в 2007 году в составе миротворческих Сил она была направлена в командировку в Абхазию. «Город был



Роль медицинской сестры в обеспечении качественной подготовки к колоноскопии



Евгения Владимировна Коровина

Старшая медсестра эндоскопического отделения, ГБУЗ Ярославской области «Клиническая онкологическая больница», председатель специализированной секции РАМС «Сестринское дело в эндоскопии»



Наталья Валентиновна Нехаикова

Врач-эндоскопист, ГБУЗ Ярославской области «Клиническая онкологическая больница»

Колоноскопия – ведущий метод скрининга колоректального рака. Термин «колоректальный рак» (рак толстой кишки) используется

для определения опухолей ободочной и прямой кишок. Колоноскопия с удалением диагностированных полипов приводит к снижению заболеваемости КРР на 53–72 % и к снижению смертности от колоректального рака на 31 %. Ежегодно регистрируется более 10 млн новых случаев рака и 6,2 млн случаев смерти от рака в мире.

Большинство колоректальных опухолей развивается из аденоматозных полипов, развитие рака из аденомы размерами <1 см происходит медленно – в большинстве случаев примерно 5–10 лет. Своевременная диагностика и резекция таких образований – эффективный метод профилактики колоректального рака.

За 2017 год в России выполнен один миллион колоноскопий. Все эндоскопические исследования и операции требуют определенной подготовки пациента. Медсестра, являясь первым и непосредственным помощником пациента, принимает активное участие в его подготовке перед колоноскопией. Медсестры знают, как много тревог приносит больным ожидание предстоящих эндоскопических исследова-

ний. К ним первым обращаются больные за советом и разъяснением. И если больной видит в глазах медицинской сестры участие и уверенность, он сам становится уверенным и спокойным, что важно для успешного проведения эндоскопического исследования. Врач определяет показания и противопоказания к эндоскопическому исследованию. Колоноскопию проводит врач, медсестра ассистирует во время исследования.

На этапе подготовки к колоноскопии медицинский персонал может столкнуться со следующими проблемами со стороны пациента: негативное отношение к предстоящей манипуляции, страх перед вмешательством, стеснительность, сомнения в достижении качественной подготовки толстой кишки. На этом этапе медсестра оказывает психологическую поддержку, которая состоит в разъяснении целей и хода предстоящего исследования, снятии психоэмоционального напряжения, информации о том, как будет проводиться исследование, что может почувствовать пациент во время колоноскопии. Медицинская сестра объясняет основные

При неадекватной подготовке толстой кишки рекомендовано повторить колоноскопию в течение года.

правила поведения во время проведения колоноскопии и после. Также медицинская сестра должна уметь подготовить больного к колоноскопии, подробно объяснив пациенту алгоритм подготовки толстой кишки к исследованию и выдав письменные рекомендации. Медсестра также может предупредить о последствиях нарушения правил подготовки. Качественная подготовка толстой кишки – один из основных показателей качества колоноскопии. Результатом неадекватной подготовки толстой кишки являются 20% незавершенных колоноскопий, снижение частоты выявления аденом и полипов до 50%. Для улучшения показателей числа законченных колоноскопий и качества их проведения сотрудники отделения постоянно совершенствуют свои знания, посещая научно-практические конференции. В ходе конференций есть возможность поделиться своим опытом, а также перенять опыт, имеющийся у коллег. При неадекватной подготовке толстой кишки рекомендовано повторить колоноскопию в течение года. Подготовка толстой кишки к исследованию включает в себя следующие основные моменты:

Соблюдение диетических рекомендаций. За 3 дня до колоноскопии рекомендуется соблюдать бесшлаковую диету. Рекомендуются продукты: варёное мясо белой рыбы, курицы, яйца, сыр, белый хлеб, масло, печенье, картофель. Не рекомендуется употреблять в пищу: фрукты и ягоды с косточками, красное мясо, все свежие и сушё-

ные овощи, злаковые и зерносодержащие продукты, грибы, орехи, зерновой хлеб, сладости.

В день накануне исследования рекомендуется жидкая диета. После лёгкого завтрака рекомендуется пить достаточное количество прозрачной жидкости до 2 литров (можно пить воду, нежирные бульоны, морсы, соки без мякоти, чай с сахаром или мёдом, компоты без ягод). Не рекомендуется употреблять молоко, кисель, кефир.

Соблюдение двигательной активности пациента во время приёма слабительного препарата оказывает положительное влияние на улучшение качества подготовки. Во время подготовки пациентам рекомендуется выполнение легкой домашней работы, прогулка в пределах клиники или в домашних условиях, это позволяет достигнуть более высокого качества подготовки кишечника, по сравнению с минимальной активностью пациента (нахождение пациента в сидячем или лежащем положении после приема слабительного препарата).

Выбор слабительного препарата для подготовки толстой кишки к колоноскопии. Проведённые исследования показали, что препараты на основе полиэтиленгликоля (ПЭГ) наиболее эффективны и безопасны. Европейское общество гастроинтестинальной эндоскопии (European Society of Gastrointestinal Endoscopy – ESGE) рекомендует в качестве стандартной (рутинной) подготовки кишки к колоноскопии применять сплит-дозы при ис-

пользовании 4 литров ПЭГ или приём всего объёма препарата утром при выполнении колоноскопии в дневное время. Низкообъёмный 2 литровый полиэтиленгликоль с аскорбатом или препарат на основе пикосульфата с магнием могут быть эффективной и обоснованной альтернативой, особенно для подготовки амбулаторных пациентов.

Медицинская сестра, которая объясняет пациенту подготовку к колоноскопии, даёт подробные устные и письменные рекомендации, должна владеть информацией о составе и механизме действия слабительного препарата, его преимуществах, о различных схемах назначения в зависимости от времени проведения предстоящей колоноскопии и о том, как приготовить раствор препарата. Также необходимо учитывать возраст пациента, так как у пожилых пациентов часто встречается такая проблема, как снижение моторной функции, что приводит к запорам. Таким пациентам рекомендован прием слабительных за неделю до исследования.

Медсестра следит за правильностью подготовки пациента к исследованию до врачебного осмотра, выявляет пациентов с явными противопоказаниями, а также выясняет со слов пациента, как он переносит те или иные лекарственные препараты. По назначению врача медицинская сестра проводит премедикацию перед эндоскопическим исследованием.

Пациенты, получившие рекомендации от медсестер, которые прошли обучение по правильному инструктажу по подготовке к колоноскопии, продемонстрировали более высокий процент соблюдения инструкций и более высокое качество подготовки кишечника.

Большую роль в повышении знаний медицинских сестёр эндоскопического отделения играет систематическое проведение врачами-эндоскопистами занятий и тренингов по различным вопросам подготовки пациентов к эндоскопическим исследованиям, диагностики, лечения и профилактики заболеваний желудочно-кишечного тракта, ознакомление с новейшими достижениями медицины. От опыта и четкого взаимодействия всего персонала эндоскопического отделения во многом зависит качество исследования.



Особенности внедрения и функционирования КМИС в ГБУЗ ЛО «Лодейнополюская МБ»



Мария Владимировна Халлиева
Медицинская сестра ультразвуковой диагностики районной поликлиники ГБУЗ «Лодейнополюская межрайонная больница»



Галина Владимировна Андреева
Главная медицинская сестра ГБУЗ «Лодейнополюская межрайонная больница»

За последние годы в медицине значительно увеличилось количество новых методов диагностики и лечения. Объём информации о состоянии здоровья пациентов, который необходимо обрабатывать врачу и медицинской сестре, значительно вырос. Ежедневно в каждом лечебном учреждении решается ряд серьёзных задач, связанных с внесением, обработкой и хранением медицин-

ской информации, практически с управлением потоками информации, краткосрочным и долгосрочным планированием, статистическим и финансовым анализом. Для эффективного решения этих задач необходимо применение комплексных медицинских информационных систем (КМИС).

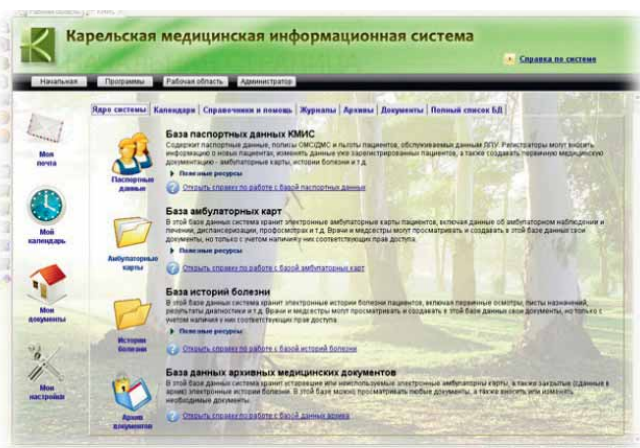
В районной поликлинике ГБУЗ ЛО «Лодейнополюская МБ» на протяжении 10 лет работает комплексная медицинская информационная система. Переход на электронный документооборот позволил больнице повысить эффективность работы медицинского персонала, в первую очередь врачей и медсестер поликлиники, и автоматизировать такие важнейшие направления работы, как ведение приема участковой службы, прием узких специалистов, диспансеризация, работа диагностических отделений и т.д. Конечным итогом стало внедрение полной электронной амбулаторной карты, системы планирования рабочего времени, электронных календарей и ряда других важнейших технологий. За счет этого упростился труд врача и медсестры, повысилось качество и доступность медицинской помощи, а также делопроизводство и сохранность медицинской информации.

Весь функционал КМИС строится вокруг потребности ключевого пользователя – медицинского работника лечебно-профилактического учреждения. В одной информационной системе

находится весь необходимый для деятельности медицинского персонала функционал, что дает возможность получать мгновенный и гарантированный доступ к любой необходимой пользователю информации при наличии прав доступа.

Единое информационное пространство позволяет упростить и сделать более эффективной работу медицинского персонала. Пользователь вносит только новую информацию. Все, что ранее уже было введено в систему пользователями, подставляется автоматически в документы, формы, отчеты и т.д. Именно вокруг врача и медсестры настраиваются календари, строится обмен электронными документами и выполняются все прочие функции системы. Комплексная медицинская информационная система предоставляет возможность доступа к необходимым данным удаленно – это позволяет администрации сделать организацию работы полностью прозрачной.

Во всех лечебно-профилактических подразделениях реализуется единая стандартная схема работы – от регистратуры или приемного покоя к лечащему врачу, дальнейшее диагностирование, консультирование и так далее. Таким образом, в процессе обследования или лечения в электронной амбулаторной карте или истории болезни накапливается вся информация, которая дальше используется по необходимости группами пользователей.



Общий вид начальной страницы и электронного календаря КМИС

Все медицинские документы содержат блок статистической информации, что позволяет в оперативном режиме получать статистические отчеты.

Работа с электронными медицинскими документами предполагает широкое использование справочников, шаблонов, наследование информации, в значительной степени облегчая ведение рутинной документации.

С целью обеспечения неизменности документов после их внесения в базу данных КМИС применяется электронно-цифровая подпись (ЭЦП). Документ, имеющий ЭЦП, нельзя изменить и, соответственно, нельзя модифицировать содержащиеся в нем данные.

После посещения Сергеем Анатольевичем Барановым, на тот момент главным врачом нашей больницы, медсанчасти в Кондопоге, возникла идея внедрения этой системы в ГБУЗ ЛО «Лодейнополюнская МБ». КМИС соответствовала потребностям нашей больницы с функциональной точки зрения.

Процесс внедрения КМИС начался в 2006 году. Компания «Сплэйн», официальный дистрибьютор комплексной медицинской информационной системы Кондопога, выиграла конкурс на внедрение комплексной медицинской информационной системы на 50 рабочих мест (стационар, поликлиника) и лицензионного программного обеспечения для установки и конфигурирования медицинской информационной системы для ГБУЗ ЛО «Лодейнополюнская МБ» Ленинградской области.

К концу декабря 2006 года в Лодейнополюнской МБ были подключены серверы и активное сетевое оборудование, установлены рабочие станции, а также комплексная медицинская информационная система, началась работа по настройке и обучению пользователей. Начальный этап автоматизации удалось выполнить в рекордные сроки – всего за 2 месяца.

На начальных этапах внедрения медицинской информационной системы наблюдалось активное сопротивление сотрудников на местах, которое могло стать серьезным препятствием и вполне способно было сорвать или существенно затянуть проект внедрения. Это вызвано несколькими человеческими факторами: обыкновенным страхом перед нововведениями, консерватизмом (например, участковому



Краткий обзор функциональных возможностей КМИС

врачу, проработавшему 30 лет с бумажной амбулаторной картой, психологически тяжело пересаживаться за компьютер), опасение потерять работу или утратить свою незаменимость, боязнь существенно увеличивающейся ответственности за свои действия.

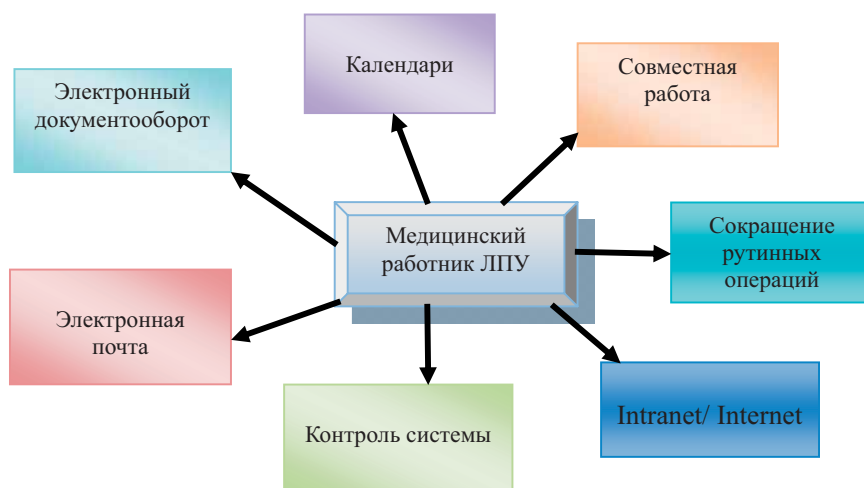
Благодаря активному участию главного врача, заведующих отделений и ответственной группы специалистов, проводивших внедрение информационной системы, были предприняты меры по профилактике противодействия сотрудников, а именно:

- проводилась разъяснительная работа с кадрами о необходимости внедрения КМИС;
- были организованы первичные курсы по обучению сотрудников работе с компьютерами;
- проводились семинары с разработчиками системы по детальному изучению непосредственно КМИС;

- была создана инициативная группа помощников по внедрению и решению вопросов, возникающих у сотрудников в процессе работы с КМИС, во главе с администратором системы;

- все организационные решения по вопросам внедрения были подкреплены изданием соответствующих приказов и письменных распоряжений.

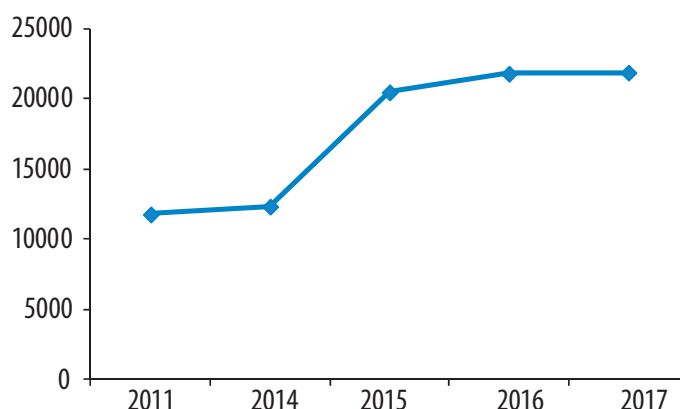
Проведена разъяснительная работа с персоналом ЛПУ о временном увеличении нагрузки на персонал при внедрении системы и о том, что длительность этого этапа целиком и полностью зависит от самих сотрудников, – чем быстрее и в более полном объеме они смогут освоить информационную систему, тем раньше они перейдут на работу преимущественно с электронной документацией, и тем раньше начнут экономить свое время.



Обмен документами



Электронный документооборот КМИС



Динамика роста ультразвуковых диагностических исследований

На некоторых этапах внедрения проекта временно возросла нагрузка на сотрудников. Это связано с тем, что помимо выполнения обычных обязанностей персоналу необходимо было осваивать новые знания и технологии. Во время проведения опытной эксплуатации при внедрении системы в течение некоторого времени приходится совмещать освоение новой системы и ведение документооборота традиционными способами (поддерживать бумажный документооборот).

Обучение среднего медперсонала, в частности медсестер, прошло менее болезненно и более результативно во многом благодаря активной работе и личному примеру главной медсестры больницы и старшей медсестры районной поликлиники, которые участвовали в организации курсов и семинаров для медсестер, мотивировали и поощряли освоение новых технологий сотрудниками. После эффективной работы с КМИС у многих медсестер в функциональные обязанности были внесены изменения – умение работать на ПК и в КМИС.

Применение информационных технологий, введение электронного документооборота и КМИС позволили снизить непрофильную нагрузку на врача и медсестру, а также повысили статус сестринского персонала. Сестринский персонал вместо ручки и листа бумаги использует клавиатуру и компьютер, качественно и быстро оформляя направления, выписки, отчеты и т. п. здесь и сейчас всего лишь нажатием нескольких клавиш. В результате чего медицинский персонал стал больше внимания и времени уделять непосредственно пациенту и его здоровью.

Современный мир, технический прогресс, новые технологии обязывают медицинских сестер идти в ногу со временем, быть не просто безмолвным помощником врача, который выполняет его поручения «на автомате», а быть профессионально грамотным и квалифицированным участником лечебного процесса.

На сегодняшний день 100 рабочих мест оснащены персональными компьютерами, из них автоматизировано 50 рабочих мест специалистов поликлиники, стационара и диагностических служб, работающих с КМИС. В целом, система внедрена и активно используется пользователями.

К положительным результатам внедрения электронного документооборота, использования КМИС в ГБУЗ ЛО «Лодейнопольская МБ» можно отнести следующее:

- автоматизация некоторых клинических направлений работы лечебного учреждения, внедрение электронной медицинской карты (ЭМК);
- организация эффективного информационного взаимодействия практически между всеми участниками лечебно-диагностического процесса;
- возможность работы удаленного доступа;
- запись в электронные календари повысила доступность медицинской помощи, различных видов диагностических исследований, сократила очередь пациентов на диагностические исследования;
- рост различных видов диагностических исследований;
- оптимизация нагрузки на персонал;
- сокращение (а местами и полностью исключение) рутинных операций

по оформлению медицинской документации, повышение качества и информативности медицинских документов;

- существенное ослабление (или снятие) с врача и медицинской сестры непрофильной нагрузки позволило больше времени уделять своей непосредственной работе – общению с пациентом, оказанию качественной квалифицированной медицинской помощи;
- совершенствование профессиональных навыков, получение новых практических и теоретических знаний, повышение профессиональных качеств врача и медсестры, престиж и участие в научно-техническом прогрессе.

К минусам можно отнести следующее:

- не все направления клинической работы автоматизированы, не подключены модули сопряжения с аптекой, лабораторией, не все отделения в стационаре подсоединены к КМИС;
- на законодательном уровне электронная амбулаторная карта не приравнена к обычной бумажной, поэтому приходится дублировать документы.

При внедрении КМИС в ГБУЗ ЛО «Лодейнопольская МБ» преследовались две ключевые задачи: во-первых, обеспечить возможность полного электронного документооборота с высокой и стабильной производительностью в течение длительного срока эксплуатации; во-вторых, укрепить преемственность и взаимосвязь подразделений ГБУЗ ЛО «Лодейнопольская МБ», используя возможность групповой работы над различными медицинскими документами – электронной амбулаторной картой (в поликлинике), электронной историей болезни (в стационаре).

СЕСТРИНСКИЙ ПАТРОНАЖ ПАЦИЕНТА С ТРАВМОЙ

ОПЫТ РАСШИРЕНИЯ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ



■ **Наталья Александровна Магурина**

Старшая медицинская сестра ГБУЗ Республики Карелия
«Больница скорой медицинской помощи», г. Петрозаводск

Поиск наиболее экономичных путей оказания помощи пациентам на дому, улучшение качества и доступности амбулаторной медицинской помощи для маломобильных пациентов с различными видами травм, пациентов, страдающих нарушением жирового обмена и имеющих травмы ног, а также для одиноких пациентов послужило причиной внедрения сестринского активного посещения на дому.

Травматологический пункт или отделение для оказания круглосуточной амбулаторной травматологической помощи ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» г. Петрозаводска – единственное учреждение города, где оказывается неотложная амбулаторная травматологическая помощь, а также проходят лечение и наблюдение пациенты, которым требуется квалифицированная медицинская помощь на дому. Ежедневно, в зависимости от сезона, учреждение оказывает неотложную травматологическую помощь от 60 до 100 человек взрослого населения. Одновременно проходят лечение до 150–170 человек. Ежегодно на дому обслуживается до 900 человек, примерно 4–5 человек в день. Существует четкая преемственность оказания помощи пациентам между травматологическим отделением стационара и травмпунктом. В 90 % случаев для амбулаторного лечения пациенты стационара будут направлены в травмпункт. Далее медицинская помощь для маломобильного пациента может быть оказана как в лечебном учреждении, так и на дому. Первично, когда и где пациент будет осмотрен,

Ни для кого не секрет, что о профилактике пролежней, гигиенических мероприятиях по уходу за маломобильным пациентом, правилах перемещения пациента лучше всех расскажет медицинская сестра

Таблица 1

Количество активов, выполненных врачом-травматологом по характеру травматологических повреждений

	2014	2015	2016
перелом бедренной кости	468	430	455
переломы позвоночника, костей таза	58	86	53
перелом лодыжек	95	97	230
переломы костей плечевого пояса	67	73	30
разрыв ахиллова сухожилия	27	19	24
сочетанная травма	45	39	36
заболевания суставов	57	39	89
всего	817	783	917

Вывод: преобладают переломы бедренной кости, за последний год значительно увеличилось количество посещений пациентов с переломами лодыжек.



Пример образцовой практики, опубликованный на официальных ресурсах Европейского регионального бюро ВОЗ, в рамках кампании, приуроченной к Международному дню акушерки и Международному дню медицинской сестры

логическую помощь от 60 до 100 человек взрослого населения. Одновременно проходят лечение до 150–170 человек. Ежегодно на дому обслуживается до 900 человек, примерно 4–5 человек в день. Существует четкая преемственность оказания помощи пациентам между травматологическим отделением стационара и травмпунктом. В 90 % случаев для амбулаторного лечения пациенты стационара будут направлены в травмпункт. Далее медицинская помощь для маломобильного пациента может быть оказана как в лечебном учреждении, так и на дому. Первично, когда и где пациент будет осмотрен,

Таблица 2

Количество активов, выполненных врачом-травматологом за 2016 год

	количество посещений	из них повторных
перелом бедренной кости	455	359
переломы позвоночника, костей таза	53	35
перелом лодыжек	230	50
переломы костей плечевого пояса	30	0
разрыв ахиллова сухожилия	24	0
сочетанная травма	36	21
заболевания суставов	89	80
всего	917	545

Вывод: в 60 % случаев актив врача-травматолога на дом повторный.

Таблица 3

Компетенции медицинских работников при оказании помощи травматологическим пациентам на дому

Компетенции врача-травматолога	Компетенции медицинской сестры
Назначение медикаментозной терапии	Профилактика пролежней; общий уход
Расширение двигательного режима	Профилактика гипостатической пневмонии
Назначение лечебной физкультуры	Обучение родственников правилам перемещения; помощь в приобретении вспомогательных средств
	Уход за повязками, в том числе гипсовыми
	Выполнение инъекций, контроль за приемом медикаментов
	Советы по питанию
	Лечебная физкультура

Вывод: компетенции медицинской сестры при оказании помощи маломобильным пациентам разнообразны.

решает травматолог стационара. В одном случае это будет единственный актив на дом с последующей явкой в травмпункт, в другом – посещения пациента на дому будут требоваться несколько месяцев, а иногда и лет. Анализ выполненных активов к пациентам, нуждающимся в наблюдении на дому, показал, что большая часть посещений повторны, вызов и консультация врача-травматолога необоснованны.

Кроме осмотра послеоперационного рубца, иммобилизированной конечности, рекомендаций по расширению двигательного режима, коррекции медикаментозной терапии, родственников интересуют вопросы гигиенического ухода, перемещения пациента, в ряде случаев существует необходимость повторных перевязок. Иногда актив на дом оказывался ни чем иным, как простой беседой «за жизнь», особенно при повторных активках к пациентам старческого возраста. Врачи с неохотой

Увеличение количества патронажей позволило сократить очереди в травматологическом пункте, уменьшить поток жалоб от пациентов на ожидание актива, что отразилось на имидже лечебного учреждения.



Заведующий травмпунктом А.З. Гильман

посещали такого пациента, эти пациенты могли долго ожидать актива на дом, что вело к повторному вызову, недовольству пациента и его родственников.

Впервые патронаж к маломобильному пациенту с травматологической патологией стал выполняться не только врачом-травматологом, но и медицинской сестрой самостоятельно. Медицинская сестра на патронаже обучает родственников/лиц, осуществляющих уход, приемам перемещения пациента, гигиеническим процедурам, уходу за повязками. Обучает пациента дыхательной гимнастике, приемам самомассажа, контролирует прием медикаментов, дает советы по питанию, а также владеет навыками снятия швов, техникой перевязок, десмургией, техникой наложения гипсовых повязок, снятием гипсовых повязок, в том числе целлакастовой повязки с помощью пилы.

Расширение показаний для осуществления патронажа к травматологическому пациенту, заполнение карты сестринского наблюдения за маломобильным пациентом (приложение № 1) – это новые компетенции медицинской сестры, возможность применения умений и навыков на практике.

Перед активом врач и медицинская сестра знакомятся с медицинской документацией пациента, диагнозом, сопутствующей патологией и принимают решение, каким будет патронаж: врачебным или сестринским. Актив выполняет наиболее опытная медицинская сестра, владеющая в том числе и хорошими коммуникативными навыками. Иногда требуется помощь старшей медицинской сестры (автора карты сестринского наблюдения) в заполнении документации.

Расширение роли медицинской сестры было воспринято неоднозначно как средним медицинским персоналом, так и некоторыми врачами-травматологами. При беседе с медицинскими сестрами выяснилось, что к такому виду деятельности готовы не все, мотивируя отказ недостаточностью опыта, отсутствием практики перевязок гнойных и свищевых ран, недоверием со стороны родственников, встречающих словами: «А вы врач или медсестра?!». Сомнения врачей были быстро развеяны. Делегирование полномочий освободило врачей от порой рутинной работы на дому у пациента и выполнения несвойственных ему функций. Ни для кого не секрет, что о профилактике пролежней, гигиенических мероприятиях по уходу за маломобильным пациентом, правилах перемещения пациента способна лучше рассказать медицинская сестра. Анализ выполненных вызовов пациентам, нуждающимся в наблюдении на дому, количество выполненных активов, высокая оценка нововведений родственниками и пациентами, нуждающимися в патронаже, свидетельствуют о положительном результате внедрения сестринской практики, несмотря на то что мы в самом начале пути. Увеличение количества патронажей позволило сократить очереди в травматологическом пункте, уменьшить поток жалоб от пациентов на ожидание актива, что естественно, отразилось на имидже лечебного учреждения. Изменились и профессиональные отношения между доктором и медицинской сестрой – градус партнерства стал существенно выше! Мно-

гочисленные отзывы пациентов и их родственников, для которых предпочтительнее оказание помощи на дому, говорят о высокой оценке нововведения. Отсутствие необходимости транспортировать пациента из дома в травматологический пункт для консультации избавило родственников не только от финансовых затрат, ведь в большинстве случаев это дорогостоящий специализированный транспорт, но и от дополнительных рисков для пациента. Медицинская сестра, осуществляющая патронаж к маломобильному пациенту, осознала свою значимость в оказании помощи пациентам на дому, появилась мотивация к получению новых знаний для последующего обучения пациентов и их родственников.

Проблемы, возникающие при патронаже пациентов на дому, коллегиально обсуждаются с врачами-травматологами. У одного пациента – это долго незаживающая рана, у другого – отказ от выполнения рекомендаций врача и медицинской сестры в силу разных причин, в том числе и старческого слабоумия. Появившийся опыт позволяет сформировать стандартный план посещения на дому, в котором предусмотрены документирование сестринского вмешательства, оснащение манипуляции, технологии сестринской манипуляции, стандарт общения, консультирование в режиме онлайн, заочное консультирование с врачом и прочие составляющие. Делегирование полномочий медицинской сестре сделало медицинскую помощь пациенту более доступной!

Вклеивается в карту амбулаторного пациента при каждом посещении.

Карта сестринского наблюдения за маломобильным пациентом

Ф.И.О., возраст _____

Цель патронажа _____

Врачебный диагноз _____

Осложнения, сопутствующая патология _____

Рекомендации от врача _____

Наличие оперативного лечения да / нет, ____ сутки после операции, швы сняты / нет

Жалобы _____

Двигательный режим: общий / постельный. В кровати сидит / нет. Ходит / нет

Масса тела _____ Память сохранена: да / нет

Видимые слизистые оболочки _____ изменения (какие) _____

Наличие пролежней (локализация) _____

Боль: локализация _____ характер _____ интенсивность по ВАШ _____

длительность _____ от чего проходит _____

Состояние повязки _____ Состояние п/о рубца _____

Уход за пациентом осуществляет: родственник, сиделка, навещает социальный работник

Качество ухода _____

Санитарное состояние помещения: удовлетворительное / нет

Состояние нательного / постельного белья: удовлетворительное / нет

Прием пищи: самостоятельно / с помощью. Качество питания _____

Питьевой режим _____

Наличие у пациента: п/пролежневый матрац, ортопедический корсет, ортез, ходунки, костыли, трость, другое _____

На патронаже выполнено: снятие швов / перевязка / наложена повязка / снят гипс, в том числе целлакастовая повязка

Даны рекомендации по профилактике пролежней _____

Пациент / родственники обучены приемам перемещения / гигиеническим процедурам / дыхательной гимнастике / приемам самомассажа

Необходимость повторного актива _____

Число _____ Подпись медицинской сестры _____

Загадки и тайны медицины

Внимательно рассмотрите рисунок – вот такие достаточно простые и незамысловатые рисунки позволили их автору, одному из самых известных врачей XX века, подойти к своему открытию. Сразу подчеркнем и, быть может, подскажем, что к содержанию статей этого выпуска «Вестника» рисунок отношения не имеет. Это всего лишь один из сюжетов, выбранных автором. Рисунков было много на самые разные темы, и каждый из них укреплял автора в правильности его разработок. Сегодня этот автор известен каждому из нас.

Кто этот автор? И в чем особенность рисунка?

Направляйте ответы на адрес редакции «Вестника» RNA@medsestre.ru до 1 августа 2018 года.

Правильный ответ и имена первых трех правильно ответивших читателей будут опубликованы в следующем номере. Возможно, если загадка вызовет интерес, – вместе со следующим заданием!



К НОВЫМ СВЕРШЕНИЯМ И ТОЛЬКО ВПЕРЕД!

8 июля отмечает юбилей одна из самых успешных организаторов здравоохранения Республики Саха (Якутия) – Аграфена Васильевна Яковлева. Мы знаем и уважаем ее как настоящего профессионала, специалиста с огромным практическим опытом работы, автора многих инновационных начинаний в актуальных вопросах подготовки и формирования профессиональных качеств специалистов. И, наконец, Аграфена Васильевна – женщина, которая может все и не потерпела ни одного поражения. Она является главным внештатным специалистом по управлению сестринской деятельностью Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия), президентом региональной общественной организации «Ассоциация средних медицинских работников РС(Я)», лицом и визитной карточкой Якутии, двигателем одиннадцати тысяч специалистов со средним профессиональным образованием. Множество побед, которые Аграфена Васильевна одержала в своей карьере, не поддаются никакому исчислению. Признанием ее заслуг являются высокие звания: «Заслуженный работник РФ и РС(Я)», «Отличник здравоохранения РФ и РС(Я)».

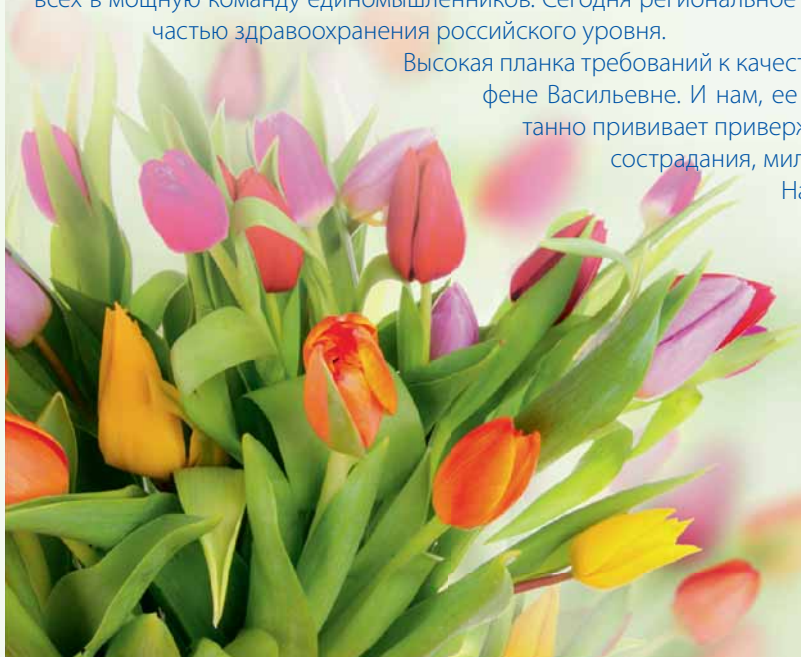
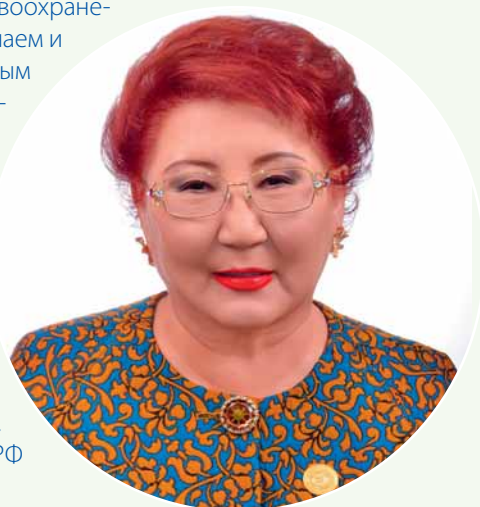
А трудовой путь Аграфена Васильевна начала в 1975 году медицинской сестрой Городского дома ребенка. Ступенями профессионального роста стали годы работы организатором сестринского дела по хирургическому профилю в крупнейшем ЛПУ республики – в Якутской республиканской клинической больнице. Новый виток реализации всех граней таланта начался с открытием Якутского клиничко-диагностического центра в 1992 году в качестве старшей медицинской сестры гепатодуоденального отделения. Профессионализм, исключительные организаторские способности, авторитет среди коллег способствовали тому, что в 1996 году ей поручили возглавить работу среднего и младшего медицинского персонала уникального многопрофильного лечебно-профилактического учреждения – Национального центра медицины. Принимая активное участие в освоении новейших медицинских технологий и методик диагностики, лечения и реабилитации, ею была налажена четкая и грамотная организация производства на каждом рабочем месте. Велась непрерывная подготовка и повышение квалификации среднего медицинского персонала, способствовавшее успехам ГАУ РС(Я) «Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины».

10 лет назад она возглавила региональное отделение Ассоциации средних медицинских работников РС(Я). Это решение было продиктовано стремлением к новым свершениям и желанием поднять на новый уровень сестринское дело Якутии. Ведя большую общественную работу, поддерживая постоянную связь с лечебно-профилактическими организациями, с руководителями сестринского дела, с главными врачами во всех уголках республики и за ее пределами – ей удалось не просто вдохновить и убедить коллег в корне изменить устоявшуюся систему ценностей, но и по праву стать лидером медицинских сестер всей республики. Укрепляя авторитет и доверие организации в обществе, она объединила всех в мощную команду единомышленников. Сегодня региональное отделение является неотъемлемой и значимой частью здравоохранения российского уровня.

Высокая планка требований к качеству и результатам труда – стиль, присущий Аграфене Васильевне. И нам, ее последователям, личным примером она неустанно прививает приверженность высоким принципам ответственности, сострадания, милосердия, бескорыстного служения профессии. На неё устремлены все наши взгляды, и за каждым победой, успехами и проектами лежат ее труд, опыт и энергия.

Уважаемая, Аграфена Васильевна, желаем Вам дальнейших творческих успехов, крепкого здоровья, счастья, благополучия. Оставайтесь всегда примером лидерства и оптимизма, мудрости и великодушия, красоты и женственности!

*Правление Ассоциации
медицинских сестер России,
Ассоциации средних
медицинских работников
Республики Саха (Якутии)*



ТЕХНОЛОГИИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА



■ **Вера Владимировна Рябкова**

Главная медицинская сестра,
Президент СРОО «АССД»



■ **Анна Юрьевна Пурасова**

Медицинская сестра-анестезист



■ **Наталья Анатольевна Шапошникова**

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

Улучшение качества жизни людей, повышение качества медицинской помощи и снижение рождаемости во многих развитых странах, в том числе и в России, приводит к увеличению численности людей пожилого и старческого возраста. В связи с чем, возрастает и количество возрастных пациентов, получающих высокотехнологическую медицинскую помощь в условиях нашего центра.

С увеличением материально-технических возможностей и требований к повышению качества жизни пациентов расширяются показания к эндо-

протезированию крупных суставов. Более 1 млн операций по эндопротезированию выполняется каждый год по всему миру, и это число, по прогнозам, удвоится в течение следующих двух десятилетий. Пожилой возраст и сопутствующие заболевания не являются абсолютными противопоказаниями к таким операциям, а риск осложнений возрастает на 40% за каждое десятилетие в возрасте старше 65 лет, что требует усовершенствования анестезиологических пособий.

В 2015 году в нашем центре было проведено 5084 операции, 55% – это лица 50–70 лет, 8,4% – 70–80 лет. В 2016 году было проведено 5385 операций, из них 58% это лица 50–70 лет, 10% – 70–80 лет и 0,3% старше 80 лет. В 2017 году было прооперировано 5344 пациента, из них 58,6% это лица 50–70 лет, 8,4% – 70–80 лет и 0,6% – старше 80 лет.

Ведение гериатрических пациентов с болевым синдромом осложнено рядом факторов.

Во-первых, у пациентов старших возрастных групп часто есть несколько источников боли и велика вероятность неблагоприятных взаимодействий принимаемых лекарственных средств.

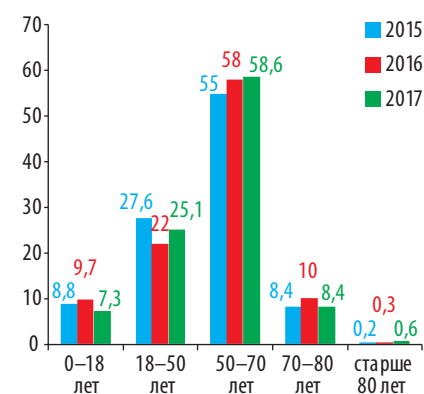
Во-вторых, молодые люди и престарелые по-разному воспринимают боль и говорят о ней, что является результатом физиологических и психологических изменений, связанных с процессом старения. Госпитализированные пациенты старшего возраста часто стойки переносят боль.

Боль является сложным и во многих случаях субъективным ответом организма на повреждения, имеющим ряд измеримых характеристик: интенсивность, продолжительность и индивидуальная реакция. Успех оценки и снятия болевого синдрома в послеоперационном периоде во многом зависит от хороших, доверительных отношений между медицинским работником, пациентом и, если необходимо, с его близкими. Результаты многочисленных исследований показывают, что паци-

енты, своевременно обученные некоторым методам подавления боли (например, советы, как лучше кашлять, дышать, поворачиваться или передвигаться), реже жалуются на боли, реже нуждаются в анальгетиках после операции и быстрее проходят период восстановления. По некоторым данным, подробное информирование пациентов до операции о возможных проявлениях болевого синдрома приводит к ослаблению болей и уменьшает длительность пребывания в стационаре.

Во многих случаях болевой синдром у престарелых пациентов эффективно купируется неопиоидными анальгетическими средствами, включая неспецифические противовоспалительные агенты. Известно, однако, что неспецифические противовоспалительные препараты чаще дают побочные эффекты (нарушения когнитивной функции, констипация и головные боли) у престарелых больных, чем у пациентов других возрастных групп.

Гериатрические пациенты имеют повышенную чувствительность к опиоидным препаратам; обезболивающий эффект опиоидов у пациентов этой группы более ярко выражен и сохраняется дольше, чем у пациентов других возрастных групп. Гериатрические больные также более чувствительны к седативному действию опиоидов и их влиянию на респираторную функцию. При титровании доз опиоида следует принимать во внимание не только же-



Средний возраст пациентов (в % от проведенных анестезий)



Выполнение блокады плечевого сплетения



Выполнение блокады седалищного нерва

лаемый анальгетический эффект, но и вероятность побочных действий препарата, которые включают задержку мочи, обструкцию кишечника.

Высокие уровни местных анестетиков в крови у гериатрических пациентов могут приводить к нарушению когнитивной функции. Кроме того, у таких больных нередко возникает ортостатическая гипотензия вследствие блокады симпатических нервов при местной анестезии. В связи с этим при назначении престарелому больному местных анестетиков следует предпринимать соответствующие меры предосторожности, поддерживать больного при ходьбе или обеспечить установку настенных поручней в палатах и отделении.

В настоящее время хирургическая ортопедия и травматология располагает широким спектром корригирующих и восстановительных операций, в том числе с использованием современных высокотехнологичных материалов и конструкций. Большинство хирургических вмешательств на опорно-двигательном аппарате характери-

зуется высокой сложностью, длительностью, многоэтапностью, значительной травматичностью и кровопотерей. Разносторонний контингент пациентов, большинство из которых отягощены множеством сопутствующих заболеваний, требует индивидуального подхода к выбору анестезии и объема лечебных мероприятий. Особенности ответной реакции организма при травмах, операциях на опорно-двигательном аппарате обязывают при внедрении новых методик анестезии учитывать как длительность и агрессивность оперативных вмешательств, так и морфофункциональные нарушения, связанные с наличием сопутствующей патологии, возрастными изменениями органов и систем больного.

Боль, страх, психоэмоциональное напряжение являются обязательными спутниками травм. Поэтому, наряду с хирургической помощью, обезболивание при травмах следует рассматривать как важнейший элемент патогенетического лечения тяжелых повреждений. Интенсивная терапия в сочетании с обезболиванием не только улучшает качество хирургического лечения, но и является основным элементом профилактики общих и местных осложнений.

Приоритетным методом анестезии при операциях на опорно-двигательном аппарате является регионарная анестезия, которая заняла достойное место в арсенале анестезиологического обеспечения в нашем центре. Блокада нервных стволов снимает на длительное время местное патологическое мышечное напряжение и сосудистый спазм, воспалительную реакцию,

отек, восстанавливает нарушенную трофику тканей.

Современные методики для визуализации нервных стволов и сплетений, используемые в ОАР:

- Электронейростимулятор «Stimuplex», BBraun.
- УЗИ-ассистированные методики:
 - УЗИ-навигация аппаратом E-ZONA 3000;
 - Ультразвуковая система Sonosite NanoMaxx.

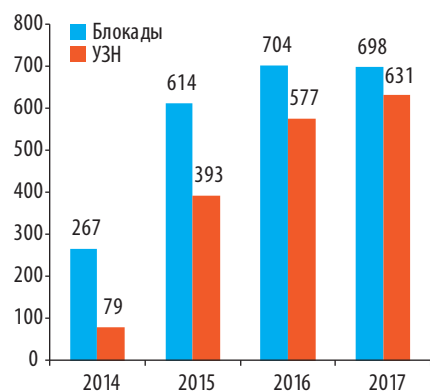
В 2017 году в ФГБУ «ФЦТОЭ» 90,4% периферических блокад были выполнены под УЗИ навигацией.

Преимущества медикаментозной блокады под контролем УЗИ

1. Точное подведение анестетика к месту расположения периферических нервов.
2. Благодаря ультразвуковой навигации при блокадах требуется меньшее количество вводимого анестетика, снижаются побочные эффекты местных анестетиков, повышается эффективность блокад.
3. Процедура менее травматична и болезненна.
4. Не несёт лучевой нагрузки на пациента.
5. Дает возможность адекватной продленной аналгезии, уменьшает или исключает введение наркотических анальгетиков.

Современные технологии послеоперационного обезболивания:

- Пролонгированная эпидуральная аналгезия: «Easurump» – это эластомерное инфузионное устройство, специально разработанное для введения лекарственных препаратов с заданной скоростью и в определенный промежу-



Блокады периферических нервных сплетений

ток времени. Одноразовые инфузионные помпы используют для непрерывного введения анестетика в эпидуральное пространство в течение длительного времени (как правило, не менее суток).

- **Каледонийская методика (артикулирующее обезбоживание) при тотальном эндопротезировании коленного сустава:** заключается в постановке артикулярного катетера в сустав во время операции с последующей инфузией местного анестетика со скоростью 6–8 мл в час посредством одноразовой помпы «Easurimp»;
- **Илеофасциальная блокада (ИФБ) при тотальном эндопротезировании коленного сустава:** блокада бедренного нерва (3 в 1) достигается путем однократного введения большого количества местного анестетика (50–60 мл) под фасции и обеспечивает анальгетический эффект от 6 до 24 часов.

В отделение реанимации ФГБУ «ФЦТОЭ» пациенты поступают сразу после выполнения оперативного вмешательства и остаются в течение суток для осуществления динамического наблюдения. Основной задачей в лечении послеоперационных пациентов является ведение раннего послеоперационного периода, а также профилактика и лечение осложнений, которые могут развиваться у пациентов в связи с анестезией и оперативным вмешательством.

Одной из проблем раннего послеоперационного периода может быть боль. Адекватная терапия послеоперационной боли в настоящее время рассматривается в качестве неотъемле-

мой части хирургического лечения. Курпирование послеоперационной боли не только облегчает состояние пациента, но и снижает частоту послеоперационных осложнений. Оценка боли является важным элементом эффективного послеоперационного обезбоживания. Для определения интенсивности боли в отделении анестезиологии-реанимации используется визуально-аналоговая шкала (ВАШ).

Интенсивность боли, эффективность обезбоживания, а также наличие побочных эффектов регистрируется в «Карте интенсивного наблюдения и лечения». Это необходимо для соблюдения преемственности лечения боли, а также контроля его качества.

Эффективность обезбоживания определяется оценкой интенсивности боли до и после назначения каждого анальгетика или метода анальгезии.

В настоящее время не существует идеального анальгетика или метода лечения острой послеоперационной боли. Поэтому в нашем травматологическом центре мы используем концепцию **мультимодальной анальгезии**, предусматривающей одновременное назначение двух и более анальгетиков и/или методов обезбоживания, обладающих различными механизмами действия и позволяющих достичь адекватной анальгезии при минимуме побочных эффектов.

У пожилых пациентов методика анальгезии направлена на предупреждение возникновения боли, не дожидаясь жалоб пациента. Выбор той или иной схемы мультимодальной анальгезии определяется травматичностью хирургического вмешательства.

1. *Спинальная анестезия и многокомпонентная послеоперационная*

анальгезия (СА). В послеоперационном периоде проводится многокомпонентная анальгезия: в/м (или в/в) введение кеторолака 30 мг 3 раза в сутки + парацетамол в/в капельно 1000 мг 2–3 раза в сутки, при необходимости назначаются наркотические анальгетики (промедол 20 мг в/м).

2. *Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия и продленная эпидуральная анальгезия (СЭА).* В послеоперационном периоде проводится комбинированная анальгезия: эпидуральное введение 0,2 % раствора ропивакаина (наропина) со скоростью 6–10 мг/час под контролем гемодинамики, в/м (или в/в) введение кеторолака 30 мг 3 раза/сут + парацетамол в/в капельно 1000 мг 2–3 раза/сут, при необходимости назначаются наркотические анальгетики (промедол 20 мг в/м). Эпидуральная анальгезия продолжается в течение первых суток после операции с помощью шприцевых дозаторов и затем при переводе пациента в профильное отделение до 3 суток с помощью инфузионных помп. При этом пациент комфортно себя чувствует и может, не ощущая боли, осуществлять комплекс упражнений в раннем послеоперационном периоде, что благотворно влияет на скорейшее выздоровление и профилактику послеоперационных осложнений гиподинамической этиологии.

3. *Спинальная анестезия и илеофасциальная блокада (СА+ИФБ).* Анальгетический эффект наблюдается до 24 часов.

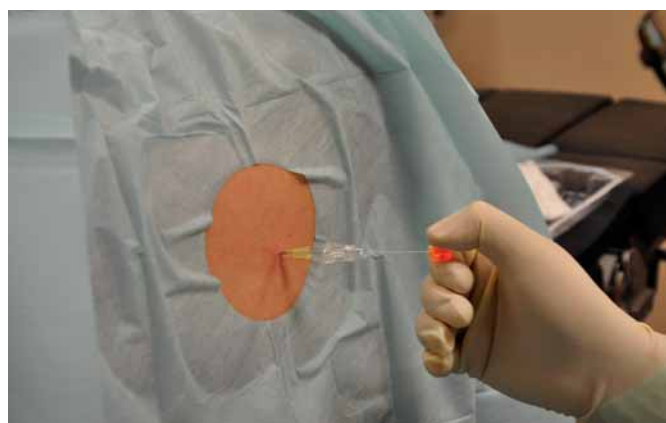
По итогам работы за 2017 год применение центральной нейроаксиальной блокады при протезировании крупных суставов в нашем центре составляет 99%.



Постановка инфузионной помпы



Визуально-аналоговая шкала (ВАШ)



Процесс выполнения спинальной анестезии

В послеоперационном периоде большое значение имеет беседа с пациентом, постоянный контакт, подробное разъяснение вопросов по его состоянию и проводимому лечению. Независимо от предложенной пациенту памятки о течении послеоперационного периода, медицинской сестре нужно продублировать ее подробными рекомендациями лично. Зачастую пациенты не читают рекомендации, и вынужденное положение в раннем послеоперационном периоде вызывает дополнительную тревогу и стресс. Желательно создать с пациентом доверительные отношения, вселить в него уверенность, что он находится в надежных руках и медперсонал делает все возможное для его комфорта и выздоровления. Забота, внимание, участие, адекватный сестринский уход способствуют формированию у пациента чувства защищенности и безопасности.

Благодаря осведомленности о предстоящем лечении, связанном с ним дискомфорте и способах избегания болевых ощущений, пациенты в дальнейшем реже жалуются на боли, меньше нуждаются в обезболивающих препаратах и быстрее выписываются из больницы. Пациенты должны получать максимум информации о болевом синдроме и лечении: это удовлетворит их любопытство, поможет дать объективную оценку характеру и тяжести боли и в ясной форме сообщить о них врачу или мед-

сестре. Кроме того, всем пациентам до операции следует дать соответствующие инструкции, подчеркнув важность кашля, глубокого дыхания, поворотов в постели и ходьбы, а также описать методы снижения связанных с этими действиями болевых ощущений. Пациенты и их близкие должны понимать, что мероприятия по обезбо-

ливанию являются неотъемлемой частью оказываемой им медицинской помощи, и они имеют право на информацию, касающуюся обезболивания. Ведение пациентов с болевым синдромом, основанное на применении анальгетиков «по мере необходимости» (т.е. только после жалобы больного на сильную боль), может сделать лечение неадекватным, вызывать ненужное волнение больных, потерю ими самоконтроля, бессонницу и тяжелую усталость.

Важным фактором в выздоровлении наших пациентов является ранняя активизация. Этому способствует адекватно подобранная пери- и послеоперационная анальгезия. В первые часы после операции, по окончании действия спинальной анестезии, инструктор ЛФК проводит индивидуальные занятия с каждым пациентом: дыхательная гимнастика, комплекс допустимых упражнений для прооперированной и здоровой конечности, а также теоретическая подготовка к вертикализации. По мере восстановления двигательной активности ко-

нечностей пациентов вертикализируют через 6–8 часов. На следующие сутки после операции наши пациенты начинают ходить. В том случае, если пациент не страдает от боли после операции, он максимально активен, и этап ранней реабилитации проходит более успешно.

Выводы

1. Ультразвуковой контроль при выполнении инвазивных манипуляций становится неотъемлемым компонентом стандарта безопасности для пациента и незаменимым помощником врача.
2. Внедрение в повседневную практику современных технологий в области обезболивания позволяет проводить анестезиологические манипуляции быстрее, качественнее и безопаснее.
3. Инновационные технологии позволяют обеспечить пациенту качественную анальгезию во время операции и в раннем послеоперационном периоде, а также уменьшить или исключить применение наркотических анальгетиков.
4. Блокада нервных стволов снимает на длительное время местное патологическое мышечное напряжение и сосудистый спазм, воспалительную реакцию, отек, восстанавливает нарушенную трофику тканей.
5. Адекватная анальгезия способствует ранней активизации пациента, что снижает процент осложнений: тромбозы, ТЭЛА, осложнения гиподинамической этиологии со стороны легких и сердечно-сосудистой системы. Все это способствует быстрому восстановлению и сокращает время пребывания пациента в стационаре.

Пациенты должны получать максимум информации о болевом синдроме и лечении: это удовлетворит их любопытство, поможет дать объективную оценку характеру и тяжести боли и в ясной форме сообщить о них врачу или медсестре.

Особенности ведения пациентов с огнестрельными ранениями челюстно-лицевой области (ЧЛО) в мирное время

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ



■ **Фрезе Ю.А.**

Врач челюстно-лицевой хирург
отделения челюстно-лицевой хирургии
ГБУЗ АО «АОКБ»



■ **Рогозина Л.А.**

Старшая медицинская сестра
отделения челюстно-лицевой хирургии
ГБУЗ АО «АОКБ»

Проблема огнестрельных ранений лица в мирное время является актуальной, хотя процент пациентов с данной патологией остается небольшим (от 6 до 12%). Причина – ежегодный рост числа владельцев травматического оружия, а также угроза террористических актов, способных приводить к большому числу пострадавших с оружием-взрывными повреждениями.

Отличительными особенностями огнестрельной травмы челюстно-лицевой области являются: обезображивание; несоответствие между внешним видом раны и тяжестью ранения; наличие зубов, как вторичных раневых снарядов и источников инфицирования ран; близость жизненно важных органов (головного мозга, органов чувств, начальных отделов дыхательной и пищеварительной систем), что увеличивает риск развития асфиксии, кровотечения, шока и других осложнений; необходимость специального ухода и питания; эмоционально-психические расстройства.

Высокая сократительная способность мимической мускулатуры, богатое кровоснабжение лица обуславливают специфический вид раненых: зияющие раны, часто проникающие в полость рта, носа, околоносовые пазухи, обильное кровотечение создают ложное впечатление о тяжести состояния пострадавшего и его безнадежности, а при потере сознания – о его гибели. Между тем летальность среди раненых в челюстно-лицевую область невысока.

Зубы, с одной стороны, играют положительную роль: помогают диагностировать характер перелома по прикусу, являются опорой для фиксирующих конструкций. С другой стороны, становятся вторичными ранящими снарядами, проводниками инфекции в окружающие мягкотканые и костные структуры, инородными телами, которые могут быть аспирированы в дыхательные пути, вызвать асфиксию и даже абсцессы легкого.

При поступлении пострадавшего в приемный покой стационара наряду с обследованием его хирургом-травматологом, нейрохирургом,

отоларингологом, офтальмологом, челюстно-лицевым хирургом по показаниям проводят реанимационные мероприятия или начинают интенсивную терапию.

Заключение о характере повреждения костей мозгового и лицевого че-

репа, головного мозга делают на основании клинических данных и дополнительных методов исследования – компьютерной томографии, позволяющей определить истинный объем повреждений, ход линий переломов, наличие и локализацию ино-

Зияющая рана, обильное кровотечение, специфический вид раненых создают ложное впечатление о тяжести состояния пострадавшего и его безнадежности, однако летальность среди таких раненых невысока.



родных тел, наличие внутричерепных осложнений.

Необходимо учитывать, что при одновременном поражении челюстно-лицевой области и соседних анатомических областей, других сегментов тела, очередность хирургической обработки, ее место и привлечение соответствующих специалистов обуславливается локализацией ведущего по тяжести ранения на момент оказания помощи.

Летальный исход при изолированных ранениях челюстно-лицевой области без повреждения головного мозга вызывается, как правило, асфиксией, острой кровопотерей, травматическим шоком и при своевременно оказанной помощи является крайне редким.

В проведении первичной хирургической обработки огнестрельных ранений челюстно-лицевой области предпочтение отдается общему обезболиванию. При тяжелых обширных повреждениях, когда невозможна оротрахеальная или назо-трахеальная интубация, а также для профилактики лёгочной недостаточности вследствие травматического подвязочного отека гортани и предотвращения дислокационной асфиксии для обеспечения проходимости дыхательных путей накладывают трахеостому. Для питания пациентов перед началом хирургической обработки вводят зонд в желудок. В настоящее время благодаря совершенствованию хирургических технологий методом выбора является наложение чрескожной пункционной гастростомы, позволяющей создать оптимальные условия для питания пациента и обеспечивающей разобщение ран лица с пищевыми массами.

Сочетанное повреждение жизненно важных органов головы и шеи может приводить к тяжелым осложнениям.

Травма магистральных сосудов может вызвать обильное кровотечение, в том числе вторичное при аррозивном поражении стенок сосуда. Потеря костной основы для мягких тканей лица вызывает их смещение и может привести к дислокационной асфиксии. Часто ранения ЧЛО сочетаются с травмой головного мозга различной степени, приводящей к угнетению сознания.

Обезображивание является причиной подавленного состояния пациента и иногда грозит попыткой самоубийства. Поэтому зеркал в палатах быть не должно!

Человек за сутки выделяет до 1,5 литров слюны. При ранениях ЧЛО саливация резко возрастает ввиду раздражения нервно-рецепторного аппарата. При имеющемся нарушении процесса глотания вследствие травмы повышение саливации может привести к серьезному обезвоживанию организма.

Обильное кровоснабжение ЧЛО может привести, с одной стороны, к выраженному кровотечению, развитию флебита и тромбоза с распространением инфекции в полость черепа или средостение. С другой – способствует хорошему заживлению ран в отдаленные сроки.

Ранения ЧЛО рассматриваются как инфицированные. Распространение инфекции особенно быстро происходит в ранах, проникающих в полость рта. Возможна реинфекция при развитии травматического (огнестрельного)

остеомиелита челюстей, при наличии инородных тел в ране, а также параллельно протекающих заболеваниях (сахарный диабет, специфические инфекции, болезни крови, гиповитаминоз, иммунодефицит и т.д.). Основным принципом антибиотикотерапии при лечении пациентов с огнестрельными ранениями ЧЛО – этиотропность воздействия, выбор оптимального препарата на основе идентификации возбудителя и определение спектра антибиотикорезистентности.

В связи с хорошей васкуляризацией тканей, высокой патогенностью микрофлоры полости рта, функциональной и косметической значимостью всех тканей ЧЛО необходима радикальность не за счет максимального иссечения тканей зоны вторичного некроза, а за счет создания оптимальных условий в ране для восстановления их жизнеспособности. С этих позиций одномоментная исчерпывающая первичная хирургическая обработка раны ЧЛО, которая по своему объему является первично восстановительной операцией, возможна только в системе мероприятий, воздействующих как



на рану, так и на прилежащие ткани и организм в целом. При этом воздействие должно осуществляться не только во время операции, но и в ближайшем послеоперационном периоде, когда особое значение приобретают элементы ухода за пациентом.

Психосоциальный статус пациента, его настрой и отношение к лечебному процессу играют важную роль в терапии подобных больных. Улучшить психологическую составляющую в данном случае нам позволяет налаженная система сестринского процесса. За последние 10 лет ежегодно госпитализируется от 2 до 4 первичных пациентов с огнестрельной травмой лица, 90% из них – неудавшиеся попытки суицида. При поступлении в стационар такие

пациенты осматриваются психиатром, при необходимости назначается медикаментозная седация.

Как правило, госпитализация продолжается до 1–1,5 месяцев, что связано со стадиями течения раневого процесса. Сначала на первый план выходят физиологические проблемы – боль, слабость, нарушение сознания, питания, речи. Чуткое и внимательное отношение вкупе с профессиональным мастерством позволяет справиться со сложностями данного этапа. Затем, по мере облегчения физиологических страданий, большую роль начинает играть психосоциальная составляющая. Мы определяем круг наиболее мучительных для пациента проблем (функциональные нарушения, вызванные травмой, эстетические проблемы,

страх потерять работу, семью, социальный статус и т.д.) и стараемся умело подбодрить больного, не дать ему отчаиваться. Рассказываем про возможности этапных операций, беседуем с родственниками. Стоит отметить, что из всех пациентов, получивших травму вследствие суицидальной попытки, лишь один отказался от дальнейшего лечения. Остальные сохранили мотивацию, направленность на результат, смогли достаточно неплохо социализироваться.

Регулярное поступление в отделение ЧЛХ ГБУЗ АО «АОКБ» пациентов с огнестрельными ранениями ЧЛО позволяет говорить об определенной разработанной схеме сестринского ухода.

ЖИТЬ ЗАНОВО И ПРОСТО ЖИТЬ...

И ЭТОМУ МОГУТ НАУЧИТЬ МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ

Истоков моей трудовой деятельности был родильный дом № 3 г. Воронежа, где я проработала медицинской сестрой детского отделения 4 года. Там приобрела бесценный опыт работы с новорожденными детьми. Накопленный багаж знаний и практических навыков очень пригодился в дальнейшей работе по оказанию медицинской помощи, охране материнского и детского здоровья.

Функции медицинской сестры участковой многогранны: антенатальная охрана плода, дородовые патронажи и сбор социального анамнеза, профилактика зависимостей и пропаганда ЗОЖ, беседы по организации успешного грудного вскармливания.



Участвую в организации и исполнении неонатального скрининга, провожу диспансеризацию детского населения.

Не реже 1 раза в неделю выхожу в неблагополучные семьи. Стараюсь завоевать доверие и расположить к себе трудного подростка для откровенной беседы. За 27 лет работы я видела много детей, но особенно



"District nurses have multiple responsibilities from antenatal care to child health checks to healthy lifestyle education. Every day I care for newborns, small children and teenagers, helping them to grow healthy and happy, and this makes my work and life most valuable."

—Nadezhda Glazkova, district nurse, Voronezh City, Russian Federation



Пример образцовой практики, опубликованный на официальных ресурсах Европейского регионального бюро ВОЗ, в рамках кампании, приуроченной к Международному дню акушерки и Международному дню медицинской сестры

тронуло мое сердце общение с совсем юной девушкой, которая имела неоднократные попытки к суициду. Мне удалось уговорить ее обратиться за специализированной помощью. Итогом своевременно оказанной помощи стали слова пациентки: «Теперь я хочу жить!».

Другой случай, который не оставил меня равнодушной, связан с девочкой, оказавшейся после ДТП прикованной к коляске. С каждым моим визитом, преодолевая физические страдания и боль, она училась жить заново. Теперь уже я заряжаюсь от нее оптимизмом и невероятной силой духа! Эта девочка, имея такие ограничения жизнедеятельности, является ярким примером стойкости и жизнелюбия для своей семьи, друзей и каждого здорового человека!

1. Палаты с подобными пациентами выбираем ближе к посту медицинской сестры ввиду необходимости дополнительных мер по уходу, кормлению, контролем за риском возникновения вторичных кровотечений и легочных осложнений. При этом индивидуально решается, будет эта палата одноместной или предпочтительно наличие в ней других пациентов.

2. В течение предписанного постельного режима придаем возвышенное положение верхней части туловища, чаще поворачиваем пациента в постели, проводим дыхательную гимнастику;

3. Предохраняем пациентов от охлаждения, принимаем меры по предотвращению аспирации раневого отделяемого, удаляем излишки слюны. Важной частью ухода является поддержание гигиены полости рта. После каждого приема пищи, если питание осуществляется через рот, и перед каждой перевязкой производим механическое очищение полости рта от остатков пищи, слюны, содержимого полости носа, раневого отделяемого и орошаем ее слабыми дезинфицирующими растворами (1 % водный раствор хлорексидина).

4. Осуществляем уход за трахеостомой, гастростомой при их наличии. Проводим антибиотикотерапию, адекватное обезболивание, при необходимости – медикаментозную седацию, следим за состоянием венозного доступа.

5. В максимально ранние сроки при отсутствии противопоказаний помогаем пациенту начинать активные движения для сохранения мышечного тонуса.

6. При переходе к энтеральному питанию ввиду повреждения мягких тканей лица, челюстей, рото- и гортаноглотки, даже глотание воды и слюны для пациента представляет весьма трудную задачу. Часто пациенты не могут питаться без помощи медицинского персонала. Для кормления используем поильники, ложки с небольшой, но удлиненной рабочей частью, специально разработанные стандартные питательные смеси.

«Не только профессиональный уход, выполнение манипуляций, гигиенических процедур, но и беседа с пациентом важны для благополучного результата лечения.»

7. Огнестрельные ранения ЧЛО в большинстве носят тяжелый характер и сопровождаются возникновением обширных косметических дефектов, что сказывается на эмоционально-психическом состоянии пациентов. Сопутствующие функциональные нарушения жевания, глотания, дыхания, речи еще больше усугубляют их страдания. Обезображивание является причиной подавленного состояния пациента и иногда грозит по-

пыткой самоубийства. Поэтому в палатах не вывешиваются зеркала.

8. Ввиду большого значения психоэмоциональной составляющей лечения, позитивного настроения пациента на благоприятный исход лечения проводим беседы с пациентами, рассказываем о возможностях восстановительных операций, проводим мероприятия единой системы сестринского процесса.

9. Высокая регенеративная способность тканей лица, резистентность к микробному загрязнению, обусловленные богатым кровоснабжением и иннервацией, значительным количеством низкодифференцированной соединительной ткани создают благоприятные условия для заживления раны. Поэтому качественные мероприятия по уходу несомненно повышают успех лечения.

В дальнейшем по показаниям осуществляется пластическое закрытие раневых дефектов различными трансплантатами. Пациенты с огнестрельными ранениями требуют длительного многоэтапного лечения в отделении ЧЛХ и в амбулаторных условиях.

Лицо играет важную роль, так как отражает индивидуальный облик человека, особенность его личности. Совместная работа врачей и медицинских сестер в единой системе оказания помощи пациентам с огнестрельными травмами ЧЛО мирного времени позволяет достичь хороших результатов по восстановлению приемлемого качества жизни подобных пациентов.



Всероссийский форум «МОЛОДЫЕ СПЕЦИАЛИСТЫ – ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ»

16–17 октября 2018
г. Санкт-Петербург

Ассоциация медицинских сестер России приглашает вас принять участие во Всероссийском форуме «Молодые специалисты – взгляд в будущее», который состоится в Санкт-Петербурге 16–17 октября 2018 года.

Именно в первые годы работы у начинающего специалиста закладывается отношение к профессии и к своей роли, формируется представление о траектории собственного профессионального развития. Встретившись в Санкт-Петербурге, молодые медицинские сестры, фельдшеры, акушерки, смогут обсудить различные аспекты профессии, познакомиться с новыми гранями медицины, укрепить свое понимание высокой миссии, которую им предстоит нести!

Оргкомитет подготовит для участников мероприятия интересные дискуссии и площадки для работы и взаимодействия:

- Ярмарка вакансий.
- Наставничество. Волонтерское движение.

- Правовые риски в сестринском деле.
- Выявление тревожно-депрессивных нарушений в сестринской практике.
- Расширение роли медицинских сестер в России и мире;
- Проблемы этики в здравоохранении РФ и за рубежом.
- Доказательная сестринская практика.
- Инновационные технологии сестринской помощи.
- Нормативно-правовое регулирование сестринской деятельности.
- Молодой специалист в современном здравоохранении.
- Цифровая медицина.

А еще в рамках форума пройдет награждение победителей Всероссийского конкурса молодых специалистов, проводимого под эгидой РАМС. Будем рады встрече на форуме!

Подробная информация на сайте: www.medsestre.ru

Дезактив-Гель

АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО

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

ОПИСАНИЕ

Готовый к применению гель в виде прозрачной вязкой жидкости.

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

СОСТАВ

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

НАЗНАЧЕНИЕ

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

Срок годности средства—3 года.



ПРИМЕНЕНИЕ

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

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

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

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

МИКРОБИОЛОГИЯ

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



РОССИЙСКИЕ ИНСЕКТОАКАРИЦИДНЫЕ СРЕДСТВА,
РАЗРЕШЕННЫЕ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ В ЛПО



Объекты обработки:



ТАРАКАНЫ
КЛОПЫ
БЛОХИ
МУРАВЬИ
МУХИ
ЧЕСОТОЧНЫЕ КЛЕЩИ
ВШИ
КЛЕЩИ КРЫСИНЫЕ
КОЖЕЕДЫ
ЧЕШУЙНИЦЫ
ОСЫ
ШЕРШНИ
МОШКА и др.компоненты гнуса
КОМАРЫ
КОМАРЫ-ЗВОНЦЫ
ПАУКИ КАРАКУРТЫ
КЛЕЩИ

Медилис-СУПЕР

Уникальный водный концентрат* эмульсии - фентион

Медилис-ПЕРМИФЕН

Бинарный концентрат - перметрин + фентион

Медилис-МАЛАТИОН

Уникальный водный концентрат* эмульсии - малатион

Медилис-ЦИПЕР

Усиленный концентрат циперметрин

*Водный концентрат эмульсии по
свойствам сопоставим с
микрокапсулированными препаратами

УЗНАЙ БОЛЬШЕ НА
WWW.MEDILIS.RU

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