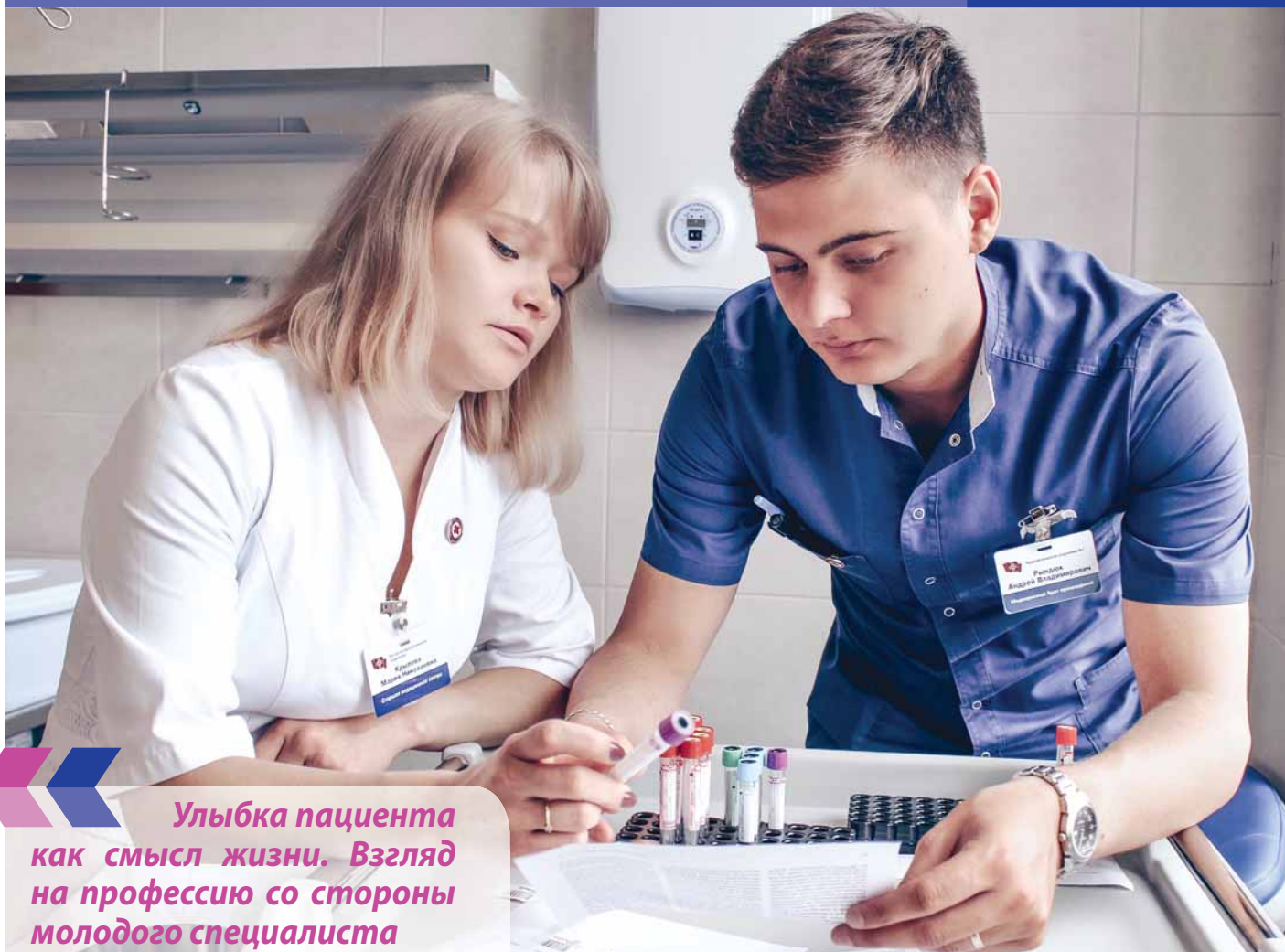


ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 4/38 2018



**Улыбка пациента
как смысл жизни. Взгляд
на профессию со стороны
молодого специалиста**



стр. 24

**Будь здоров!
Опыт привлечения волон-
теров-медиков к решению
задач здравоохранения**



стр. 12

**Таежный роман:
особенности оказания
скорой медицинской помощи
в труднодоступных районах**



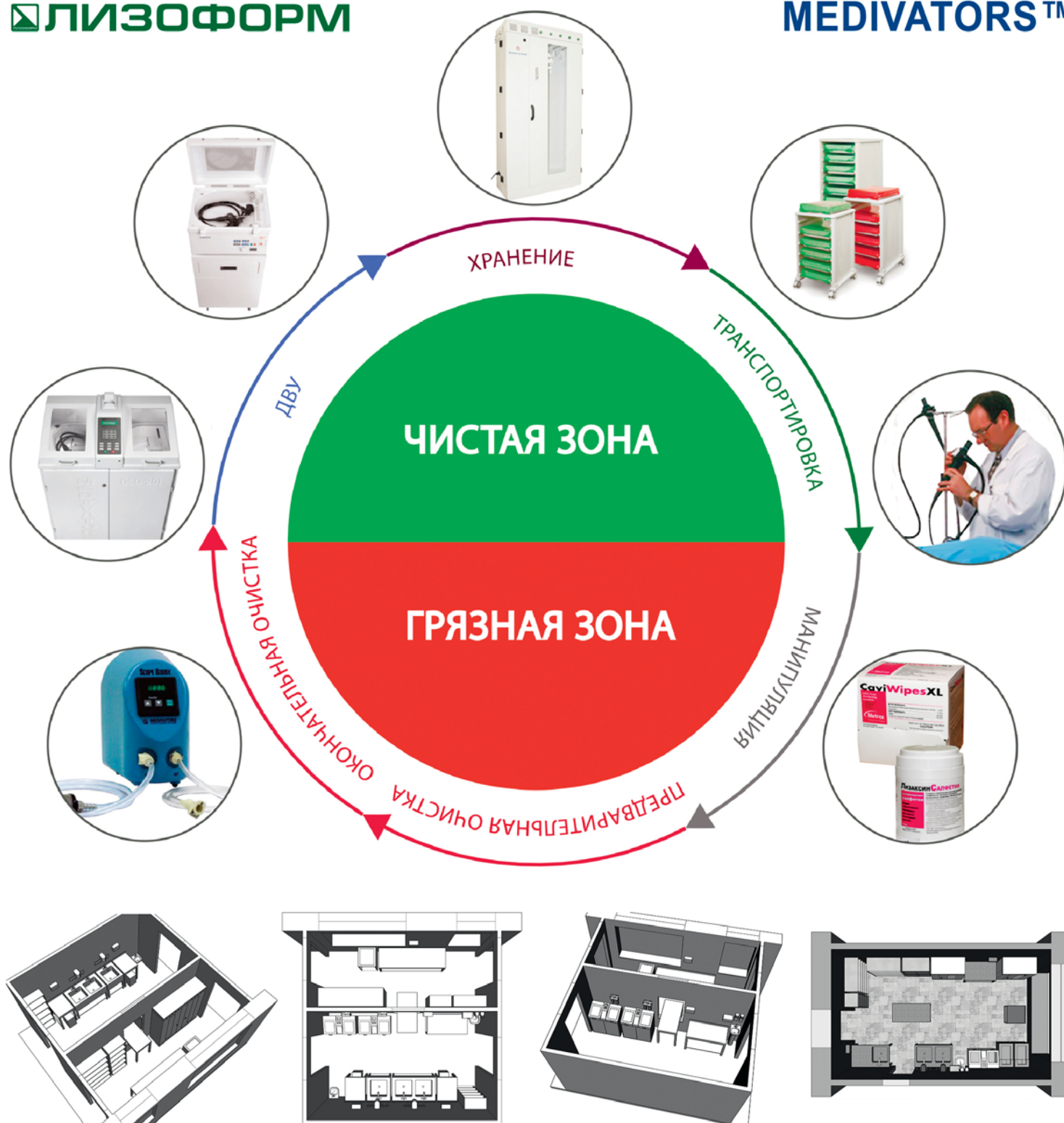
стр. 20

**Потерять время,
но обрести себя и стать
акушеркой**

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

ЛИЗОФОРМ

MEDIVATORS™



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

ГРУППА КОМПАНИЙ "ЛИЗОФОРМ"

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

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



“В основе успешной организации аккредитации специалистов – слаженное трехстороннее взаимодействие органов управления здравоохранением, ассоциаций и образовательных организаций.”

Уважаемые коллеги, дорогие друзья! Мы искренне рады приветствовать вас и поделиться итогами тех многочисленных событий, в вихре которых Ассоциация медицинских сестер России с региональными организациями встретила наступление осенней поры.

Да, лето пролетело стремительно, оставив нам замечательные воспоминания о прошедшем Чемпионате мира по футболу, а нашим коллегам, работникам многочисленных медицинских организаций – колоссальный опыт организации и оказания помощи в период проведения столь грандиозных событий мирового масштаба. Было тяжело, но мы справились, с честью представили возможности и оперативность российского здравоохранения, профессионализм медицинских работников. Судя по многочисленным публикациям, обращавшиеся за помощью гости ЧМ не всегда спешили покидать больничные стены – так им у нас понравилось!

Как раз в разгар футбольных баталий вместе с миллионной армией болельщиков из Аргентины, Бразилии, Уругвая... в Санкт-Петербург приехали операционные медицинские сестры – представители специализированных секций РАМС, дабы поделиться своими успехами и особенностями решения профессиональных задач. В выделенном под симпозиум зале конгресс-центра мест катастрофически не хватало. Но, как говорится, в тесноте, да не в обиде! Специалисты обсудили итоги всероссийского анкетирования хирургов о том, какие качества в операционной сестре они ценят больше всего; посмотрели трогательный видеоролик о начинающей операционной сестре, рассказывающей о самом волнующем опыте – первом рабочем дне, когда ей довелось встать к операционному столу; обсудили вопросы этики и гуманизма в нашей профессии; разобрали и специализированные вопросы, касающиеся стерилизации, организации работы рентгенохирургической операционной, обеспечения безопасности и разработки сестринских стандартов. Получив значительный багаж знаний,

специалисты расстались, чтобы в 2019 году встретиться вновь.

Тем временем в регионах уже развивалась новая и ранее неизведанная нами работа – выпускники медицинских колледжей и училищ впервые вступали в профессию через процедуру аккредитации. Офис РАМС буквально раскалялся от звонков, география которых покрывала все региональные отделения – где-то возникали проблемы с нехваткой членов аккредитационных комиссий, где-то членов комиссий не отпускали с рабочих мест (только за свой счет), повсеместно комиссии сталкивались с то и дело зависающим сервером центральной аккредитационной комиссии, порой ожидая подтверждения отправки документов до глубокой ночи. При этом эксперты РАМС повсеместно выполняли роль не просто строгих и беспристрастных экспертов, но были и психологами, и программистами, и стойкими лидерами внедрения буксующей аккредитации. Справедливости ради отметим, что были и те регионы, где аккредитация прошла в совершенно нормальном, рабочем режиме. А в основе таких результатов лежало полное взаимопонимание между различными членами комиссий, представляющими работодателей, ассоциации и образовательные организации. Мы постарались проанализировать итоги аккредитации, сделали для себя определенные выводы, которые будем всеми силами стараться донести до Министерства здравоохранения и территориальных органов управления.

Несмотря на высочайшую занятость, руководители региональных ассоциаций активно включились в подготовку всероссийских мероприятий, провели региональные этапы нашего конкурса среди молодых специалистов. И вот одно за другим в национальный офис РАМС стали поступать письма с работами победителей – участников финала. Сколько знаний, эмоций, переживаний связано с выбором профессии – в этом мы убедились, перелистывая страницы прекрасных эссе наших молодых конкурсантов. И с каким трудом

выбирали его победителей из числа тех, кто действительно достоин самых высоких наград, понимая при этом, что за каждым выдающимся молодым работником стоит грамотный, квалифицированный, преданный своей профессии наставник – золотой фонд нашего здравоохранения! Победители выбраны, и познакомиться с ними может каждый читатель «Вестника», вспомнив при этом начало своей профессиональной деятельности. Уверена, что вместе с нашими победителями вы не только перенесетесь в воспоминания, но и получите отличный заряд положительной энергии!

И буквально в начале сентября нам удалось провести крупнейшее мероприятие – совместный симпозиум Европейской ассоциации акушеров и Ассоциации медицинских сестер России. Всего на несколько часов в зале собрались специалисты из многочисленных регионов России, а также Великобритании, Хорватии, Финляндии, чтобы обсудить вопросы автономии профессии, регулирования, этических и нормативно-правовых основ работы, данных научных исследований в акушерской практике. Было так интересно, что расставаться коллеги не спешили, ведь жизненно важных вопросов о том, кто ведет беременность, кто ведет и принимает роды, за что отвечает акушерка, может ли и в каких случаях врач решать за нее, у российских специалистов накопилось немало. Именно сейчас в России формулируются профессиональные стандарты и именно сейчас нам важно заложить в них те функции, ответственность и компетенции, которыми по праву обладают зарубежные коллеги. Ведь все это не ради статусов и имиджа – все это ради качественной, доступной, современной помощи женщинам и новорожденным!

Желаю вам почерпнуть на страницах «Вестника» не только интересные новости и знания, но также опыт, ценный для своей области практики и вполне возможно поделиться своими успехами уже в будущих выпусках журнала!



На обложке: победитель Всероссийского конкурса молодых специалистов, Рындюк Андрей Владимирович, медицинский брат палатный терапевтического отделения № 1 ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ	
Опыт сотрудничества ассоциации медсестер с организацией волонтеров-медиков	стр. 3
Лабораторная служба – передовой элемент современной клинической медицины	стр. 5
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ	
К вопросу об аккредитации специалистов	стр. 9
МОЛОДЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЫ	
Улыбка пациента как смысл жизни. Взгляд на профессию со стороны молодого специалиста	стр. 18
Потерять время, но обрести себя	стр. 21
МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО	
Акушерки на пути к профессиональной автономии	стр. 13
ИННОВАЦИОННАЯ ПРАКТИКА	
Универсальный подход в работе операционной медсестры рентгенирургического отделения.	стр. 7
Трудности и барьеры.	
Телемедицина. Опыт взаимодействия Якутского республиканского онкологического диспансера с ЦРБ Республики Саха (Якутия)	стр. 24
Роль медицинской сестры в профилактике повторных переломов	стр. 30
Центру повышения квалификации работников здравоохранения Омской области 30 лет	стр. 35
Оказание стационарной медицинской помощи детям с ДЦП большим туберкулезом: Роль медицинской сестры	стр. 38
КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Фельдшер скорой медицинской помощи на селе. Проблемы и пути решения	стр. 26
Структурная реорганизация деятельности младшего медицинского персонала. Опыт Ростовской клинической больницы ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России	стр. 33

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 26.09.2018. Типографии «АКЦЕНТ». Санкт-Петербург, Б. Сампсониевский пр., д. 60, лит. И. Заказ № 1436-18. 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»

ОПЫТ СОТРУДНИЧЕСТВА АССОЦИАЦИИ МЕДСЕСТЕР С ВОЛОНТЕРАМИ-МЕДИКАМИ

■ И.Г. Туфанова,

Главная медсестра ОГАУЗ «Смоленский
врачебно-физкультурный диспансер»,
исполнительный директор СРОО
«АССД»

■ Н.В. Минченкова,

Главная медсестра ОГБУЗ
«Поликлиника № 4», член Правления
СРОО «АССД»



2018 год по инициативе Президента Российской Федерации В.В. Путина объявлен Годом добровольца и волонтера. Волонтерство является одним из направлений гражданской активности молодежи.

В настоящее время движение волонтеров приобретает черты массового явления, проникающего в различные сферы деятельности, в том числе связанные с оказанием медицинской помощи населению. Эмблема года добровольца в России выполнена в виде множества тянущихся вверх разноцветных рук и наглядно демонстрирует смысловой посыл волонтерства: готовность к самопожертвованию перед соотечественниками, которым волонтеры оказывают содействие и помощь.

Созданная в Смоленске организация «Волонтеры-медики» объединяет около 270 человек – студентов Смоленского государственного медицинского университета и базового медицинского колледжа. Волонтеры-медики участвуют в проектах, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи – оказывают помощь медицинскому персоналу в лечебно-профилактических учреждениях, занимаются популяризацией здорового образа жизни и профилактикой заболеваний. Все это совершается неравнодушными волонтерами, которые хотят получать навыки и опыт работы в сфере здравоохранения.

Смоленская региональная общественная организация «Ассоциация спе-

циалистов сестринского дела» поддерживает профилактическое направление в здравоохранении, принимая активное участие в реализации проектов регионального и федерального уровня, формирующих приверженность к здоровому образу жизни, активно участвует в организации и проведении разнообразных профилактических мероприятий.

В данном направлении развивается активное партнерство ассоциации и волонтерства. В процессе своей работы волонтеры приобретают уникальный опыт, навыки и компетенции, профессиональное развитие. А медицинские работники при проведении профилактической работы с населением получают инициативных, неравнодушных помощников, которым небезразлично состояние современного здравоохранения.

Смоленская региональная общественная организация «Ассоциация специалистов сестринского дела» приняла участие во Всероссийской акции «Будь здоров!», посвященной Всемирному дню здоровья. В рамках данной программы смоляне приняли участие в комплексе мероприятий, организованных волонтерами и сотрудниками учреждений здравоохранения области. Среди основных целей акции – формирование у жителей региона правильного представления о здоровье и механизмах его поддержания.

В рамках проекта «Будь здоров» 5–6 апреля в медицинских организациях города и области прошли дни от-

крытых дверей. Все желающие смогли измерить артериальное давление, рассчитать индекс массы тела, получить рекомендации по борьбе с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний, а также посетить семинары, которые проводились узкими специалистами.

5 апреля в Доме культуры «Шарм» сотрудниками Центра здоровья ОГАУЗ «Смоленский областной врачебно-физкультурный диспансер» был проведен семинар «Ваше здоровье – в ваших руках! Мы учим – вы выполняете!», организовано скрининговое обследование на факторы риска и профилактическое консультирование.

Для повышения уровня медицинской грамотности населения в области здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний волонтеры регионального отделения ВОД «Волонтеры-медики» и медицинские сестры ОГБУЗ «Поликлиника № 4» провели анкетирование и распространяли информационные листовки, отражающие основные принципы профилактики и ведения здорового образа жизни.



Ежегодно 20 апреля, начиная с 2007 года, в России отмечается один из важных социальных праздников – Национальный день донора. В этот день ОГБУЗ «Смоленский центр крови» организовал мобильный пункт донорства (сдачи) крови. На городской площади у памятника Фёдору Коню все желающие могли сдать кровь в мобильном комплексе для заготовки крови. Вместе с медицинскими работниками в проведении акции участвовали волонтеры-медики.

Также в апреле в рамках проведения Всемирной недели иммунизации медицинские сестры активно сотрудничали с волонтерами-медиками. На базе ОГБУЗ «Поликлиника № 4» была проведена акция с целью привлечения внимания жителей Смоленска к иммунопрофилактике – одному из наиболее эффективных методов снижения инфекционной заболеваемости. 98 пациентов поликлиники получили информационные листовки, участвовали в анкетировании, прослушали лекцию о необходимости вакцинации, узнали о ее безопасности, последствиях отказа от неё, получили ответы на вопросы по данной тематике.

В муниципалитеты Смоленщины, где отмечается нехватка медицинских кадров, организуются выезды преподавателей медицинского университета и сотрудников Центра здоровья ОГАУЗ «Смоленский областной врачебно-физкультурный диспансер». В рамках волонтерского проекта «Здоровое село» вместе с ними выездные профилактические мероприятия проводят активисты регионального отделения ВОД «Волонтеры-медики». Волонтеры рассказывают о мерах профилактики ряда распространенных заболеваний и развенчивают существующие мифы об этих болезнях. Сотрудники Центра здоровья проводят скрининговые исследования на факторы риска и профилактическое консультирование.

Выездные мероприятия прошли в Смоленском, Ярцевском, Сафоновском, Рославльском, Руднянском и других районах. Информацией удалось охватить более 2000 человек, а медико-консультативные осмотры прошли свыше 400 селян.

Специалисты сестринского дела и волонтеры-медики проводят системную работу по профилактике соци-



ально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих. 17 мая 2018 года в целях профилактики социально значимых заболеваний региональное отделение ВОД «Волонтеры-медики» на базе ОГБУЗ «Поликлиника № 4» провели социальный опрос, раздачу информационных листовок и брошюр по вопросам гипертонии. Жители Смоленска отвечали на поставленные вопросы, делились жизненным опытом, поднимали интересующие их вопросы по данной теме.

В целях расширения профилактической деятельности по формированию ценностного отношения к здоровью в молодежной среде волонтеры-медики, медицинские сестры, фельдшеры здравпунктов ОГБУЗ «Поликлиника № 4» 21 мая на базе учебных заведений провели просветительскую акцию «Выбирай разумную жизнь». В ходе мероприятия были освещены вопросы профилактики ВИЧ-инфекции. На протяжении всего дня организаторы активно проводили анкетирование, раздавали информационные листовки и буклеты. Для заинтересованных лиц состоялась деловая игра по вопросам профилактики, лечения, прогноза и неутешительных последствий ВИЧ-инфекции. Итогом акции стал зажигательный флешмоб «Танцуй вместе с нами», как символ того, что любую болезнь

можно предотвратить и победить, но только лишь тогда, когда человек сам будет заинтересован приобретать знания, оберегать себя и своих близких.

Члены ассоциации медицинских сестер трудятся в различных структурах и организациях практического здравоохранения, а волонтеры-медики – это большая команда энтузиастов, которая оказывает широкую помощь практическому здравоохранению. И тех, и других искренне беспокоит психологическое и физическое здоровье нашей нации. Обе организации преследуют общественно-полезные цели, которые направлены на сохранение здоровья человека и предупреждение заболеваний.

Американская писательница, лектор и политическая активистка Хелен Келлер, которая поддерживала фонды обучения и социализации инвалидов, выступала против расизма, милитаризма и дискриминации женщин, очень хорошо сказала: «В одиночку можно сделать так мало, вместе можно сделать так много». Уверены, что дальнейшее объединение усилий опытных лидеров сестринского дела и волонтеров-медиков в дальнейшем приведет к значимым результатам в области медицинского просвещения и повышения приверженности здоровому образу жизни среди населения.

Лабораторная служба – передовой элемент современной клинической медицины



Коковина Наталья Константиновна

Фельдшер-лаборант лаборатории клинической микробиологии (бактериологии), председатель специализированной секции РАМС «Лабораторная диагностика»



Для лабораторной службы Якутии первый летний месяц 2018 года отметился ярким событием. Региональная общественная организация «Ассоциация средних медицинских работников РС(Я), при поддержке Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) 14 июня в г. Якутске провела Всероссийскую научно-практическую конференцию «Лабораторная служба – передовой элемент современной клинической медицины», участниками которой стали фельдшера-лаборанты из 12 районов РС(Я), г. Якутска, а также специалисты лабораторного дела из г. Омска, Москвы и Санкт-Петербурга (всего 143 участника).

Конференция охватила многие сферы лабораторной диагностики – от клинко-диагностических до медико-генетических исследований.

Были подняты наболевшие проблемы лабораторной медицины, такие как уровень профессионализма медицинских лабораторных техников и необходимость обучения будущих выпускников медицинских колледжей согласно разработке новых национальных рекомендаций и внедрению современных инновационных технологий в практику лабораторной службы.

Как отметил старший лаборант централизованного патологоанатомического отделения областной детской клинической больницы, председатель специализированной секции Омской профессиональной сестринской ассо-

циации, член специализированной секции РАМС «Лабораторная диагностика» г. Омска Александр Фильчаков, одним из отрицательных моментов в нашей деятельности является медленное и хаотичное внедрение цифровых и компьютерных технологий при отсутствии организационных, технологических, диагностических и юридических стандартов их применения, низкий уровень компьютеризации службы. Финансирование лабораторий проводится, как правило, по остаточному принципу. Условия финансирования существенно различаются от региона к региону, от учреждения к учреждению. Лабораториям часто неизвестен объем финансирования, на который они могут рассчитывать в течение определенного срока и планировать интенсивность работы, внедрение новых и замену традиционных тестов.

Проблема неэффективного использования дорогостоящего диагностического оборудования, отсутствие на местах полноценной системы сервисного обслуживания лабораторного оборудования, недостаточное обеспечение реагентами и расходными материалами была отмечена главным внештатным специалистом по клинической лабораторной диагностике МЗ РС(Я) Шамаевой Степанидой Харитоновной.

На конференции широко обсуждались вопросы внутрилабораторного контроля качества. Подчеркнута необходимость стандартизации операционных процедур на всех этапах лабора-

торной диагностики. Большое внимание было уделено проблеме устранения ошибок на преаналитическом этапе. Председатель комитета по преаналитике Ассоциации специалистов и организаций лабораторной службы «Федерации лабораторной медицины», член рабочей группы по преаналитике Европейской федерации лабораторной медицины Ковалевская Светлана Николаевна ознакомила участников конференции с национальными рекомендациями взятия крови (2018 г.). Докладчик отметила, что обеспечение качества первичных биологических образцов на уровне медицинской организации имеет ряд преимуществ, таких как снижение вреда для пациента, потенциальная экономия, улучшение безопасности и удовлетворенности пациента, получение качественных проб.

Проблема качества преаналитического этапа особо остро стоит и при микробиологических исследованиях биоматериала, что связано с невозможностью визуально оценить качество доставляемого материала в лабораторию и отсутствием контроля забора и его транспортировки в лабораторию. В связи с этим отмечена необходимость непрерывного сотрудничества лабораторий с сестринским штатом медицинских организаций, при этом обучение медицинских сестер правилам взятия биологического материала должно быть организовано согласно плану медицинской организации с учетом определения наиболее

эффективных форм обучения, приема на работу новых сотрудников, графиков дежурств, внедрения в практику лаборатории современных расходных материалов.

Докладчики из РС(Я) поделились своими достижениями в области лабораторной диагностики сепсиса, онкологических заболеваний, тромбоэмболии легочной артерии у пациентов, страдающих туберкулезом. Выделена значимость совершенствования методов диагностики наследственных болезней. Так, за 17 лет работы Медико-генетического Центра ГАУ РС(Я) «РБ № 1 – НЦМ» методом молекулярной диагностики было исследовано около 11 тысяч человек, при этом процент выявленной патологии составил 17, что является очень весомым показателем в диагностике наследственных болезней.

Фельдшер-лаборант ГАУ РС(Я) «РБ № 1 – НЦМ» Юлия Хмель поделилась опытом внедрения определения активного времени свертывания (АВС) в практике сердечно-сосудистой хирургии. АВС позволяет контролировать и регулировать уровень гепаринизации больного во время работы аппарата искусственного кровообращения, рассчитывать нейтрализующую дозу протамина сульфата и оценивать полноту нейтрализации гепарина. Большим достоинством метода является возможность выявлять больных с той или иной степенью резистентности к гепарину.

Главная медицинская сестра ГБУЗ «ГКБ № 67 им. Л.А. Ворохобова ДЗ г. Москвы», Лариса Афонина поделилась опытом внедрения автоматической линии для биохимического и иммунохимического анализа Labcell. Она включает блок предварительной сортировки проб и блок анализов, а также саму линейку, на которой выполняются анализы. Лариса Александровна выделила, что оптимизация столичной лабораторной службы должна строиться на принципах централизации, информатизации, эффективности, максимальной доступности и качества.

Как отметили коллеги из Омска, «передовые разработки, опережающие свое время, всегда требовали активного распространения информации и работы энтузиастов. Нам зачастую не хватает профессионального обще-

ния с целью получения своевременной информации об инновациях в лабораторной диагностике, участия в семинарах, научно-практических конференциях, симпозиумах». Участники научно-практической конференции одобрили резолюцию, призванную содействовать укреплению сотрудничества лабораторных служб. Кроме того, конференция приняла решение ходатайствовать перед МЗ РС(Я) о проведении ежегодных совместных вебинаров для фельдшеров-лаборантов Республики Саха (Якутия) и российских регионов по актуальным проблемам лабораторной диагностики.



После конференции гости из регионов России и отдаленных районов республики посетили ведущие медицинские организации г. Якутска. Делегаты ознакомились с лабораторной службой первичного звена на базе ГАУ РС(Я) «Якутская городская больница № 3», посетили Медико-генетический центр и гистологическую лабораторию патолого-анатомического отделения ГАУ РС(Я) «Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины». Фельдшера-лаборанты и врачи центра продемонстрировали применение новых технологий, современного оборудования, рассказали о дальнейших планах работы лабораторий. Заведующая патологоанатомическим отделом, главный внештатный патологоанатом Министерства здравоохранения РС(Я) Кюнней Саввична Лоскутова рассказала о высокой востребованности иммуноморфологических, гистологических и цитологических исследований, консультативной помощи в диагностике сложных биопсий и аутопсий из медицинских организаций РС(Я).

С большим интересом участники мероприятия познакомились с организацией работы экстренной медицинской

помощи в ГБУ РС(Я) «Республиканская больница № 2 – Центр экстренной медицинской помощи», внедрением инновационных технологий как фактора обеспечения высокотехнологичной и качественной медицинской помощи. Делегаты посетили лабораторию клинической микробиологии (бактериологии), на базе которой работает Республиканский центр мониторинга антибиотикорезистентности микроорганизмов (РЦМАР). РЦМАР является координирующим органом деятельности всех бактериологических лабораторий республики. Гостям были продемонстрированы новые бактериологические анализаторы Bactek – 9050 и BD Phoenix 100, которые являются наиболее востребованными в условиях оказания экстренной медицинской помощи.

В Научно-практическом центре «Фтизиатрия» участники конференции заслушали доклады директора центра Кравченко А.Ф., врача-методиста Константиновой Е.П. и фельдшера-лаборанта Джамакуловой Н.М., познакомились с организацией лабораторной службы при диагностике туберкулеза и посетили музей научно-практического центра.

Еще одной лабораторией, которую посетили делегаты конференции, стала Объединенная клинико-диагностическая лаборатория Якутского республиканского кожно-венерологического диспансера. С введением современных высокочувствительных, специфических методов диагностики лаборатория имеет возможность своевременно и качественно определить ИППП в ранней стадии развития заболевания, контролирует эффективность лечения в динамике, а также проводит консультативно-практическую помощь диагностическим лабораториям районов республики.

Всеми участниками конференции были отмечены высочайший уровень организации этого мероприятия, интересная насыщенная программа, дружелюбная комфортная атмосфера и неформальный подход. Всероссийская научно-практическая конференция стала крупнейшим профессиональным событием, местом встречи лабораторного сообщества республики и высококвалифицированных специалистов из крупных городов России, комфортной площадкой для эффективного диалога, обмена опытом и знаниями.

Универсальный подход в работе операционной медсестры рентгенохирургического отделения. Трудности и барьеры



■ **Стражкова Г.Р.**

Старшая операционная сестра отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения, Федеральный центр высоких медицинских технологий Минздрава России (г. Калининград)



■ **Шнейдер В.А.**

Главная медицинская сестра, Федеральный центр высоких медицинских технологий Минздрава России (г. Калининград)

«Драгоценный камень нельзя отполировать без трения. Так же и человек не может стать успешным без достаточного количества трудных попыток».
Конфуций

Федеральный центр высоких медицинских технологий Минздрава России (далее – Центр) был открыт в г. Калининграде одним из последних в рамках реализации национального проекта «Здоровье». Его открытие значительно расширило возможности получения жителями Северо-Западного федерального округа и региона высокотехнологичной медицинской помощи в области сердечно-сосудистых заболеваний и заболеваний опорно-двигательного аппарата. В Центр были приглашены

лучшие специалисты со всех уголков России. Это были как врачи, так и медицинские сестры узких специальностей с большим опытом работы.

Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения ФГБУ «ФЦБМТ» МЗ РФ г. Калининграда одним из первых начало свою работу на этапе тестового режима. На данный момент подразделение оснащено тремя современными рентгеноперационными, полностью укомплектованными уникальным дорогостоящим оборудованием, позволяющим выполнять весь спектр интервенционных пособий и исследований. В двух ангиографических операционных проводятся стентирования коронарных и периферических артерий, установка окклюдеров, спиралей при врожденных пороках сердца у детей и взрослых, транскатетерная имплантация аортальных клапанов и стент-графтов.

Аритмологическое оборудование ОРХМДиЛ позволяет устранять и предупреждать сердечные аритмии, выполнять высокоэффективные операции в лечении наджелудочковых тахикардий, АВ-узловой тахикардии, различных форм предсердных тахикардий, трепетания предсердий и других, в сочетании с ИБС и другими заболеваниями сердца, а также выполнять изолирующие процедуры при фибрилляции предсердий.

Кардиохирургические операционные и рентгеноперационные расположены близко друг к другу и представляют собой единый блок. Такая локализация позволяет этим операционным быть легкодоступными для персонала, работающего внутри операционного блока, так как при экстренно возникающих ситуациях требуется немедленное перемещение пациента из рентгеноперационной в «большую» кардиохирургическую операционную.

Трудности в работе возникали с самого начала нашей деятельности. Учи-

тая географическое расположение Калининградской области, как эксклава, дефицит среднего медицинского персонала (отсутствие высококвалифицированных операционных сестер по необходимому профилю работы) мы ощущали очень остро. Возникли сложности по укомплектованию отделения на этапе становления. Высокотехнологичное оборудование, на котором нам предстояло работать, требовало совершенствования имеющихся знаний и накладывало необходимость в обновлении нормативно-технической базы даже у сестер с большим опытом. На первоначальном этапе это были две самые большие проблемы. Тем не менее в 2012 году удалось своевременно сформировать бригаду из 3 операционных сестер, работающих в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения, а в 2013 году – уже из 6 человек. В качестве эксперимента было решено не дифференцировать их по узким профилям ангиографии и аритмологии, что дало свои результаты, и в течение 5 лет нами было подготовлено 7 опытных специалистов.

При подготовке операционных сестер ОРХМДиЛ на первоначальном этапе обучения мы сделали акцент на следующих категориях:

- углубленном изучении анатомии сердечно-сосудистой системы;
- симуляции манипулирования эндоваскулярными инструментами;
- отработке навыков распознавания расположения сосудов на экране монитора в операционной для слаженной работы с хирургом;
- работе в стерильных условиях;
- симуляции проведения сердечно-легочной реанимации.

В Центре обеспечивается полноценный комплексный подход в решении проблем у больных с острым коронарным синдромом (ОКС). С марта 2014 года начато оказание экстренной медицинской помощи пациентам



Система доставки стент-графта в работе операционной бригады



Совместная работа кардиохирургов и интервенционных хирургов при трансплантации аортального клапана

с ОКС в системе обязательного медицинского страхования. Подготовка к работе в этом направлении проводилась в течение трех месяцев. Неоднократно проводились коллегиальные брифинги с участием всех подразделений (врачи и медицинские сестры), разрабатывались стандарты, определяющие действия каждого сотрудника. Бригады рентгенооперационной, оперблока и анестезиологии и реанимации проходили совместное обучение, используя симуляционный сценарий. На местах осуществлялись теоретические обсуждения планов действий до операций, и анализ ошибок и достижений – после. Результат проведенной подготовительной работы, в том числе и в выполнении экстренных операций, позволил быстро развернуть данный вид помощи населению. В 2016 году нами было выполнено более 600 стентирований при остром коронарном синдроме, а в 2017 году экстренная помощь потребовалась 708 пациентам. Операционные сестры ОРХМДиЛ занимают одну из ключевых позиций в осуществлении экстренной помощи при ОКС.

Оперсестре, работающей в рентгенооперационной, необходимо не только владеть анатомическими знаниями сердечно-сосудистой системы, но и иметь понятие о коронарных, клапанных патологиях, видах аритмий, используемых доступах к сосудам, а также принципах работы ушивающих устройств, применяемых для гемостаза. За 6 лет работы в рентгенооперационных возникало немало нестандартных ситуаций. Они потребовали от операционных сестер ОРХМДиЛ применения теоретических знаний на практике и мгновенной ориентации

при диссекции сосудов, внезапной остановке сердца, гемоперикарде.

В компетенцию операционной сестры входит также подготовка, соблюдение правил работы с высокотехнологичным оборудованием и своевременный, квалифицированный уход за ним. Для обучения сестер работе со сложной аппаратурой периодически организуются обучающие мастер-классы, семинары и конференции.

В повседневной практике эндоваскулярных вмешательств в отделении используется более 200 наименований инструментов для ангиографических и аритмологических операций, значительно отличающихся от тех, которые применяются в обычной хирургической деятельности. Одной из основных и довольно сложных задач, входящих в компетенцию операционной сестры в рентгенооперационной, являются концентрация многочисленного инструментария и расходного материала для проведения эндоваскулярных оперативных вмешательств, их распределение по плану отделения, рациональное использование и учет в установленной форме. Большую помощь в решении проблем с инструментарием оказало внедрение в работу автоматизированного рабочего места операционной сестры. Оно предназначено для работы со сведениями о количестве инструментария и расходного материала, находящегося на балансе учреждения и конкретно – отделения, а списание различных наименований происходит по факту использования путем выбора позиции в режиме on-line. При выявлении проблем автоматизации рабочего места операционной сестры применялся метод тестирования, отражающий степень владения компьютером

среди респондентов: 40% – начинающие пользователи, 60% – уверенные пользователи. Подавляющее большинство операционных сестер (67%) считают информатизацию своего рабочего места удовлетворительной, но с необходимостью усовершенствования. Треть сотрудников (33%) убеждены, что информатизация их рабочих мест эффективна. 100% респондентов отметили большую сложность работы в системе «1С: Медицина. Больница» в течение первого года обучения в связи с наличием огромного количества наименований и видов одноразового инструментария.

Для выявления трудностей, с которыми сталкивается операционная медсестра в процессе работы, было проведено анкетирование сотрудников. При обработке анкет было установлено, что во время операции длинные (до 3 метров) электроды и инструменты затрудняли движение операционного стола, поэтому не всегда удавалось соблюдать правила асептики и антисептики при их перемещении, что явилось главной ошибкой в начале работы у 42% респондентов. Наглядным примером является транскатетерная имплантация аортального клапана. Первые подобные операции были проведены в 2013 году.

При выполнении радиочастотной абляции (РЧА) используется аппаратура и медицинский инструментарий, работа с которыми также требует определенных навыков и умений. Операционная медсестра должна знать больше 30 видов специфических инструментов, используемых в хирургической аритмологии, обладать техникой манипулирования катетерами – электродами в 50% случаев оперативных вмешательств

и выполнять роль электрофизиолога для помощи хирургу при реконструкции трехмерной модели камер сердца на навигационной системе. Среднее время РЧА – 3 часа.

При нарушениях проводимости и жизнеугрожающей аритмии в рентгенохирургической операционной проводится имплантация всех видов устройств: кардиостимуляторов, кардиовертеров – дефибрилляторов и ресинхронизирующих устройств лечения сердечной недостаточности. Операционная сестра должна обладать анатомическими знаниями сердечно-сосудистой системы, ориентироваться в понятиях физиологии сердечной деятельности и знать принципы работы различных видов электрокардиостимуляторов.

Немалую трудность для новичков представляло обязательное использование тяжелых по весу, более 10 кг, рентгенозащитных средств, в течение всего рабочего времени, отметили 100% респондентов.

Операционный зал часто находится под низким освещением, пространство ограничено из-за большого количества оборудования на уровне ног и рук опе-

рационной сестры, интенсивность работы (30–40 пациентов), необходимость быстрого манипулирования острыми инструментами – являлись препятствием для эффективной работы 94% анкетированных. Постоянное движение в операционном зале других участников оперативного процесса доставляли сложности в работе 50% респондентов. Достаточно часто в рентгенооперационных одновременно работают рентгеноэндоваскулярные хирурги, кардиохирурги и анестезиологи-реаниматологи, которые принимают совместное решение о дальнейшей тактике оперативного лечения: стентирование или открытое оперативное вмешательство.

Средняя нагрузка на одну операционную сестру в нашем Центре – 786 ангиографических оперативных вмешательств и диагностических исследований, 67 имплантаций кардиостимуляторов и 93 радиочастотных абляции в год. За 2016 год было проведено 5752 ангиографических операций, 656 РЧА, имплантировано 490 электрокардиостимуляторов, в 2017 году – 6282 ангиографических операций, 747 абляций и 538

антиаритмических устройств. Диагностические манипуляции в аритмологии составили 65 в 2016 году и 85 – в 2017-м.

Создание бригады операционных сестер-универсалов в рентгенооперационных способствовало рациональной организации труда специалистов двух подразделений аритмологов и ангиографистов, замене традиционных методов работы рядом правил, сформированных на основе анализа работы, и последующей правильной расстановке сотрудников, их дальнейшему обучению оптимальным приемам работы.

Операционные сестры ОРХМДиЛ в кардиохирургии, получившие дополнительные знания, умеющие на практике применять навыки и быстро ориентироваться в нестандартной ситуации, позволяют улучшить качественные результаты операции и обеспечить комфортную работу хирургу.

Желание операционных сестер победить страх перед барьерами, возникающими в начале трудового пути, и пройти через преграды и трудности, явились основной движущей силой в непростой период становления кардиоцентра.

К ВОПРОСУ ОБ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

ПЕРВЫЕ ИТОГИ ПРОШЕДШЕЙ КАМПАНИИ



■ Валерий Валерьевич Самойленко
Исполнительный директор РАМС

2018 год войдет в историю российского сестринского дела, как первый год перехода на аккредитацию специалистов (далее – АС). Сегодня после обобщения результатов, полученных от региональных ассоциаций, мы считаем необходимым подвести итоги первой аккредитационной компании (АК), опыт которой нельзя назвать безоблачным. В некоторой степени это оправдано тем, что мероприятие та-

кого масштаба проводилось впервые, но анализ ошибок и планомерное их устранение жизненно необходимы на данном этапе: у нас есть несколько месяцев до начала первичной специализированной аккредитации и неполный год до первичной аккредитации 2019 года. Итак, как это было...

Подготовку к первичной аккредитации РАМС начала более чем за полгода до начала процедуры. Первым шагом стал подбор кандидатов на роль председателей региональных аккредитационных комиссий. В соответствии с законодательством, работой комиссии руководит представитель профессиональной общественной ассоциации. Именно он комплектует состав комиссии, распределяет роли и задачи и, в конечном счете, отвечает за результат работы АК.

В большинстве регионов кандидатами на роль председателей комиссии были выдвинуты президенты региональных ассоциаций. Исключения составляли только те регионы, где президенты связаны по роду профессиональной деятельности с работой образовательных организаций, поскольку в таком случае нарушался бы принцип беспристрастности.

И здесь возникла первая проблема. На этапе подготовки к формированию комиссии Минздрав гарантировал, что именно те кандидаты, которые представлены региональной ассоциацией, будут утверждены в должности руководителей АК. Однако в нескольких регионах представленные нами кандидатуры были заменены. Вне зависимости от того, какие причины послужили причиной замены, РАМС не может согласиться с отходом от принципа лидиру-



Выдача логинов и паролей аккредитуемым

ющей роли профессиональных ассоциаций при формировании АК.

Следующей задачей ассоциации стала подготовка списков экспертов по лечебному, сестринскому, акушерскому делу и лабораторной диагностике. Проанализировав опыт работы вузов, которые начали АС годом раньше, мы просили будущих руководителей АК подобрать по крайней мере 5 экспертов для работы каждой подкомиссии, а при наличии большого количества выпускников иметь и двойной–тройной состав. Забегая вперед скажем, что рекомендация была абсолютно оправданной и в тех регионах, где руководители АК подошли к ее выполнению ответственно, при формировании комиссий никаких проблем не возникало. Также правильной оказалась и рекомендация РАМС привлекать к работе АК молодых специалистов, не связанных с управленческой работой. При очевидном соблазне сформировать комиссии из старших и главных сестер мы изначально понимали, что АС – долгая, сложная и трудозатратная процедура, а оторвать от работы главную сестру на 2–3 недели – задача практически нерешаемая.

Затем началась работа с пакетом тестов и ситуационных заданий. Прежде чем мы опишем сложный и напряженный процесс работы с банками данных, необходимо сделать небольшую ремарку. Аккредитация специалистов с высшим профессиональным образованием предусматривает разные по содержанию, но логически связанные три этапа:

1. Тестовый контроль, проверяющий знания аккредитуемого;

2. Практические задания, проверяющие манипулятивные навыки (у врачей их 5);

3. Работу с симулированным пациентом – на этом этапе проверяются способности молодого медработника поддерживать профессиональные коммуникации, опрашивать, разъяснять – иными словами, работать с пациентами.

Вероятно, устранившись большого объема работ или руководствуясь какими-то иными неизвестными нам причинами, для среднего медицинского персонала законодатель оставил только два первых этапа, тем самым указав нам, что работу с пациентами, как функцию медицинских сестер и акушеров, он не рассматривает. И даже фельдшеры, непосредственно и самостоятельно работающие с пациентами в условиях, где расстояние до ближайшего врача может измеряться десятками и сотнями километров, доказывали свой профессионализм тестами и набором простейших манипуляций.

Наборы тестовых заданий, подготовленные для проведения АС, вероятно, были собраны из ресурсов медицинских колледжей – это явно видно по разнородности методических подходов, большому количеству тестов, не связанных непосредственно с практической деятельностью специалистов (тест про то, какая комбинация клавиш запускает презентацию с текущего слайда, хорош на уроке информатики, но вряд ли

должен определять практическую подготовку медсестры). Поскольку для рабочих групп не было установлено необходимого количества тестов, группы по разным специальностям подошли к вопросу по-разному. Так, специалисты медицинской оптики обошлись 300 тестами, специалисты по медико-профилактическому делу отобрали 850 заданий, а вот по лечебному делу их было почти 2200. Очевидно, что чем больше тестов внесено в банк, тем тяжелее подготовка соискателей. Не вдаваясь сейчас в диспут об оптимальном количестве тестов, заметим, что степень сложности испытания должна быть одинаковой для выпускников всех специальностей.

В соответствии с требованиями законодательства уполномоченным учебно-научно-методическим центром по поручению Минздрава России была организована экспертиза тестовых заданий первого этапа АС. Ошибка, допущенная на этом этапе, была, наверное, неизбежной... К проведению экспертизы были привлечены эксперты профессиональных ассоциаций, в том числе региональных ассоциаций, входящих в РАМС, причем для оценки профессиональных тестов были привлечены практикующие специалисты – медицинские сестры, акушерки, фельдшеры. Экспертиза тестов проводилась в виртуальной среде специально разработанного портала, который, будем откровенны, был разработан весьма продуманно и удобно. Однако вопросы методического характера оказались трудны для практикующих специалистов – для того чтобы ответить на вопрос «определите соответствие дистрактора оцениваемой обобщенной трудовой функции», необходимо иметь несколько иную подготовку, нежели чем медицинский колледж. Какое-либо обучение для экспертов, к сожалению, проведено не было. Поэтому абсолютно не удивительно, что в подавляющем большинстве случаев

эксперты соглашались с представленными формулировками, не вдаваясь в глубокие методологические детали.

Результатом такого подхода стали списки тестов, которые ужаснули и студентов, и их преподава-

Мы попросили практиков отметить некорректные тесты, не соответствующие специальности и уровню образования.

телей, и практикующих специалистов огромным количеством ошибок и некорректных тестов. В этой ситуации РАМС пошла на беспрецедентный шаг, объявив в отведенные для комментариев 2 недели независимую экспертизу силами всех заинтересованных специалистов отрасли. Если на первом этапе каждый тест проверялся двумя экспертами, то на этапе «нашей» экспертизы его вычитывали 4–5 и более человек.

Не вдаваясь в сложные педагогические тонкости, мы попросили практиков, желающих помочь подготовке, отметить некорректные тесты, тесты, не соответствующие специальности (например, тесты по интерпретации лабораторных анализов для медсестры), тесты, не соответствующие уровню образования («врачебные тесты») и некоторые иные категории непригодных тестов.

Результаты проделанной работы и сегодня можно найти, обратившись к архивам официальной группы РАМС «ВКонтакте» (заметим между строк, что за последние годы группа в социальной сети стала действенным инструментом общения, консультирования и решения серьезных задач, стоящих перед ассоциацией). Консолидированное мнение наших коллег, представляющих самые разные регионы и виды медицинских организаций, позволило отсеять от 20 до 40 процентов непригодных для использования тестов.

Результаты экспертизы были обобщены нами и направлены в Методиче-

ский центр аккредитации специалистов, однако, к сожалению, были минимально приняты во внимание. Этот факт повлек за собой большие сложности при предаккредитационной подготовке выпускников колледжей к аккредитации, когда юные специалисты были вынуждены зазубривать правильные ответы, не относящиеся к их компетенции и/или некорректно составленные.

Отдельного разбора заслуживает второй этап АС. Уточним, для того чтобы заниматься профессиональной деятельностью в нашей стране, среднему медицинскому работнику (помимо тестов) достаточно продемонстрировать три манипуляции. Не решить комплексную задачу, не продемонстрировать умение оказывать помощь, не применить

на практике все то, чему учили 3–4 года, а показать три манипуляции из известного за полгода списка.

При этом трудно предположить, чем руководствовались авторы списка манипуляций, но при прочтении перечня, отобранного для специальности «Сестринское дело», возникает стойкое ощущение, что описана средней руки больница примерно 30-летней давности. По крайней мере, автор, окончивший ленинградское медицинское училище

в начале 80-х годов, на выходе из училища был бы готов выполнить весь список, отобранный экспертами, за исключением разве что позднее появившейся глюкометрии.

В перечень вошла давно и безвозвратно ушедшая из клиники постановка горчичников, но не вошли использование небулайзера и спейсера, вошла крайне редко используемая внутривенная инъекция, но не вошла инъекция в имплантированный порт (а это совсем особый протокол), в перечне есть постановка компресса, но нет обслуживания инсулиновой помпы и так далее. Возникает ощущение, что либо авторы списка по тем или иным причинам не знакомы с современной медициной, либо настолько не уважают медицинских сестер, что считают гигиенический уход основной и важнейшей функцией ее практики.

В целом для каждой специальности было отобрано по 50 манипуляций (хотя практика требует намного большего количества), но этим дело не ограничилось. Как будто испугавшись, что за оставшиеся месяцы выпускники не смогут осилить 50 простейших манипулятивных навыков, организаторы процесса сузили список до трех манипуляций, опубликовав их за 2 месяца в открытом доступе. То есть для получения права профессиональной деятельности достаточно было за месяц отработать до автоматизма три простейших навыка работы.

При этом был нарушен базовый принцип аккредитации, предполагаю-

При прочтении перечня манипуляций, отобранных для аккредитации по специальности «Сестринское дело», складывается впечатление о больнице 30-летней давности.

для получения права профессиональной деятельности достаточно было за месяц отработать до автоматизма три простейших навыка работы



Оценка практических навыков



Тестирование

щий индивидуальное задание для каждого соискателя. А при обязательном условии наличия нескольких вариантов было крайне забавно наблюдать, как одни и те же задания описывались в условиях разных отделений...

Но и это еще не все. Для того чтобы даже самый слабый студент, не способный вспомнить содержание учебника, наверняка не оплошал на аккредитации, на портале в открытом доступе были опубликованы материалы, которые в принципе не должны попадать на глаза аккредитуемым – чек-листы экспертов.

Особенно вопиюще смотрелся перечень манипуляций по специальности «Лечебное дело». Для того чтобы получить право работать фельдшером, исполнять обязанности участкового педиатра и терапевта, самостоятельно лечить пациентов в регионах, на сотни километров отдаленных от ближайшей больницы, достаточно уметь измерять давление и выполнять внутримышечную инъекцию. Не назначать исследования и интерпретировать их результаты, не подбирать и корректировать терапию, не принимать роды и рассчитывать противоболевую терапию при паллиативной помощи, а измерять давление и вводить препарат в большую ягодичную мышцу.

Таким образом, поэтапно, пусть и с некоторым запозданием, проходя положенные этапы подготовки к АС, мы подошли к выпуску студентов медицинских колледжей.

Формирование приказа, утверждающего персональный состав АК, затянулось сверх всех возможных сроков и выявило следующую важнейшую проблему. В соответствии с базовыми принципами аккредитации специалистов состав комиссии должен в равной степени представлять три независимые стороны, определяющие работу и развитие отрасли – орган управления здравоохранением, профессиональную ассоциацию и образовательные организации. При этом на каждом этапе аккредитационных испытаний должно быть минимум трое специалистов от разных сторон. Анализ, проведенный нами после окончания процедуры АС, показал, что во всех без исключения регионах,

предоставивших данные о результатах, эксперты региональных ассоциаций составляли абсолютное большинство, в некоторых регионах достигая 100%. При этом особенно важно, что в состав комиссии могут входить только специалисты, чей уровень образования совпадает с аккредитуемыми. Иными словами, врач не может проводить аккредитацию медицинской сестры, фельдшер не может оценивать лаборанта и т.д.

Невзирая на все перечисленные и многие оставшиеся за кадром сложности, аккредитация состоялась. Состоялась в отсутствие профессиональных стандартов, которые не утверждены по сей день, состоялась при колоссальном дефиците информации, беспокойшем экспертов до самого начала аккредитации, при зависающем на часы сервере аккредитационной комиссии и мужественной, но абсолютно недостаточной техподдержке. В следующий раз будет легче, мы уже готовы.

Да, без сомнения, переход на аккредитацию специалистов – важный и значимый шаг для развития профессионального саморегулирования, но требуются огромные усилия для того, чтобы карикатурная на сегодняшний день процедура АС стала достойным, честным и профессиональным испытанием компетентности специалиста.

Поэтому сегодня, в начале осени 2018 года, мы можем критически сопоставить победные доклады о практически 100%-ной аккредитации выпускников 2018 года по всем специальностям среднего медицинского образования (и, тем самым, замечательном уровне подготовки в образовательных организациях) и результаты опроса работодателей, проведенного весной этого года Российским кардиологическим обществом. Опрос нескольких тысяч крупнейших работодателей показал, что более половины выпускников колледжей не готовы к самостоятельной работе и требуют значительного «дообучения» на рабочем месте.

Для эффективной работы аккредитационных комиссий как минимум

и в самое ближайшее время необходимо решить следующие задачи:

1. Целенаправленное и равномерное привлечение экспертов к формированию аккредитационных комиссий. Соразмерное участие в формировании комиссии всех заинтересованных сторон процесса. Отбор экспертов в количестве, достаточном для разумной, не приводящей к проблемам по основному месту работы, не вызывающей чрезмерного перенапряжения работе в составе АК.

2. Правовое регулирование привлечения экспертов к работе в составе аккредитационных комиссий. На сегодняшний день нет никакого правового решения отвлечения специалистов от работы, их работы в свободное время, оплаты их труда.

Надо понимать, что никакой труд, тем более, настолько сложный и ответственный, не может и не должен выполняться бесплатно. РАМС берет на себя повторное обращение в Министерство здравоохранения по данному вопросу.

3. Формирование принципиальной и профессиональной работы экспертов, честно и беспристрастно оценивающих показатели в той мере, в которой они того заслуживают, без оглядки на возможные последствия.

4. Тщательный отбор контрольных материалов, с одной стороны, соответствующих требованиям профессионального стандарта и сформулированным в них трудовым функциям, а с другой стороны, отражающих тот уровень науки и практики, который достигнут на сегодняшний день. Следует категорически исключить задания, не соответствующие профессии и выполняемым функциям, устаревшие вопросы и задания, не соответствующие критериям доказательной медицины.

5. Предварительная доброжелательная работа со студентами выпускных курсов и программ профессиональной переподготовки. Разъяснение и помощь будущим коллегам процедуры, ответственности и сложности аккредитации специалистов.

Требуются огромные усилия для того, чтобы процедура аккредитации специалистов стала достойным, честным и профессиональным испытанием компетентности выпускника



АКУШЕРКИ

НА ПУТИ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АВТОНОМИИ

ИТОГИ СИМПОЗИУМА ЕВРОПЕЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ АКУШЕРОВ
И АССОЦИАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ



■ **Серебренникова Н.В.**

Директор по международному сотрудничеству РАМС, канд. полит. наук, г. Санкт-Петербург



■ **Саитова Т.В.**

Главная акушерка Перинатального центра БУЗОО «ОКБ» г. Омск, член специализированной секции РАМС «Акушерское дело»



■ **Швецова Н.С.**

Главный специалист по сестринскому и акушерскому делу Департамента здравоохранения Тюменской области, руководитель специализированной секции РАМС «Акушерское дело»



■ **Аганова Ю.В.**

Акушерка ФГБОУВО «СПбГПМУ», преподаватель СПбГБПОУ «Акушерский колледж», член секции РАМС «Акушерское дело», г. Санкт-Петербург

ции акушеров – Мерви Йекинен, членами правления ЕМА – Евой Мантинтой и Барбарой Финдерл, акушерками из профильной ассоциации Хорватии, мы хотели узнать о многом, но прежде всего о том, что сегодня представляет из себя акушерская практика в Европе, каковы ее границы, где ответственность лежит на акушерке, где на врача, какими нормативными документами все это регламентировано, как проходит подготовка специалистов и над чем они работают в практическом плане, к каким вершинам стремятся...

Нормативное регулирование практики – один из основных вопросов, над решением которого сегодня работает РАМС. Открывая симпозиум, В.А. Саркисова рассказала о создании профессионального стандарта, о том, как лидеры профессии отстаивают в этом документе каждую функцию, каждое полномочие, и о том, как сложно всего этого достигать на политическом уровне, как необходима поддержка самих профессионалов и их голос в защиту своей профессии.

В Европе тоже бушевали такие бури, правда, более 35 лет назад. А затем в здравоохранении случился переломный момент – страны начали и быстро научились считать деньги, начали и также быстро научились анализировать, исследовать, оценивать эффективность помощи, а еще поняли, что имея единое политическое пространство и единый рынок труда, не-

Профессиональное самоопределение сегодня является одной из наиболее острых и актуальных тем – как для российского здравоохранения, так и для мирового. Уникальная возможность обсуждения профессиональной роли акушерки представилась нам в сентябре – в рамках Европейского конгресса по перинаталь-

ной медицине прошел акушерский симпозиум, точнее, симпозиум Европейской ассоциации акушеров, объединяющей 36 профессиональных организаций из 29 стран, а основным организатором мероприятия выступили, конечно же, мы – Ассоциация медицинских сестер России.

Получив возможность пообщаться с президентом Европейской ассоциа-

мыслимо тратить средства впустую на повторное обучение специалистов, которые стали частью европейских и глобальных миграционных процессов. Подготовленные кадры здравоохранения – это ценный ресурс, использовать который необходимо максимально ответственно!

Так, в рамках Европейского союза появились Директивы по акушерству, иными словами, общеевропейские законодательные акты, регламентирующие уровень компетенций, квалификации, образования и практики специалистов. Основными из действующих являются Директива 2005/36/ЕС и Директива 2013/55/EU.

Как отметила Ева Мантинтупа, допуск на образовательные программы по акушерству предоставляется по окончании 12 классов школы, т.е. при наличии полного общего образования. Обучение проводится на университетском уровне в течение трех лет – выпускники получают квалификацию бакалавр. Объем учебных часов не может быть менее 4600, и как минимум треть этого времени отводится на клиническую практику. Есть и иной путь в профессию. Если акушеркой захочет стать дипломированная медсестра, то она сможет получить образование за два года, набрав 3600 часов, а если это медсестра с опытом работы не менее года, то продолжительность учебной программы составит 18 месяцев.

В ходе обучения специалист приобретает теоретические знания – изучает такие общие дисциплины, как основы анатомии, физиологии, патологии, фармакологии и прочих дисциплин, а также специальные, связанные со здоровьем матери и ребенка, беременностью, родами, послеродовым периодом.

Практика студентов обширна и предполагает как совместное, под руководством наставника участие в ведении беременных, ведении и приеме родов и оказании помощи в послеродовый период, так и самостоятельная – студент должен принять как минимум 40 физиологических родов. Желательно, чтобы студент также был задействован в родах с тазовым предлежанием. И только если таких ситуаций не возникает, клиническую практику можно заменить на симуляционную.

Столь тщательная подготовка и практика необходимы для достижения необходимого уровня автономии профессии – возможности выполнять свою роль самостоятельно и в рамках квалификации, которая по Европейской рамке квалификаций относится к шестому квалификационному уровню. На практике это означает, что акушерка является основным медицинским работником при ведении физиологической беременности и родов. Например, в Великобритании в связи с установлением беременности женщина может обратиться либо к акушерке, либо к врачу общей практики, которые, оценив ее риски и состояние здоровья, далее направят ее для ведения беременности либо акушеркой, либо мультидисциплинарной командой специалистов. В отсутствие патологий женщина будет наблюдаться акушеркой, в случае их выявления на более поздних сроках – будет направлена акушеркой к специалистам. В процессе же ведения беремен-

БУДУЩИЕ МАМЫ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

В последние годы значительное внимание уделяется проблемам беременных женщин с ограниченными возможностями здоровья. По состоянию на 2017 год, в Томской области проживает около 60 000 таких граждан. Оказание акушерской помощи женщинам с инвалидностью организовано в ОГАУЗ «Областной перинатальный центр». Здесь наблюдаются и получают акушерскую помощь женщины с абсолютной и частичной слепотой, в том числе на фоне сахарного диабета, с ДЦП, с нарушением слуха, опорно-двигательного аппарата, олигофренией и другими формами умственной отсталости.

Медицинская помощь предоставляется через формирование доступной среды для будущих мам с ограниченными возможностями. Не последнюю роль играет фактор доступности зданий и сооружений: пандусы с перилами, палаты повышенной комфортности со специальными приспособлениями для инвалидов, осуществления приема пищи, забора анализов, проведения медицинских исследований непосредственно в палате, возможности немедленного вызова медицинского работника с помощью экстренной кнопки. Имеется «социальное такси» для транспортировки женщин с ОВЗ.

Однако самое важное и значимое – это психологическое и социальное сопровождение женщин: эмпатия, толерантное отношение со стороны медиков, консультации специалиста по социальной работе (возможность оформления документов в палате), психолога, юриста и специалиста по грудному вскармливанию. При необходимости – услуги сурдопереводчика.

Наиважнейшую роль в помощи и поддержке пациенткам оказывают акушерки и медицинские сестры. Они ответственны за организацию всех процессов: консультативных, диагностических, лечебных... Именно они 24 часа в сутки находятся рядом и сопровождают будущих мам с ограниченными возможностями в дородовом, родовом и послеродовом периодах медицинской помощи.

Нет более важного и чудесного события на этой Земле, чем рождение ребенка – появления нового человека в этот мир! И первыми свидетелями этого чуда становятся акушерки – настоящие лидеры и волшебники своей профессии!



“Our midwives are skilled in caring for women with disabilities. Our midwives and nurses are there for these women 24 hours a day, helping them to give birth in the most comfortable way so that they, too, can experience motherhood and happiness.”

–Svetlana Bardovskaya,
head midwife,
Tomsk Regional Perinatal
Centre, Russian Federation



ности акушерка будет направлять женщину на все необходимые анализы, тесты и исследования – такие полномочия зафиксированы и в Европейской директиве, и в национальном законодательстве.

Общее законодательство во многом содействовало переменам в здравоохранении стран Евросоюза. Так, вновь вступающие в него страны были обязаны осуществить гармонизацию своей системы с общеевропейской, таким был и опыт Хорватии, страны, прошедшей через период активных преобразований сравнительно недавно. Там полномочия акушерки начали меняться порядка 15 лет назад. Барбара Финдерл, руководитель Ассоциации, привела результаты исследования, охватившего 29 стран Евросоюза и проведенного в 2011 и в 2018 гг., на предмет автономии акушерской практики и непрерывности оказываемой помощи.

Выяснилось, что, несмотря на прошедшие годы, сегодня акушерки менее автономны в своей работе. Так, если в 2011 году 84% респондентов отвечали положительно на вопрос о самостоятельной частной акушерской практике, то сегодня таких оказалось только 60%; если за ведение физиологической беременности раньше отвечали акушерки в 88% случаев, то теперь ответили положительно только 72% респондентов. Поясняя ситуацию позже, в ходе дискуссии, европейские коллеги отметили, что за эти годы вступили в силу директивы, касающиеся не только акушерства, но и законы, определяющие требования к частной практике в целом, и страхованию профессиональных рисков, в частности. Сегодня любая частная практика должна быть застрахована от вероятных рисков – судебных издержек и затрат на оказание помощи в случае нежелательного исхода лечения. Поскольку риски нежелательного исхода родов в финансовом выражении высоки, в Европе не нашлось частных страховых компаний, готовых такие риски страховать, либо стоимость такой страховки неподъемна для частнопрактикующего специалиста. В Великобритании акушерки нашли выход – стали создавать совместные кооперативы, но тем не менее численность частнопрактикующих специалистов заметно сократилась.

Препятствием к реализации полноценной акушерской практики является и то, что в некоторых странах такие специалисты в принципе не задействованы в первичном звене и работают исключительно в организациях родовспоможения.

И хорватские, и российские акушерки отметили, что последние два десятилетия стали периодом глобальных преобразований и изменения подходов к оказанию помощи. Международные инициативы привнесли в здравоохранение принципы акушерства, которые практиковали некогда, еще в эпоху повивальных бабок, но были забыты. Еще 20 лет назад роды были сугубо медицинской процедурой, женщина – пациенткой, ничего не понимающей и не имеющей права голоса. Сегодня каждый роддом – это больница, дружественная ребенку, где приоритетное внимание уделяется естественным родам, привлечению партнера, снижению акушерских агрессий, профилактике инфекций, совместному пребыванию матери и ребенка. Татьяна Саитова, главная акушерка Перинатального центра Омской клинической больницы, по праву гордится достигнутыми в этом направлении результатами: «Несмотря на то, что наш перинатальный центр является организацией третьего уровня, т. е. помощь здесь получают женщины из группы высокого перинатального риска, процент совместного пребывания матери и ребенка находится на высоком уровне (в 2017 году – 81%), усилия по его повышению продолжаются». А еще Татьяна Викторовна поделилась результатами оценки результатов партнерских родов. Хотя их процент в перинатальном центре невелик (около 7%, по той же причине – в центре родоразрешаются пациентки высокого риска), при партнерских родах отмечаются отличные результаты – снижение травматизма промежности на 12%, травматизма новорожденных – на 2,2%, сокращается медикаментозная нагрузка – в партнерских родах она использовалась в 6% случаев, а в отсутствие партнера к ней прибегали гораздо чаще – 61% родов.

Счастливая беременность и успешные роды – это главная задача акушерки, в достижении которой профессионалу должны помогать законодательство и образование. Там, где ведение

**Результаты
Кохрановского исследования
«Эффективность акушерской
модели непрерывной помощи –
от установления беременности
до послеродового периода».**

- На 16% ниже вероятность потерять ребенка;
- На 19% ниже вероятность потерять ребенка на сроке до 24 недель;
- На 24% ниже вероятность преждевременных родов;
- На 15% ниже вероятность применения регионарной анестезии;
- На 10% ниже вероятность инструментального пособия в родах;
- На 16% ниже вероятность эпизиотомии;
- На 5% выше вероятность самопроизвольных естественных родов.

*Кохрановский обзор,
Sandall и соавт., 2016*

беременности и родов в руках акушерки, такие результаты достижимы. Президент ЕМА привела данные Кохрановского обзора, подтверждающего огромную роль специалистов.

О достижении таких высоких показателей благодаря истинно акушерской, самостоятельной практике, возможно, слышали далеко не все российские специалисты, но именно к такой профессиональной деятельности многие из них стремятся. Увы, многие при этом не выдерживают того, что реализовать свои стремления на практике не получается. Наталья Швецова, руководитель профильной секции РАМС, привела статистические данные – с 2000 года численность акушерок заметно сократилась, показатель обеспеченности ими на 1000 населения снизился с 9,9 до 7,5 специалистов. В ходе опроса, проведенного РАМС летом 2018 года (а участие в нем приняли более 500 акушерок из 30 российских регионов), выяснилось, что из числа работающих в стационарах часто принимают роды только 55% специалистов, 26% – сталкиваются с этой задачей редко, а 19% – никогда.

При анализе своей работы специалисты первичного сектора и стационарной службы отмечают, что 50% рабочего времени занято заполнением медицинской документации, обеспечением эпидемио-

логической безопасности и только 50% времени уделяется непосредственному общению с пациентом для решения его проблем. При этом 30% респондентов отмечают, что вопросами профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний, обучением пациента заняты редко или никогда.

Российские специалисты хотят быть услышанными, стремятся и к более высоким знаниям и к более широким полномочиям. Большинство респондентов указали, что функцию ведения физиологически протекающей беременности и родов следует передать от врача акушерке. А помимо этого отдать специалистам роль подготовки беременных к родам, дородовое и послеродовое консультирование, наблюдение за пациентами, состоящими на диспансерном учете, первичный прием гинекологических пациентов, профилактические осмотры, консультирование по вопросам планирования семьи и репродукции.

Для того чтобы такую роль выполнять уверенно, акушерки нуждаются в более качественной подготовке. Так, 34,5% опрошенных высказались за бакалавриат и еще 34% – за повышение интенсивности обучения.

Совершенствование подготовки акушерок – вопрос больной не только для России, но и для Европы. Европейские страны перешли на бакалавриат и университетское образование, отметил Мерви Йекинен, однако вопрос о преподавательском составе остается до сих пор открытым – во многих странах ощущается нехватка профессиональных акушерок в системе образования, поэтому по-прежнему основной педагогический состав – это врачи.

Для России эта проблема тоже актуальна, хотя акушерки-преподаватели постепенно появляются, и именно они ориентируют студентов на самые важные аспекты профессии, в чем убедились все участники мероприятия, познакомившись с Юлией Агаповой – практикующим специалистом и одновременно преподавателем Санкт-Петербургского акушерского колледжа.

Говоря о действующем ФГОС, Юлия Владимировна подчеркнула, что документ 2014 года содержит достаточно обширный перечень знаний и навыков, подразумевает, что акушерка может и должна уметь вести физиологически



протекающую беременность и роды – «осуществлять диспансеризацию, патронаж, уход в отношении беременных, рожениц, родильниц и новорожденных, ...выполнять акушерское пособие при физиологических родах», и активно участвовать и оказывать помощь при беременности и родах, отягощенных осложнениями, – под руководством врача. Однако на практике даже при физиологически протекающих процессах акушерка не самостоятельна, и степень ее автономии определяется всем, чем угодно, но только не нормативными документами – историей и традициями каждого конкретного учреждения, характером установившихся взаимоотношений по линии акушерка–врач. Поэтому при смене места работы акушерки нередко сталкиваются с новыми взглядами, требованиями и ограничениями в своей практической деятельности.

В подтверждение участники симпозиума поделились своими историями и озвучили вопросы. Так, в практике известного в Санкт-Петербурге Центра активных родов «Радуга» (надеемся рассказать нашим читателям об этом уникальном объединении акушерок в одном из следующих выпусков «Вестника») практикуются свобода выбора роженицей позы во время родов (на боку, на четвереньках, на корточках). Однако бывает так, что врач выражает несогласие и требует вернуться к более привычному положению в родах. Существует ли такая проблема за рубежом?

Надо сказать, что мероприятие шло в режиме синхронного перевода, и на этом этапе диалога – уже под конец симпозиума – возникла проблема:

зарубежные коллеги не с первого раза поняли озвученный вопрос и отвечали на него своими вопросами – а почему врача это волнует, как он оказался в родильном зале, кто его туда пустил?

Затем все же ответили – в Великобритании, например, врач не придет в родильный зал, если его туда не вызывали. А если ему вдруг по какой-то причине захочется узнать, как протекают роды, он постучится, спросит разрешения войти и зайдет туда только с согласия женщины и акушерки. Но врачу не придет мысль о том, что женщина в сопровождении квалифицированного специалиста делает что-то не так, неправильно, нетрадиционно, ведь современный врач отлично знаком с данными научных исследований, которые подтверждают возможность самых разных поз во время родов и благоприятных исходов таких подходов к рождению! Да и во всех учреждениях распространены материалы Королевского колледжа акушерок, плакаты, брошюры, листовки, где представлены рекомендуемые в родах положения женщин.

Объединение усилий, обмен информацией, внедрение доказательной практики, совместная работа и диалог по поводу границ профессиональных полномочий специалиста – вот те задачи, которые сегодня стоят перед акушерками России и которые могут решаться совместно в рамках Российской ассоциации медицинских сестер. Уверены, что прошедший симпозиум укрепил позицию наших замечательных акушерок и стал важным этапом в развитии работы специализированной секции РАМС «Акушерское дело».

Give it a go, it'll be worth it



Illustrations by Caroline Fienza©The Royal College of Midwives 2015. All Rights Reserved

Королевский колледж акушеров рекомендует в родах активное и вертикальное положение роженицы

To find out more about the RCM Better Births initiative, visit betterbirths.rcm.org.uk


Better Births

 THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES

УЛЫБКА ПАЦИЕНТА И СМЫСЛ ЖИЗНИ

■ Андрей Владимирович Рындюк

Медицинский брат палатный
терапевтического отделения № 1
ФГБУ «Центральная клиническая
больница с поликлиникой» Управления
делами Президента Российской
Федерации

В тот первый день нового года ничто не предвещало беды. В воздухе витал запах мандаринов. По «телеку» показывали любимые фильмы. Впереди маячили школьные каникулы, а значит – санки, хоккей на площадке с друзьями, компьютер без ограничений по ночам!

Вся наша большая семья собралась за завтраком, по российской традиции перетекающим в обед, а потом в ужин: настоявшийся оливье, закуски, торт, для которого вчера не нашлось места.

Мой любимый дед – в честь него меня и назвали – с утра чувствовал себя «не очень», но, как обычно, хрипелся.

Все случилось внезапно.

Смерть редко приходит к нашим близким по плану. Дед мучительно умирал у нас на глазах, и никто, абсолютно никто не мог ему помочь. Меня пытались вывести в другую комнату, но я рвался назад, чтобы быть рядом с ним. «Скорая» приехала очень быстро, однако к приезду бригады мой близкий человек был уже мертв.

В тот день я, 14-летний парень, убитый горем, решил, что в семье обязательно должен быть хотя бы один медик. Весной подал документы в Медицинский колледж УД Президента РФ.

После окончания колледжа, не добрав баллы по химии во второй Мед, получил повестку и пошел в армию. Рассчитывал, что отправят в санчасть, но удача, увы, не улыбнулась.

Армия была серьезным этапом взросления. Субординация, способность соблюдать правила и регламенты, дисциплина, сила воли прокачиваются именно в армии. Я вернулся другим человеком – более собранным, мотивированным, целеустремленным. Начал учиться в Московском психологическом университете на психолога и по-



лучил предложение работать медбратом в ЦКБ с поликлиникой Управления делами Президента РФ.

Реальность разошлась с ожиданиями кардинально. Одно дело – изучать состав и способы введения препарата по учебнику, совсем другое – прикапывать капельницу в палату и услышать от пациента: «Ой, а вот гугл пишет, что ваше это лекарство с такими побочными эффектами! Я не хочу этот препарат, зачем его назначили?»

И опять армия приходит на выручку. Ведь пока ты объясняешь одному пациенту, в чем смысл назначения, у трех других капельницы уже кончились, и они переживают, ведь в гугле написано, что воздух попадет в вену!

Значит, критично важным становится умение распределить время между пациентами, качественно выполнить назначения доктора, проследить, чтобы все запланированные диагностические и лечебные процедуры состоялись, – вот базовый навык для успешной работы медбрата.

Меня, безусловно, очень выручает параллельное изучение психологии. Сегодня я сам уже могу понять и почувствовать, где у пациента простой каприз и характер, а где болезнь ковер-

кает, корежит личность, заставляя защищаться от страданий.

Поработав в отделении эндокринологии, бывает, задумываюсь, насколько мы, люди, гормонально зависимы: пациент с заболеванием щитовидной железы, например, подчас просто не в состоянии держать себя в руках.

Поэтому нахожу в себе силы пропустить мимо ушей язвительный или агрессивный тон, подождать, пока у человека минует эмоциональное обострение, пройдет гормональный взрыв, и он сможет общаться адекватно.

Способность сопереживать пациенту и его близким лежат в основе взаимодействия между человеком, его окружением и клиникой, докторами, медсестрами и медбратьями, санитарями.

Судите сами, пациент проводит в общении с медсестрой или медбратом гораздо больше времени, чем с врачом. За редким исключением врач бывает у пациента раз в день. А мы общаемся с пациентом сутками – и днем, и ночью. Я как-то узнал, что пациенты делят смены на «добрые» и «не очень». **И каждый раз стараюсь, чтобы моя смена была «доброй».** В доброжелательной атмосфере, где есть место поддержке, позитивным эмоциям,



смеху – люди идут на поправку быстрее. Я это видел не раз.

К нам в терапию поступают самые разные пациенты: кто-то восстанавливается после перенесенного инсульта или инфаркта, у кого-то была травма, кто-то тяжело перенес химиотерапию. Мне как медбрату нужны знания по многим нозологиям... Работаем с широким спектром препаратов, которые постоянно обновляются. Важно уметь отслеживать динамику состояния пациента: заметить ухудшение гораздо чаще может именно средний медицинский персонал, и я эту ответственность тоже осознаю.

Самое драгоценное в моей работе – это улыбка пациента, которому помогло лечение. Когда я смотрю, как приехавший на коляске пациент уходит на своих ногах, то ощущаю причастность к большому и важному делу. Это смысл жизни, который миллионы людей ищут годами. А он – вот он: прямо перед глазами. Когда ты видишь, что чья-то жизнь стала лучше, легче, в том числе и благодаря твоему вкладу.

Такое понимание мотивирует развиваться, учиться.

До недавнего времени я думал, что остаться в медбратах – это значит не взять планку, согласиться на второй сорт что ли. Но жизнь совершенно по-другому расставила акценты. Я понял, как это «заряжает» – находиться рядом с пациентом и бороться с болезнью вместе с ним, протягивая ему руку помощи и поддержки именно в те ми-

нуты, когда он особенно остро в ней нуждается.

И речь не только о препаратах, процедурах, манипуляциях. Иногда эмоциональный контакт с человеком значит не меньше. Ты словно бы за руку вместе с пациентом переходишь по узкому шатающемуся мостику через бешущую реку, на вас шквалом летят брызги, вас сбивает с ног ветер, иногда кажется, что вот-вот – и падение неминуемо. Концентрируешься максимально, держишь равновесие, смотришь на цель и идешь к ней. А потом, в конце «перехода»,жать друг другу руки или даже, бывает, обняться – ради таких моментов, наверное, и стоит жить.

Я бы хотел заглянуть в будущее и посмотреть на себя лет через десять. Совсем недавно понял, что могу набраться опыта и занять руководящую позицию в моей сфере. Получить высшее образование в моем направлении, стать старшим медбратом отделения, а затем и службы. Кто знает, может, и всей клиники?! Ведь плох тот солдат, который не мечтает стать генералом!

Мне уже посчастливилось поработать и в хирургии, и в терапии.

Моя наставница, Мария Николаевна Крылова недавно пошла на повышение – стала старшей медсестрой отделения гастроэнтерологии. Ее влияние на меня сложно переоценить. Никто не верил в меня так, как она. Всегда была рядом, давала советы, успокаивала, когда что-то не выходило. Я вообще ужасно расстраиваюсь, если что-то не получается, ведь на пациентах нельзя тренироваться, права на ошибку у тебя просто нет. Конечно, армейская дисциплина выручала, но бывали тяжелые, сложные моменты.

А она улыбалась и повторяла снова и снова: «Я верю, у тебя все получится». Эти слова в первое время для меня были будто луч фонарика в ночном лесу. Когда в тебя верит твой наставник – это, с одной стороны, успокаивает, дает силы, придает уверенности, возвращает в ресурсное состояние, а с другой – это ответственность, ведь ты знаешь, что подвести старшего коллегу, который в тебя вкладывает и время, и силы, и душу, ну никак нельзя.

Когда Мария Николаевна пошла на повышение, я разрывался: и ра-



достно за нее, и без нее тоскливо. Просто, видимо, мне пора было самому встать на крыло. Сегодня, когда я уверенно ориентируюсь в отделении, могу эффективно взаимодействовать и с врачом, и с пациентом, появилась возможность помогать и поддерживать других новичков.

Тот факт, что я начал профессионально развиваться в рамках концепции «кремлевской медицины», конечно, заставляет меня «вставать на цыпочки», тянуться за специалистами с мировыми именами, с которыми работаешь бок о бок.

Сегодня, когда «кремлевская медицина», ставшая колыбелью для персонализированной медицины в стране, становится более доступной, я осознаю, что приношу пользу не только узкому кругу пациентов, а всем тем, кто нуждается в высокотехнологичном и высокотехнологичном лечении.

С другой стороны, в «кремлевской медицине» начинающим сотрудникам задаются изначально гораздо более высокие профессиональные стандарты. Это подход к каждому пациенту как уникальному случаю, способность находить общий язык с каждым больным и его близкими.

Каждый день врачи в ЦКБ работают в мультидисциплинарных бригадах, проводят консилиумы и коллегиально вырабатывают решения по оптимальной тактике ведения пациентов.

У работы медбрата (и медсестры) в мультидисциплинарной бригаде есть свои особенности. Это и взаимодей-



ствие препаратов, назначенных профильными специалистами, и проведение дополнительных исследований, которые требуют отличного тайм-менеджмента в работе всего отделения.

Наша задача, чтобы пациент, кем бы он ни был – руководителем высокого ранга или пенсионером, приехавшим из далекой деревни и получившим квоту на лечение, – не сидел в очередях под дверями кабинетов, не тратил время на формальности, а сосредоточился исключительно на процессе выздоровления.

Я читал, что в западной медицине средний медицинский персонал обладает несравнимо большими полномочиями, чем у нас. Принимают пациентов на первичном приеме, часто назначают терапию. Думаю, мы готовы пойти по этому пути, если серьезнее начнем вкладываться в свое образование. Причем не будем ждать этого от государства, а сами будем создавать возможности. Например, у нас в ЦКБ сейчас запускается уникальный курс для среднего медицинского персонала: в нем и повышение квалификации, и погружение в вопросы этики, деонтологии, психологии общения с пациентом, и даже этикета, и профессионального дресс-кода. Я надеюсь, что меня возьмут в пилотный курс!

Конечно, чем старше человек становится, тем сложнее находить время на обучение и развитие: появляются насущные дела – семья и дети. Однако пока ты молодой специалист, жизнь открывает перед тобой такие широкие перспективы, что только успевай ставить цели.



Я отдаю себе полный отчет в том, что медицина – профессия, в которой ты должен учиться непрерывно. Жизнь не стоит на месте. Каждый день появляются новые методики лечения, новые препараты, новое оборудование. Тот, кто в медицине останавливается и развиваться не хочет, – становится препятствием для прогресса, а это просто опасно, как мне кажется. Ведь получается, ты не используешь весь потенциал и спектр возможностей, чтобы помочь? Это недопустимо. Только постоянное развитие – залог успеха.

Медбрат и медсестра могут не только расти по карьерной лестнице, расширять зону ответственности и круг полномочий. Они могут и должны расти личностно. Такие понятия, как пациент-ориентированность, умение управлять конфликтами, эффективная коммуникация, сегодня переходят из разряда «бизнесовых» в категорию необходимых и для

персонала государственных медицинских учреждений. В условиях, когда мы вынуждены находиться на одном конкурентном поле с динамично развивающимся частным сектором в отечественной медицине, мы должны соответствовать. Это еще одно направление роста для нас, медбратьев и медсестер.

Как человек, нашедший свое призвание, сегодня я чувствую себя уверенно и с радостью встаю по утрам, встречаю каждый новый день. Каждый день я прикладываю много сил, чтобы принести максимальную пользу нашим пациентам, а еще для того, чтобы сделать профессию медбрата и медсестры более престижной, статусной, востребованной. Чтобы люди приходили сюда не по остаточному принципу, а «от сердца». Я, так же как и мой наставник когда-то, пытаюсь вселить веру в свои силы у начинающих сотрудников и хочу верить, что сегодня мой дед мной бы гордился.



ПОЗДРАВЛЯЕМ ВСЕРОССИЙСКО

Ассоциация медицинских сестер России искренне поздравляет Владимира Владимировича с победой и первым местом в конкурсе профессионалов! Поздравляем мы и всех финалистов конкурса медицинских сестер, фельдшеров, акушерок, лауреатов, давно, но уже поверили в свой выбор и полюбили свою профессию.

Да, выбор профессии порой оказывается сложным и полным неизвестности. Но как прекрасно, когда ты находишь свой истинный путь и становишься профессионалом!

Вдвойне приятно, когда такой специалист проявляет практические навыки, но встречает на своем пути тех, кто помогает увидеть в профессии самое важное и интересное.

Пусть ваш профессиональный путь станет успешным, а гордость никогда не угасает, но горит в вашем сердце!

ПОТЕРЯТЬ ВРЕМЯ, НО ОБРЕСТИ СЕБЯ

■ **Снежана Владимировна Сергеева**

Акушерка акушерского
физиологического отделения
БУЗ ВО «Медсанчасть «Северсталь»

Каждый человек рано или поздно сталкивается с необходимостью выбора профессии. Однако ни один выбор не совершается абсолютно самостоятельно, независимо ни от кого. В медицину, и в акушерство в частности, я пришла не сразу, а после университета и специальности, мало с ней связанной. Хотя мое желание работать в медицине появилось еще в раннем возрасте, когда в 9 лет я оказалась в стенах травматологического отделения на целых три недели. Работа медицинских сестер и врачей, всегда таких торопливых, строгих, но при этом всегда успевающих улыбнуться маленькому пациенту, меня завораживала. По возвращении домой я зачитывалась всеми доступными мне медицинскими справочниками, энциклопедиями и журналами и, конечно, как настоящий доктор, занималась лечением ссадин и царапин у своих питомцев и домашних.

В университет я поступила, потому что родители категорически не принимали мое решение учиться и работать в медицине. Они считали, что тем самым я лишу себя достатка в будущем и каких-либо карьерных перспектив. В моей семье высшее образование все-



гда считалось обязательным. По желанию родителей я три года училась в Череповецком государственном университете по специальности «Бакалавр истории». Поступила легко, сразу на бюджетное отделение, училась хорошо, но не доучилась. Желание работать в медицине не оставляло меня. Первые мысли уйти из университета появились еще после первого курса, но родители воспрепятствовали. Осуществить задуманное удалось лишь спустя два года. На третьем курсе я узнала, что в медицинском колледже открывается набор на «Акушерское дело», и решила рискнуть. Решила твердо, ничего не сказав родителям, уверенная, что поддержки и понимания в этом вопросе не найду. К тому же в колледже открыто говорили, что набора студентов на эту специальность больше не будет. И мысль о том, что если сейчас я не попробую себя в этой специальности, то впоследствии всю жизнь буду об этом сожалеть, не давала мне покоя. Мой выбор был встречен негодующими репликами родственников и знакомых: «Столько времени потеряно! Не поздно ли заново учиться? Почему не фельдшер или медицинская сестра?» Думаю, что немалая часть людей все-таки согласится с мнением, что работа должна приносить удовольствие, а не разочарование и сожаление. Очень страшно в середине или конце своего профессионального пути осознать, что жизнь прожита не так, как хотелось бы. Поэтому я свой выбор считаю выбором сердца.

За годы учебы в университете я часто думала, на какой из специальностей я бы хотела учиться в медицинском колледже. Мой выбор окончательно был сделан, когда в 2014 году я подала заявление на специальность «Акушерское дело».

Для меня акушерство всегда стояло особняком от других направлений, потому что миссия представителей этой профессии – не излечить болезнь, а помочь появиться на свет новой жизни. Важную роль в выборе сыграла подруга мамы, близкий друг нашей семьи, врач акушер-гинеколог. Общение с этим человеком помогло мне понять суть профессии. Я с упоением слушала ее рассказы о трудных случаях в медицинской практике, о том, как иногда бывает сложно поставить правильный диагноз и как важно сохранить здоровье будущей матери и ее ребенка. Я видела, как относятся к этому врачу друзья, соседи и просто незнакомые мне люди, подходящие поздороваться к нам на улице, – с благодарностью, искренней симпатией, все они с большим уважением разговаривали с ней. И я однозначно для себя поняла, насколько ценен труд медицинского работника и как важно быть грамотным специалистом.

Не могу сказать, что учеба в университете для меня прошла зря. Наоборот, изучение общей психологии и педагогики, социальной антропологии, и, конечно, всемирной и отечественной истории дали мне хорошую гуманитарную базу и расширили мой кругозор.

ПОБЕДИТЕЛЕЙ ЭТОГО КОНКУРСА!

...енне поздравляет Снежану Владимировну и Ан...
...м на Всероссийском конкурсе молодых профес...
...и лауреатов конкурса, а также тех начинающих
...борантов, которые начали работать совсем не...
...ли дело всей своей жизни!

...ажной задачей, а путь к ней – тернистым, слож...
...когда вопреки всему, специалист обретает свой

...ходит не только отличную школу приобретения
...пути прекрасных наставников и коллег, которые
...е упустить ни одной детали.

...пешным, ярким, творческим, пусть чувство гор...
...дце и ведет к покорению новых вершин мастер...



Очень помогло выработанное умение критически анализировать и использовать информацию, составлять обзоры, аннотации и рефераты – в колледже проблем с написанием курсовых и дипломной работ не было.

Что касается практики, то главная сложность состояла в том, что на всех студентов просто не хватало работы и пациентов, к тому же не всякий врач или медицинская сестра, под чьим руководством ты проходишь практику, доверит выполнить ту или иную манипуляцию. Тем не менее каждый раз заходя в родильный зал, я чувствовала трепет и волнение, а когда мне удавалось поучаствовать в процессе, оказать пусть даже незначительную помощь коллегам, меня переполняла радость и гордость. Во время учебы я всё больше утверждалась в мысли, что свой выбор сделала правильно.

Практических знаний не хватало. И как только появилась возможность, я устроилась на работу в инфекционное отделение анестезиологии-реанимации «Вологодской областной клинической больницы № 2» младшей медицинской сестрой. Это была та школа, которая, я думаю, нужна каждому студенту-медику. Здесь я научилась многому и лично для себя сделала вывод, что работа акушеркой мне ближе.

Запомнился мой первый день на преддипломной практике в акушерском физиологическом отделении БУЗ ВО «Медсанчасть «Северсталь». Спасибо акушерке Горкуновой Ирине Александровне, моему самому первому «практическому учителю». Как

только я переступила порог родильного зала, она тут же меня поторопила: «Мыться – и на роды!». Помню, как руки Ирины Александровны лежали поверх моих во время выведения головки и плечиков. Две потуги – и у меня в руках новый человек!

Именно тогда я поняла, насколько непроста, ответственна и благородна работа акушерки. И тогда же я поняла, где именно хочу работать. Несмотря на то, что за три года вместе с группой я прошла практику в женской консультации, в послеродовом и отделении патологии беременности, не говоря уже о практике и работе в отделениях, не связанных с акушерством, я поняла, что реализовать себя смогу только в родильном отделении.

Благодаря моим наставницам-акушеркам начало моего пути в этой профессии не стало для меня стрессом, хотя зачастую было очень трудно приспособиться к безумному ритму работы отделения и сложным акушерским ситуациям. Могу смело сказать, что мои наставники научили меня всему, что я знаю и умею. Одно дело иметь определенный багаж теоретических знаний, и совсем другое – уметь правильно применить его в деле. Мне «ставили» руки, показывали, как правильно и при этом удобно накрыть стерильный стол, объясняли, что такое роды с точки зрения физиологии, т. к. в начале работы акушерке очень важно научиться «чувствовать» каждый этап родов. Я получила такие знания, какие не написаны ни в одном учебнике. Мне повезло

в том, что я успела поработать в каждой бригаде акушерского отделения. Да, было сложно привыкнуть к разным темпераментам и характерам, но для меня это стало бесценным опытом. Это позволило мне перенять от каждой из моих наставниц что-то хорошее: у одних – манеру общения с пациентами, у других – научиться аккуратности и соблюдению стерильности, точности в работе с документацией. Однако моими наставниками были не только акушерки и врачи акушеры-гинекологи, но и врачи-неонатологи, и медицинские сестры отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, а также медицинские сестры-анестезисты, которые никогда не отказывали в помощи. Именно поэтому, когда я принимала свои первые самостоятельные роды, мне не было страшно. Да, было волнительно, ведь мне предстояло помочь женщине родить здорового ребенка, а это огромная ответственность и великая радость. Сложно описать эмоции, которые переполняли меня, когда я взяла на руки только что появившегося на свет маленького человека, которому еще предстоит стать личностью. Возможно, он станет профессором, врачом или космонавтом и будет по-настоящему полезным для этого мира. После родов молодая мама сказала, что несмотря на то, что в родильном зале было много персонала, она видела только мои глаза и слышала только мой голос. Такое признание было неожиданным и приятным для меня.

Были и курьезные случаи в работе. Однажды в приемный покой позвонил мужчина и спросил, что делать, если у его жены отошли воды, на что получил ответ, что необходимо собрать вещи по списку, побриться и вызвать скорую. Когда пара приехала в роддом, муж в недоумении спросил: «А бриться-то зачем надо было?». На лице у него не было ни намека на щетину...

Работая бок о бок с врачами и акушерками, овладевая новыми, совсем неизвестными для новичка приемами работы, я создала для себя собирательный образ акушерки, к которому теперь стремлюсь.

Акушерка должна быть мужественной и очень ответственной. В наше время далеко не каждый человек готов нести ответственность даже за свои поступки, а в руках акушерки находятся жизни матери и ребенка. Акушерка должна быть психически устойчивой и сохранять спокойствие, и даже хладнокровие, в любых критических ситуациях, каких в акушерстве немало. Она должна быть внимательной, уверенной в своих действиях, аккуратной, физически выносливой и способной сопереживать роженицам. Акушерка должна уметь доступно объяснить женщине ее действия в родах, уметь ласково приободрить или, наоборот, строго отчитать, при этом не забывая о медицинской этике и культуре общения. Поэтому у многих акушерок со вре-

менем вырабатывается командный четкий голос, к которому не сразу привыкают дома. Работа акушерки очень благородная, радостная и благодарная, но при этом невероятно сложная, особенно в моральном аспекте. Женщинам нужно объяснять, как правильно дышать, какую позу лучше принять и как вести себя в потугах, чтобы не навредить себе и своему ребенку. Но далеко не всегда роженицы понимают твои слова. Тогда приходится дышать вместе с ними, менять позы и даже тужиться. Сейчас практически не бывает классических родов, как в учебнике, в любой момент ситуация может кардинально измениться, и я, как специалист, должна быстро среагировать, при этом сохраняя спокойствие, ведь зачастую наше эмоциональное состояние передается пациентам.

Первые несколько месяцев работы мне было сложно «переживать» ситуации, которые возникали в родах, – это реанимация новорожденных и акушерские кровотечения. Роды – это процесс относительно прогнозируемый, и поэтому, когда ситуация отклонялась от нормы, я чувствовала себя виноватой в том, что что-то пошло не так. Сейчас я стараюсь объективно оценивать все свои действия.

В родах очень важно создать единую дружную команду роженица – акушерка – врач. Действия и мнения врача и акушерки по поводу определенной

акушерской ситуации всегда должны быть слаженными. Одной из самых сложных задач акушерки является создание правильного психологического настроя роженицы на роды, коррективировка и направление ее действий и поведения так, чтобы будущая мама не только не мешала работе акушерской бригады, но и помогала ей и самой себе. В родах акушерка это и друг, и мама, и сестра, и строгий и надежный наставник.

Какой бы сложной ни была выбранная мной работа, моменты радости и счастья, когда мать первый раз видит и принимает своего ребенка из рук акушерки, заставляют забыть о стрессах и усталости. К тому же работа закалила мой характер. Став акушеркой, я научилась быть требовательной к себе. Для меня перестали существовать слова «я не могу» и появились «надо» и «кто, если не я?».

Будущее моей профессии – в людях, которые ее представляют. В акушерстве, как и в любой другой отрасли медицины, нужны специалисты, обладающие колоссальными теоретическими и практическими знаниями. Как правило, в первые трудовые дни новички опасаются больше всего не справиться со своими обязанностями, сталкиваются с недостатком знаний, умений, навыков. Большим подспорьем в подготовке и удержании на рабочих местах молодых специалистов здравоохранения является наставничество опытных медицинских работников, отлично знающих и любящих свою профессию, готовых поделиться своими навыками с неопытными коллегами. При этом важно, чтобы этот наставник появился у молодого специалиста еще на этапе обучения в медицинском колледже. Было бы очень здорово, если бы каждый студент не только овладевал компетенциями, а был прикреплен к конкретной медицинской организации, рабочему месту и опытному коллеге – наставнику. Думаю, что это позволит не только удерживать молодых специалистов в профессии, но и обучить их так, чтобы придя в первый день на рабочее место, каждый из них мог сказать: «Я сделал свой выбор правильно!».

Несмотря на постоянно растущий багаж знаний и опыт, я понимаю, что



есть еще целая кладезь навыков, приемов и техник, которыми мне еще предстоит овладеть. И что самое важное – мне это интересно!

Я рада, что на базе медсанчасти «Северсталь», где я работаю, есть возможность учиться. Только за прошедший год я успела побывать на двух общепольничных конференциях, одна из них называлась «Инфекционная безопасность медицинского персонала», участвовала в тренинге для молодых специалистов «Этика и деонтология в работе среднего медицинского персонала». Кроме того, в течение года регулярно проводились производственные учебы внутри отделения, что позволило мне расширить свой кругозор, утвердиться в профессии и перенимать знания более опытных коллег.

Благодаря непрерывному обучению я совершенствуюсь и приобретаю новые навыки. Твердо понимаю, что для оказания качественной медицинской помощи необходимо учиться при любой возможности и на протяжении всей жизни. Только так и никак иначе можно стать востребованным и высококвалифицированным специалистом. В профессии акушерки мне хочется достичь совершенства, высокого уровня мастерства, при котором все умения и навыки будут доведены до автоматизма, что позволит в принципе исключить вариант «врачебной ошибки». Работая с высокой интенсивностью и в условиях постоянного стресса, важно не потерять те простые человеческие качества, которые и привели меня в профессию: доброту, отзывчивость, любовь к детям. Ведь отточенную технику и мастерство акушерки в тяжелый период родов женщина может и не заметить, а вот то, как успокаивала, как подбадривала и наставляла её акушерка, вспомнит обязательно.

Сегодня я с твердостью могу сказать: «Быть акушеркой – это мой путь!». Путь, по которому я иду меньше года и не собираюсь с него сворачивать. Со временем отношение моей семьи к выбору профессии изменилось. Родители поверили в меня, поддержали и оценили мои старания. Теперь они с гордостью говорят, что их дочь – представитель одной из самых благородных профессий.

ТЕЛЕМЕДИЦИНА

ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЯКУТСКОГО РЕСПУБЛИКАНСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСERA С ЦРБ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)



Гоголева Светлана Алексеевна
Главная медицинская сестра
Государственного бюджетного
учреждения Республики Саха (Якутия)
«Якутский республиканский
онкологический диспансер»

Республика Саха (Якутия) – самый крупный по территории субъект Российской Федерации с 34 районами. Территория – 3103,2 тыс. кв. км, что составляет 1/5 часть территории всей России. Численность населения республики составляет 955,9 тыс. человек.

Климат Республики Саха (Якутия) – резко континентальный, абсолютная амплитуда температур превышает 100 градусов.

Злокачественные новообразования остаются одной из сложнейших проблем медицины и здоровья населения.

Несмотря на все успехи лечения и профилактики злокачественных опухолей, распространенность их заметно не сокращается. Ежегодно в мире регистрируется более 10 млн новых случаев злокачественных новообразований, которые являются второй из основных причин смерти.

По данным 2017 года в Российской Федерации было выявлено 617 177 новых случаев злокачественных новообразований [1].

В 2017 году в республике зарегистрировано 2499 новых случаев злокачественных новообразований. На диспансерном учете состоит 11 959 человек [2].

На базе Якутского республиканского онкологического диспансера развивается телемедицинская консультация врач – врач, врач – пациент, врач – родственник, медсестра – медсестра, медсестра – пациент. Данное направление позволяет обеспечить квалифицированную консультативно-диагностическую медицинскую помощь пациенту в режиме видеоконференции, а также реально приближает медицинскую помощь к пациентам, независимо от ме-





ста их проживания, что особенно актуально для жителей отдаленных районов с дорожно-транспортными проблемами.

Онкологическим диспансером разработан и утвержден порядок проведения телемедицинских консультаций с центральными районными больницами. Согласно порядку телеконсультация проводится в несколько этапов:

1. На первом этапе проводится предварительное согласование условий проведения консультации между онкологическим диспансером и центральными районными больницами.

2. Вторым этапом является прием заявок на телемедицинскую консультацию по электронной почте. Вопросы, изложенные в заявке, должны носить практическую значимость.

3. Следующим этапом является анализ заявки, в ходе которого рассматривается актуальность проблемы.

4. Последний этап – организационные мероприятия.

Телемедицинская консультация проводится бригадой, в состав которой от онкологического диспансера входят врач-куратор районной больницы и медсестры. Проводится телемедицинская консультация в режиме реального времени.

Во время консультации пациенты имеют возможность изложить проблемы, касающиеся состояния здоровья. Врач-куратор консультирует пациента, при необходимости назначает лечение. В свою очередь медсестры дают пациентам подробные разъяснения по интересующим их вопросам, а также обучают медицинских сестер проведению химиотерапии, профилактике побочных эффектов химиотерапевтических лекарств.

Телеконсультация и телеобучение проводится с двух рабочих мест:

1. Из процедурного кабинета, где медсестра показывает и рассказывает о технике разведения цитостатиков, алгоритм проведения химиотерапии.

2. Из конференц-зала, где медсестра рассказывает своим коллегам об уходе за онкологическими пациентами, о возможных осложнениях химиотерапии и профилактике побочных эффектов цитостатиков.

Во время телеконсультации медсестра более подробно объясняет пациенту о возможных побочных эф-

фектах химиотерапии, рекомендуемом режиме питания при химиотерапии.

Также медсестрами онкологического диспансера выпущены обучающие видеоролики по профилактике побочных эффектов химиотерапии, что является методическим пособием для первичного звена.

Всего за 2017 год с центральными районными больницами проведено тридцать три телемедицинских консультации с охватом двухсот шестидесяти пяти медицинских сестер.

Анализ эффективности телемедицинских консультаций показал:

1) высокую результативность дистанционного обучения медицинских сестер не только в близлежащих центральных районных больницах, но и в лечебных учреждениях арктических районов;

2) повышение качества оказания сестринской помощи онкологическим пациентам;

3) повышение мотивации больных на выполнение профилактических рекомендаций;

4) снижение числа пациентов, считавших действия медицинского персонала неэффективными;

5) формирование у пациентов умений и практических навыков по самоконтролю за состоянием здоровья.

Благодаря такому инновационному подходу, ориентированному на потребности пациентов, становится возможным непрерывное наблюдение за пациентом от регистрации фактов выявления и подозрения на злокачественное новообразование до лечения и последующего наблюдения, а также оперативное взаимодействие и оказание консультативной помощи специалистам первичной медико-санитарной помощи, оказывающим помощь в отдаленных и труднодоступных районах республики, включая арктические районы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М., 2018.
2. Злокачественные новообразования в Якутии (заболеваемость и смертность) / Под ред. П.М. Иванова, Л.Н. Афанасьевой, С.А. Мыреевой. – Я., 2018.



ФЕЛЬДШЕР СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА СЕЛЕ

ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ



■ Александр Борисович Тайченачев
Фельдшер отделения скорой медицинской помощи, главный фельдшер ГБУЗ КО «Крапивинская районная больница», председатель специализированной секции КРОО ПАМСК «Скорая медицинская помощь»

Кемеровская область в современных границах занимает территорию площадью 95,7 тыс. кв. км, что составляет 4% территории Западной Сибири и 0,6% территории России. В состав Кемеровской области входят 16 городских округов и 18 муниципальных районов. В пределах муниципальных образований располагаются 19 городов областного подчинения, 1 город районного подчинения, 23 поселка городского типа, 164 сельские территории и 1065 сельских населенных пунктов. Удельный вес в общей численности населения: городского населения – 85,8%; сельского – 14,2%.

В структуре службы скорой медицинской помощи Кемеровской области имеется 10 станций, 19 отделений скорой медицинской помощи при больницах и Кемеровский областной центр медицины катастроф.

Один из важных принципов организации здравоохранения – соблюдение единства и преемственности медицинской помощи населению в городской и сельской местности. Однако факторы, определяющие различия между городом и селом, влияют на организационные формы и методы работы сельских медицинских учреждений. Система скорой медицинской помощи, в целом, зависит от основных, общеизвестных факторов, определяющих различия в медицинском обслуживании городского и сельского населения.

Во-первых, это особенности расселения жителей по сравнению с городом – низкая плотность, разбросанность и отдаленность населенных пунктов. Данный фактор, с учетом оперативности службы скорой медицинской помощи, наиболее актуален. При сравнительном анализе работы «городской» и «сельской» скорой медицинской помощи очевидно, что оперативные показатели в сельской местности значительно хуже. Оперативные показатели в сельских районах зависят от радиуса обслуживания подстанции (поста) скорой медицинской помощи. И если в черте крупных поселков, где организованы подстанции, время доезда бригад скорой медицинской помощи укладывается в норматив до 20 минут, то в отдельные населенные пункты составляет до 60 минут. Разумеется, это отрицательно влияет на состояние пациента, а в случаях ока-

зания «экстренной» медицинской помощи может привести к значительному ухудшению состояния, негативно повлиять на эффект от лечебных мероприятий, в самом неблагоприятном исходе привести к смерти до прибытия бригады (дорожно-транспортные происшествия, острый коронарный синдром, острое нарушение мозгового кровообращения).

Пути решения данной проблемы мы видим в реорганизации отделений скорой медицинской помощи, а именно в развертывании дополнительных постов, сформированных с учетом топографических особенностей местности, динамики демографических данных, расположения автомобильных дорог и стационаров более высокого уровня. В частности, чрезвычайно актуальным остается время доезда до ДТП. Доля выездов бригад в Кемеровской области со временем доезда до места ДТП до 20 минут в 2017 году составила 87,7% от общего числа выездов до места ДТП, что ниже такого же показателя в среднем по всей Российской Федерации равного 94,6% в 2017 году. В ряде районов организация дополнительных постов СМП прописана в «дорожной карте», но, к сожалению, на данный момент реализация данных проектов в полном объеме затруднительна из-за недостаточности финансовых средств. Также с учетом того, что две трети всей службы скорой медицинской помощи Кемеровской области структурные



подразделения больниц и не являются самостоятельными учреждениями, необходима постоянная работа, направленная на соблюдение преемственности между отделениями скорой медицинской помощи и амбулаторно-поликлиническим звеном. Развитие системы «кабинетов неотложной помощи» на базе поликлиник, врачебных амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов позволит нашим пациентам в более короткие сроки получать медицинскую помощь как в экстренной, так и в неотложной форме. Такие формы работы просто необходимы в населенных пунктах со временем доезда бригад скорой медицинской помощи более 20 минут. Ситуация осложняется неудовлетворительным состоянием кадров в системе амбулаторно-поликлинического обслуживания населения в сельской местности.

Фактор удаленности значительно влияет и на объем выполнения лечебных мероприятий при длительной транспортировке пациентов, растет объем затраченных средств (медикаменты, расходные материалы, горюче-смазочные материалы), ставит перед нами задачи обеспечить устойчивую работу парка автомобилей скорой медицинской помощи, иметь высококвалифицированный медицинский персонал, так как ситуация часто выходит за пределы «золотого часа».

Качественное выполнение функций в данном случае во многом зависит от состояния материально-технической базы отделений СМП. К концу 2017 года доля автомобилей скорой медицинской помощи со сроком эксплуатации более пяти лет в Кузбассе составила 55,9% от общего числа автомобилей, что выше такого же показателя в среднем по всей Российской Федерации, составившего 42,5% к концу 2017 года. С учетом климатических условий Сибири, неудовлетворительное состояние автопарка ставит под сомнение выполнение ряда экстренных мероприятий в автомобилях «скорой помощи» в зимнее время (инфузионная терапия, роды в автомобиле и пр.).

Труднодоступность отдельных территорий. В данном случае мы сталкиваемся как с фактором удаленности, так и с особенностями топографии местности – таежные массивы, горная местность, водные преграды.

Все это значительно влияет на характер выполнения профессиональных обязанностей. В зависимости от периода года, климатических условий, характера транспортных средств (автомобили, вездеходы, водный, воздушный транспорт) условия выполнения вызова могут иметь массу вариантов и выходить за пределы компетенции и привычного выполнения функциональных обязанностей (в части техники безопасности), так как крайне необходимо сократить время ожидания пациентом скорой медицинской помощи до минимума. Примером может послужить выполненный в октябре 2017 года вызов к пострадавшему в таежную д. Медвежка, Крапивинского района, где на таежном участке дороги, ночью, бригада столкнулась с непреодолимым препятствием. Было принято решение о продолжении движения в д. Медвежка пешком с необходимым оборудованием. Расстояние пешего маршрута – 15 км. С учетом длительной эвакуации фельдшером была оказана медицинская помощь, направленная на профилактику шока – инфузионная терапия, контроль и поддержание жизненных функций. Эвакуация была организована в светлое время суток по реке Тайдон, аэроглиссером. Фельдшер, несмотря на трудность, тяжесть поставленных задач, проявил качества, направленные на выполнение профессионального долга, несмотря на критичность и нестандартность ситуации. Время выполнения вызова составило 18 часов.

Труднодоступность отдельных территорий, стабильное выполнение ряда вызовов в нестандартных условиях, прежде всего, требует четкого понимания медицинским персоналом требований техники безопасности, границ компетенции и возможных профессиональных рисков. В подобных ситуациях при отсутствии связи и появлении форс-мажорных обстоятельств специалист один принимает решение, и «во главу угла» ставится сохранение здоровья, жизни пациента. Для обеспечения безопасности сотрудников при выполнении работы в труднодоступных зонах, передвижении водным транспортом, возможности размещения медикаментов в отделении скорой медицинской помощи, сформирован комплект спецодяжды, который одновременно является

спасательным жилетом. Крайне важно подобные ситуации рассматривать как чрезвычайные, для немедленного формирования областного центра медицины катастроф, использования его ресурсов (санитарная авиация, специализированные бригады и пр.).

Особенности маршрутизации отдельных состояний. Высокий коэффициент загрузки бригад скорой медицинской помощи в сельской местности обусловлен актуальными в настоящий момент принципами работы с отдельными состояниями, нозологическими формами. Система здравоохранения в сельской местности характеризуется отсутствием высокотехнологичной медицинской помощи, ряда узких специалистов, в связи с чем требуется госпитализация в профильные стационары. Прежде всего, речь идет о маршрутизации при остром коронарном синдроме, остром нарушении мозгового кровообращения, политравме при дорожно-транспортных происшествиях. Следствием изменений за последние несколько лет в работе с данными состояниями является увеличение нагрузки на систему скорой медицинской помощи. Складывается ситуация, в которой при низкой среднесуточной нагрузке по количеству вызовов, фактически бригады постоянно заняты, что приводит к задержке вызовов, отсутствию на длительное время бригад в зоне обслуживания подстанций, крупных населенных пунктов. Коллапс системы возникает при занятости нескольких бригад в работе с данными состояниями.

С целью обеспечения своевременности обслуживания вызовов в подобных ситуациях, в часы «пиковой нагрузки» введена дополнительная бригада, подключаемая в работу в текущем режиме, когда возможно прогнозировать длительное отсутствие штатных бригад и происходит массовое поступление вызовов, либо дополнительная бригада привлекается для выполнения отдельных вызовов, где длительность выполнения вызова установлена как большая.

Особенности демографии и состояние амбулаторно-поликлинической службы. Принцип оказания медицинской помощи на селе – соблюдение этапности в системе АПО: сельское поселение (фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатор-



Один вызов, 18 часов, автомобиль СМП, паром, полицейский автомобиль, грузовой автомобиль, азроглицер, пешком 15 км.



рии) – муниципальный район (районные больницы) – субъект федерации (областные больницы). Соблюдение этапности в лечении не всегда возможно, из-за более низкого уровня доходов населения в селах, старения населения в целом, оттока молодежи и лиц трудоспособного возраста в город. Ряд этих факторов приводит в конечном итоге к низкой приверженности к лечению, отсутствию возможности регулярного динамического наблюдения узкими специалистами. Для службы скорой медицинской помощи данные процессы формируют повышенную нагрузку по «экстренной» и «неотложной» помощи зачастую к пациентам с хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации. На примере одного из сельских районов отмечено, что при уменьшении населения, обращаемость, количество вызовов скорой медицинской помощи остается на прежнем уровне. Практическая деятельность подтверждает рост вызовов по поводу хронических заболеваний без коррекции лечения (вовсе без лечения). Кадровый дефицит в сельских структурных подразделениях районных больниц ведет к отсутствию постоянной медицинской помощи в отдельных селах, деревнях (нет физического лица), обуславливает рост заболеваемости, несмотря на ряд профилактических мероприятий, выполняемых выездной работой (профилактические осмотры населения, диспансеризация).

Пути решения проблем при рассмотрении демографических факторов и кадровых проблем в системе амбулаторно-поликлинического обслуживания не зависят от организа-

ции работы скорой медицинской помощи, которая выступает в данном случае индикатором качества. Направление работы – повышение качества и доступности поликлиник, врачебных амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов. Реализация в 2018 году программы «Земский доктор», с включением в нее фельдшеров – есть один из положительных факторов, который должен повлиять на неудовлетворительную кадровую ситуацию. Персоналу скорой медицинской помощи важно понимать данные проблемы, быть готовым к работе не только с экстренными состояниями, но и декомпенсированными хроническими заболеваниями.

Особенности работы специалистов скорой медицинской помощи, такие как принятие решения при дефиците времени, оказание помощи в сложных условиях и чрезвычайных ситуациях, готовность к применению большого количества техник (реанимационное пособие, десмургия, транспортная иммобилизация и пр.), требуют поддержания высокого уровня теоретических знаний и практических навыков. В сельской местности актуальность этого значительно выше, так как с рядом экстренных состояний специалист работает редко, специализированные бригады отсутствуют, а экстренная помощь пациенту должна быть оказана одинаково качественно. Значительную долю обучающих мероприятий должны занять симуляционные технологии, в оптимальном варианте «на местах», в отделениях скорой медицинской помощи, что наиболее эффективно для поддержания устойчивых на-

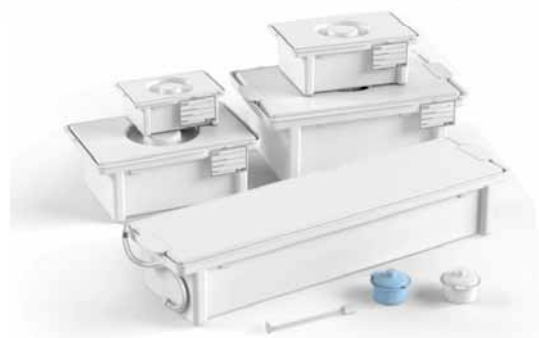
ков, готовности к различным экстренным ситуациям.

Интеграция отделений скорой медицинской помощи в единое информационное пространство – процесс, который с помощью телемедицинских технологий, систем диспетчеризации санитарного транспорта, внедрения нового оборудования призван обеспечить централизацию управлением службы СМП, оперативное реагирование на чрезвычайные ситуации, контроль работы и пр. Данный процесс в сельской местности в настоящий момент не может в полном объеме обеспечить устойчивой работы, так как функционирует на основе сотовой связи, охват которой в сельской местности является неполным. Примером служит применение телекардиографов (опыт работы шесть лет), неустойчивая работа которых не позволяет проводить стопроцентную качественную диагностику острых состояний при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Служба скорой медицинской помощи в сельской местности неразрывно связана с общими принципами, закономерностями оказания скорой медицинской помощи населению в России, но в процессе организации работы необходимо обратить внимание на ряд демографических, топографических, материально-технических и прочих особенностей, только учитывая которые можно обеспечить качество и доступность. Роль фельдшера на фоне сохраняющейся отрицательной динамики врачебных кадров, особенно в сельской местности, является определяющей в оказании скорой медицинской помощи.

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

Медицинская мебель



Мед. изделия для дезинфекции

НОВИНКА!

Вакуумные системы
забора крови



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

Компания ЕЛАМЕД это:

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

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОВТОРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ



**Наталья Александровна
Ибрагимова**

Главная медицинская сестра, канд. мед. наук, БУЗ Омской области
«Клинический медико-хирургический центр министерства здравоохранения Омской области»



Крутень Любовь Даниловна

Старшая медицинская сестра организационно-методического отдела, БУЗ Омской области
«Клинический медико-хирургический центр министерства здравоохранения Омской области»

По решению Всемирной организации здравоохранения с 1997 года 20 октября объявлено Всемирным днём борьбы с остеопорозом. В России этот день отмечается с 2005 года.

Остеопороз – это системное заболевание скелета. Снижается масса костной ткани и нарушается структура кости. Этой болезнью страдают люди по всему миру. Остеопороз называют немой эпидемией, так как заболевание протекает без каких-либо симптомов.

Для российского здравоохранения остеопороз является серьёзной проблемой. По статистике в группу повышенного риска переломов входит 24% населения России – это 34 миллиона человек. При этом около 14 миллионов человек (10% популяции) уже страдают этим опасным заболеванием. У 20 миллионов человек снижена костная масса, т. е. имеется остеопения. Каждую минуту среди людей старше пятидесяти лет происходит 7 переломов позвонков, а каждые пять минут в России происходят перелом шейки бедра – это сто тысяч человек ежегодно.

Проблемой остеопороза широко занимаются за рубежом. Во многих развитых странах (США, Великобритания, Швейцария, Франция, Швеция) разработаны и успешно работают системы вторичной профилактики повторных остеопоротических переломов костей (FLS).

Функционирование таких систем основано на тесном сотрудничестве травматологической и терапевтической служб с привлечением врачей первичного звена под руководством координатора.

Международная ассоциация по остеопорозу (IOF) приняла и осуществляет программу «Capture the Fracture» («Не упусти перелом»), руководит которой постоянная рабочая группа.

В странах Евросоюза запущен проект «20/20», имеющий целью снизить количество переломов проксимального отдела бедренной кости на 20% к 2020 году.

В России с целью снижения частоты возникновения повторных переломов у пациентов, получивших низкоэнергетический (остеопоротический) перелом, Международным фондом остеопороза инициирована программа «Ловушка для перелома». В 2012 году Российской ассоциацией по остеопорозу, в г. Ярославль начат проект «Прометей».

Принимая во внимание статистические данные ВОЗ и учитывая то, что пациенты с остеопорозом зачастую не знают о своём заболевании, не получают лечение, а также не корректируют основные поведенческие факторы риска возникновения переломов, было принято решение об организации Центра профилактики повторных переломов (далее – ЦППП) в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Клинический медико-хирургический центр министерства здравоохранения Омской области» (далее – БУЗ ОО «КМХЦ МЗОО»).

Инициаторами создания ЦППП в Омске и Омской области явились заведующий кафедрой травматологии и ортопедии, д-р мед. наук, профессор

Л.Б. Резник, а также главный врач, канд. мед. наук В.Г. Бережной, которые особую роль уделяли медицинским сестрам, так как специалисты сестринского дела располагают знаниями и возможностями для активного участия в диагностике остеопороза и проведения профилактической работы с пациентами.

На первых этапах организации ЦППП был разработан план реализации проекта, который включал следующие разделы:

1. Создание рабочей группы (в состав группы вошли: главный врач, канд. мед. наук В.Г. Бережной, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии, д-р мед. наук, профессор Л.Б. Резник, заведующая консультативно-диагностической поликлиникой

И.А. Аухадиева, главная медицинская сестра Н.А. Ибрагимова, врач-терапевт Т.Н. Кендысь, врач-невролог Т.Г. Вставская, старшая медицинская сестра организационно-методического отдела Л.Д. Крутень).

2. Обучение врача-терапевта, врача-невролога основным методам идентификации остеопоротических переломов.

3. Подготовка алгоритма действий для врачей и медицинских сестёр по работе с пациентами, получившими остеопоротический перелом.

4. Использование FRAX-опросника (далее – FRAX), который применяется индивидуально для каждого пациента.

5. Организация работы школы профилактики повторных переломов.

№ п/п	Ф.И.О.	Пол пациента	Дата рождения	Диагноз		Опер. лечение /метод	Денситометрия	
				При поступлении	Заключительный (ЦПП)		Наличие	Назначено
Ранее полученное лечение по остеопорозу	Первичная или повторная госпитализация с остеопоротическими переломами	Дата осмотра	Информирован ли пациент о заболевании, ЦППП, ППП и школах	Повторный осмотр	Адрес проживания	Телефон мобильный/ телефон домашний		

Рис. 1. Регистр пациентов с вероятностью повторных переломов

Ф.И.О.	№ палаты	Возраст	Диагноз

Рис. 2. Форма для формирования списка пациентов в профильных отделениях

№	Рост, вес	Предшествующие переломы	Перелом бедра у родителей	Курение
Прием глюкокортикоидов	Ревматоидный артрит	Вторичный остеопороз	Прием алкоголя	Анализ МПК

Рис. 3. Форма для сбора данных о пациентах для проведения анкетирования FRAX

6. Создание регистра пациентов с вероятностью повторных переломов.

7. Издание методических материалов для пациентов.

Основными целями клинического обследования пациента с остеопорозом на базе ЦППП БУЗ ОО «КМХЦ МЗОО» являются:

1. Определение причин остеопороза и факторов, влияющих на заболевание;

2. Оценка риска переломов. Проведение анкетирования FRAX (анкетированием занимаются медицинские сестры);

3. Осмотр врачом-терапевтом или врачом-неврологом и назначение дополнительных лабораторных анализов на базе БУЗОО «КМХЦ МЗОО» на кальций, фосфор, щелочную фосфатазу, креатинин;

4. Подбор лечения;

5. Определение вероятности переломов в ближайшие 10 лет на основании проведенного FRAX анкетирования;

6. Ведение регистра пациентов с вероятностью повторных переломов. Медицинские сестры собирают все необходимые данные о пациенте и вносят их в регистр (рис. 1).

На первом этапе проекта потребовалось:

1. Разработать положение о ЦППП, должностные инструкции сотрудников ЦППП;

2. Провести обучение травматологов-ортопедов стационара, врача-тера-

певта и врача-невролога, медицинских сестёр-координаторов.

3. Ввести в практику профильных отделений еженедельное формирование списков пациентов с риском повторных переломов по утвержденной форме (рис. 2).

На втором этапе реализации проекта врач-терапевт и врач-невролог осматривают пациентов и назначают дополнительные лабораторные анализы на базе БУЗОО «КМХЦ МЗОО», а медицинская сестра-координатор собирает данные о пациентах для проведения анкетирования FRAX.

Метод FRAX – это компьютеризированный алгоритм, позволяющий прогнозировать абсолютный риск переломов у мужчин 50 лет и старше и у женщин в постменопаузе в течение ближайших 10 лет. FRAX рассчитывается для каждой страны отдельно на основе эпидемиологии остеопоротических переломов и продолжительности жизни в данной стране. Для России разработана российская модель. FRAX – компьютерная программа, которую можно найти в открытом бесплатном доступе в сети Интернет.

Медицинские сестры-координаторы собирают необходимые данные для проведения онлайн-анкетирования FRAX, а именно возраст, пол, индекс массы тела и клинические факторы риска (предшествующий остеопоротический перелом, перелом проксимального отдела бедра у родителей, курение в настоящее время, прием пер-

оральных глюкокортикоидов сейчас или ранее, ревматоидный артрит, заболевания, которые могут привести к вторичному остеопорозу, прием алкоголя 3 и более единиц в день, по форме (рис. 3). При наличии у пациентов данных денситометрии, они также учитываются, при их отсутствии FRAX можно подсчитывать без учета данных денситометрии.

На третьем этапе проводятся занятия в Школе профилактики повторных переломов (рис. 4) врачом-терапевтом или врачом-неврологом, медицинскими сестрами-координаторами и методистом лечебной физкультуры по вопросам клинических проявлений остеопороза, выполнения назначенного лечения (соблюдение схем приема медикаментов, возможность использования альтернативных средств), изменения образа жизни и питания, применения комплекса упражнений на укрепление мышц опорно-двигательного аппарата и профилактики падений.



Рис. 4. Школа профилактики повторных переломов ЦППП

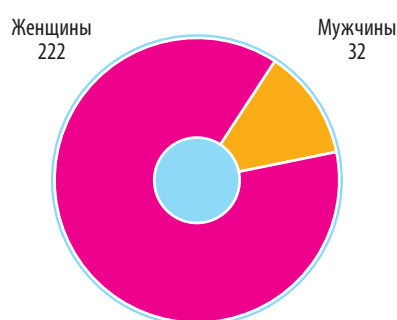


Рис. 5. Количество пациентов внесённых в регистр ЦППП с 1 января 2017 года

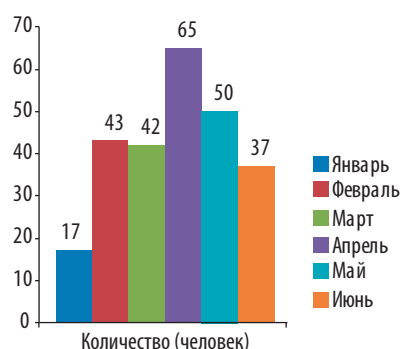


Рис. 6. Распределение пациентов по возрасту

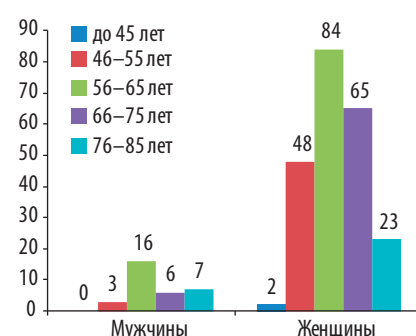


Рис. 7. Количество пациентов, прошедших денситометрию и FRAX-анкетирование

Врач-терапевт или врач-невролог выдает рекомендации каждому пациенту о необходимом дообследовании и лечении, а медицинские сестры-координаторы выдают заключения FRAX-анкетирования с определённой вероятностью переломов в ближайшие 10 лет. Кроме того, пациенту выдаются информационные буклеты, где размещена вся необходимая информация по профилактике остеопороза, а также контакты врачей и медицинских сестёр для повторного обращения пациентов.

Одной из основных задач медицинских сестер-координаторов является ежеквартальное уточнение информации у пациентов о выполнении рекомендованного лечения, проведенном дообследовании, изменении образа жизни, субъективной оценке состояния здоровья пациента, а также приглашение пациентов на повторную консультацию.

В рамках данного проекта, стартовавшего с 1 января 2017 года, было охвачено 254 человека – все они были внесены в регистр ЦППП (рис. 5).

Наибольшее количество пациентов и мужчин, и женщин представлено в возрастной группе от 56 до 65 лет (рис. 6).

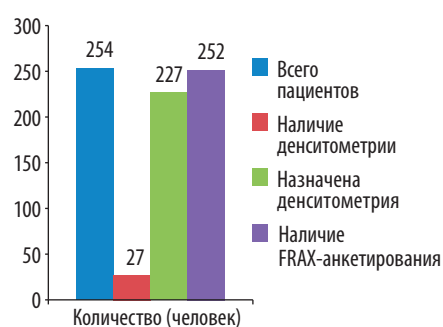


Рис. 8. Оценка ЦППП Омска и Омской области мировой программой «Capture the Fracture»

Количество пациентов, прошедших основной инструментальный метод диагностики остеопороза – измерение минеральной плотности костной ткани методом DXA (далее – денситометрия) и имеющих заключение, 27 человек, что составляет 11 % от общего количества пациентов, взятых на учет. FRAX-анкетирование проведено практически всем – 99%. Исключением стали две пациентки, так как алгоритм FRAX применяется у женщин в постменопаузе (рис. 7).

В тройку ведущих факторов, определяющих риск возникновения переломов, на основании FRAX-анкетирования у женщин входит предшествующий перелом, вторичный остеопороз и перелом бедра у родителей.

В тройку ведущих факторов, определяющих риск возникновения переломов, на основании FRAX-анкетирования у мужчин входит предшествующий перелом, перелом бедра у родителей и курение.

В таблицах калькулятора FRAX разные факторы риска имеют различный вес на риск возникновения переломов. Например, курение и злоупотребление алкоголем являются относительно менее весомыми факторами риска, в то время как предшествующий перелом или наличие в семейном анамнезе перелома бедра – более значимые факторы риска.

Из общего количества пациентов, взятых на учет в ЦППП, получают систематическое лечение только 11 человек. Пациентов, владеющих информацией о существующих программах, центрах, школах профилактики повторных переломов, о заболевании «остеопороз», меньше половины – 42 % от общего количества находящихся на учете.

Путем внедрения нашей службы мы принимаем участие в международной программе профилактики повторных переломов Capture the Fracture. Основная задача – это поделиться своими достижениями, познаться с лучшими мировыми практиками, стать частью международного движения по профилактике переломов, в котором организация может претендовать на золотой, серебряный или бронзовый уровень в общемировом рейтинге. Организаторы программы наносят звезды соответствующего уровня на мировую карту борьбы с остеопоротическими переломами. Процесс оценки заключается в подаче «онлайн заявки»: пока служба проходит оценку, на карте уже появляется звезда зеленого цвета, после получения оценки службы на карте появляется звезда соответствующего уровня. Пока на территории Российской Федерации зарегистрировано три службы: в г. Москва, Ярославль и Казань. Наша служба уже прошла оценку и получила бронзовый уровень (рис. 8).

Из общего количества пациентов, взятых на учет в Центр профилактики повторных переломов, систематическое лечение остеопороза получают только 4 % пациентов (11 человек). Информированы о заболевании, об имеющихся ЦППП, школах меньше половины пациентов 42 % (106 человек), а полностью обследованных пациентов 11 % (27 человек).

Считаем, что активное привлечение пациентов в ЦППП с целью не только диагностики и лечения остеопороза, но и активной профилактики ознаменует новый виток в развитии подходов к лечению повторных переломов на практике.

Структурная реорганизация деятельности младшего медицинского персонала Ростовской клинической больницы ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России



Носкина Наталья Анатольевна

Главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью «Южного окружного медицинского центра ФМБА», главная медицинская сестра ФГБУЗ «Ростовская клиническая больница»

Ростовская клиническая больница (далее – РКБ), расположенная в столице Южного федерального округа – городе Ростове-на-Дону, является ведущим филиалом ФГБУЗ «Южный окружной медицинский центр ФМБА России», возглавляемого заслуженным врачом России, кандидатом медицинских наук Виталием Степановичем Криштопиным.

Более 90 лет больница бережно сохраняет и приумножает самые лучшие традиции в медицине. С 1923 года медицинский центр преодолел большой и славный путь от маленькой больницы водников до крупнейшей современной высокотехнологичной клиники, входящей в число ведущих медицинских центров России.

Самым дорогим достоянием Ростовской клинической больницы является ее высокопрофессиональный трудовой коллектив.

Важнейшей задачей медицинской службы лечебного учреждения федерального уровня на сегодняшний день является осуществление комплекса мероприятий по повышению уровня теоретических знаний и обучение медицинского персонала учреждения практическим навыкам, а также повышение удовлетворённости пациентов качеством медицинских услуг.



Однако говоря о самых важных достижениях, нельзя не упомянуть и о существующих «пробелах» в медицинских учреждениях. Так, на уровне младшего медицинского персонала можно выявить не только «профессиональное истощение», но и явный дефицит знаний. А ведь в ряде случаев именно при взаимодействии с младшим медицинским персоналом у пациентов формируется представление о качестве оказания медицинской помощи.

Детально изучив этот «проблемный вопрос», ознакомившись с мнением пациентов, директор ЮОМЦ ФМБА России Виталий Степанович Криштопин инициировал уникальный проект на базе Ростовской клинической больницы ЮОМЦ ФМБА России – реорганизацию службы младшего медицинского персонала.

На базе РКБ созданы:

1. Отдел профессиональной уборки и дезинфекции;
2. Курьерская служба оперативного отдела стационара;
3. Отдел по оказанию медицинской помощи и уходу за пациентами хирургического и терапевтического профиля.

Отдел профессиональной уборки и дезинфекции (ОПДУ)

Отдел выполняет следующие функции:

- осуществляет уборку (текущую, генеральную) помещений РКБ площадью не более 1000 кв. м, в том числе чистку и мытье санитарно-технического оборудования в этих помещениях;
- осуществляет сбор и транспортировку отходов из указанных помещений в места их временного хранения;
- обеспечивает санитарно-гигиеническое содержание указанных помещений.

ОПДУ обеспечен помещениями, соответствующими его структуре и штатам, транспортом, средствами связи, уборочным оборудованием, средствами химии согласно действующим нормам и нормативам. Основные зоны помещений: «грязная» зона, «моечная-дезинфекторская», «чистая» зона и раздевалка.

При формировании отдела в первую очередь были определены основные требования к стандартам чистоты в помещениях стационара в соответ-



ствии с СанПин 2.1.3.2630–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

Все помещения в отделениях стационарного комплекса были разделены на 4 класса чистоты (по цветовому кодированию: синий, желтый, красный, зеленый), выделены основные зоны уборки: палаты, вспомогательные помещения, туалеты, санитарные комнаты, перевязочные, смотровые кабинеты, процедурные.

Далее были разработаны алгоритмы уборки и инструкции по использованию уборочного инвентаря, в основу которых легли требования СанПин 2.1.3.2630–10 и инструкции к продукции, используемой при уборке и дезинфекции.

Также была разработана единая контролируемая система комплектации, приема и выдачи уборочной тележки. Дезинфектор комплектует уборочную тележку с учетом необходимости обеспечить качественную уборку того или иного помещения. При этом каждая тележка относится к «чистой» или «грязной» зонам. Тележка с отработанными материалами после проведения уборки возвращается в отдел, где ее принимает дезинфектор и указывает количество израсходованного материала в журнале как относящегося к «грязной» зоне с учетом выдачи и приема, а также цветового кодирования и количества моп-насадок. Таким образом, осуществляется дополнительный контроль качества уборки.

Основной же контроль качества уборки осуществляется методом проведения смывов и их микробиологического исследования в рамках реализации программы производственного контроля.

При этом в каждом отделении ведутся контрольные бланки уборки и дезинфекции, реестры и журналы проведения уборок.

Созданное отделение, которое осуществляет все этапы уборки (включая мойку, стирку, дезинфекцию, предварительное замачивание мопо и ветоши), комплектацию уборочных тележек, позволяет нам централизованно контролировать соблюдение чистоты и санитарно-эпидемиологического режима в нашем лечебном учреждении.

Курьер оперативного отдела стационара

Организует работу курьеров старшая медицинская сестра оперативного отдела.

Функциональные обязанности курьера:

- своевременно доставлять деловые бумаги, пакеты, письма, медицинскую документацию;
- обеспечивать доставку контейнеров с биоматериалом по назначению на территории больницы по указанию старшей медицинской сестры;
- осуществлять сопровождение и транспортировку пациентов с медицинским персоналом и грузов по территории больницы;
- нести ответственность за сохранность документации во время транспортировки;
- соблюдать конфиденциальность при работе с медицинской документацией;
- при производственной необходимости курьер привлекается к выполнению других обязанностей.

Отдел по оказанию медицинской помощи и уходу за пациентами хирургического и терапевтического профилей стационара РКБ

Вся наша медицинская деятельность призвана всесторонне помогать паци-

енту: оказывать медицинскую помощь и психологическую поддержку.

Нам ежедневно приходится видеть сотни людей, которые попадают в лечебные учреждения и испытывают тревогу. Ведь в основе всех переживаний лежит страх за самую важную жизненную ценность – собственное здоровье, здоровье родных и близких людей. Поэтому очень большое значение в работе сестринского персонала уделяется таким аспектам, как повышение уровня профессионализма и качества оказания медицинских услуг.

Реформирование системы здравоохранения невозможно без повышения качества сестринского образования. Для того чтобы успешно проводить преобразования, необходимо не только повышение уровня профессиональной подготовки медицинских работников, но и повышение престижа самой профессии медицинского работника.

Согласно приказу Министерства труда и социальной защиты РФ от 12 января 2016 г. № 2н «Об утверждении профессионального стандарта “Младший медицинский персонал”», санитарки РКБ прошли учебный курс и получили удостоверение о повышении квалификации рабочих (служащих) по должности «Младшая медицинская сестра по уходу за больными», в функциональные обязанности которых входит оказание пациентам профессионального ухода.

Но сегодня младшая медицинская сестра должна обладать не только профессиональными медицинскими знаниями, но и целым набором определенных качеств. Уход за тяжелобольным – непростая задача, требующая от младшей медицинской сестры огромного терпения, физических и душевных сил. Оказание психологической поддержки не только в адаптационном периоде, но и на протяжении всего лечебного процесса – задача не из легких.

Наиболее важными качествами младшей медицинской сестры являются «чувство сострадания и милосердие». Ведь в большинстве случаев пациентам очень не хватает именно моральной поддержки. С учетом этих требований в нашем учреждении организованы дополнительные лекции иерея Михаила Гапоненко (руководитель

Епархиального отдела) на тему «История и основы милосердия».

Однако в функции младшей медицинской сестры входит и такой элемент духовного обогащения, как чтение книг и интеллектуальные игры. В системе повышения качества лечебного процесса учтены самые мельчайшие детали во благо наших пациентов.

Каждому пациенту обеспечен индивидуальный, круглосуточный уход с учетом возраста пациента, его диагноза, особенностей курса лечения и реабилитации. Для обеспечения высокоэффективного наблюдения за пациентом применяется беспроводная система вызова в виде «кнопки-брелка» у пациента и часов-пейджера у младшей медицинской сестры.

Разработана документация – «Лист динамического наблюдения за пациентом», позволяет младшей медицинской сестре проводить в течение суток динамическое наблюдение за состоянием пациента. Это значительно улуч-

шает уход за пациентом, является дополнением и помощью в сестринском наблюдении. В результате врачи получают более подробную информацию о состоянии здоровья пациента.

В работе младшей медицинской сестры огромное значение имеет и внешний вид – наличие формы. Могу сказать, что сотрудники созданного отдела «младших медицинских сестер по уходу» принимали активное участие в разработке составляющих элементов и аксессуаров формы. Остановились на комплекте, который состоит из платья, фартука и изящного головного убора. Так, по мнению посетителей больницы, форма позволяет быстро определить «уникального сотрудника» из общей массы медицинского персонала. Кроме того, такой вид одежды располагает к доверию в отношениях медицинский работник – пациент.

Высокой оценкой качества работы младшей медицинской сестры является достижение наилучших из воз-

можных результатов у пациентов в удовлетворении их жизненно важных потребностей.

Реализация поставленных задач привела к повышению качества оказания медицинской помощи, удовлетворению пациентов, эффективному распределению рабочего времени.

Безусловно, проект создания отдела по оказанию медицинской помощи и уходу за пациентами хирургического и терапевтического профилей несет в себе идею «милосердия и сострадания». Квалифицированную помощь оказывают все медицинские работники, но поддержку на духовном уровне способны оказать только избранные. Милосердие, сострадание, профессионализм – это те качества, на которых строится вся наша деятельность.

Правильная организация сестринского процесса является основой качественной и эффективной организации лечебного процесса.

Центру повышения квалификации работников здравоохранения Омской области – 30 лет



■ **Наталья Юрьевна Крюкова**
Директор ЦПК РЗ, г. Омск

Система повышения квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием начала формироваться в России в начале семидесятых годов. Омская область не была в стороне от этих событий. В те годы повышением квалификации специалистов активно занимались ведущие учреждения здравоохранения. Среди них Областная клиническая больница, Областная детская клиническая больница, инфекционная больница № 2 и другие. Возрастающие потребности практического здравоохра-

нения в высококвалифицированных специалистах вызвали необходимость создания самостоятельных образовательных учреждений повышения квалификации.

7 июля 1988 года Министерством здравоохранения РСФСР был издан приказ № 201 «Об организации училищ повышения квалификации работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием в Архангельске и Омске». Таким образом, 1988 год является официальной точкой отсчета истории бюджетного учреждения дополнительного профессионального образования Омской области «Центр повышения квалификации работников здравоохранения».

Изначально учреждение располагалось на базе пансионата областной клинической больницы. Первый набор слушателей на цикл «Медицинские сестры-анестезисты отделений (групп) анестезиологии и реанимации» составил 32 специалиста. Образовательный процесс осуществлялся параллельно

с ремонтом выделенных помещений, созданием материально-технической базы, формированием учебно-программной и методической документации.

У истоков трудного пути становления учебного заведения стояли Леонид Сергеевич Огурцов, Лариса Ивановна Смирнова, Татьяна Владимировна Ревягина, Светлана Васильевна Пестрякова, Валентина Андреевна Сербинова, Галина Михайловна Романова и др.

Значимый вклад в развитие учебного заведения внесли директора Валентина Варткесовна Соботюк, Татьяна Владимировна Евсеева, Борис Викторович Левахин, сотрудники и преподаватели центра Антонина Владимировна Медянская, Маргарита Николаевна Цыбулькикова, Нина Никитична Сиваш, Мария Дмитриевна Капралова, Галина Михайловна Верховоломова и другие. Более 10 лет успешно возглавляет центр Наталья Юрьевна Крюкова.



Постоянно растущие потребности практического здравоохранения в подготовке и повышении квалификации специалистов требовали расширения площадей под образовательный процесс. И в 1992 году училищу было передано здание по улице Декабристов – памятник истории и культуры, требовавший капитального ремонта. Параллельно с реставрацией помещений активно продолжался и набирал обороты учебный процесс.

С каждым годом увеличивалось количество циклов и слушателей, совершенствовались технологии обучения. Сегодня центром реализуется более 350 программ повышения квалификации, профессиональной переподготовки, профессионального обучения, ежегодно обучается более 9 тысяч специалистов здравоохранения.

В настоящее время система дополнительного профессионального образования в здравоохранении оказалась как никогда востребованной и актуальной. Инновационный характер намеченных Правительством и Министерством здравоохранения РФ преобразований, безусловно, требует и серьёзных изменений в системе дополнительного профессионального образования. Основными направлениями развития дополнительного профессионального образования являются его практикоориентированность и инновационность образовательных технологий. В последние годы в учреждении приоритетное внимание уделяется именно этим вопросам. С целью создания условий для обеспечения возможностей выполнения слушателями профессиональных действий в условиях, приближенных к ре-

альным ситуациям, в 2011 году в БУ ДПО ОО «ЦПК РЗ» создан симуляционно-тренинговый центр (СТЦ), который находится в постоянном развитии.

Сегодня СТЦ занимает площадь 1176 кв. м, располагает развитой инфраструктурой, 15 оборудованными залами симуляций для отработки практических навыков по различным направлениям профессиональной деятельности, двумя кабинетами дебрифинга, набором вспомогательных помещений. В помещениях симуляционно-тренингового центра установлены видеокамеры, позволяющие транслировать занятия в режиме «онлайн» и осуществлять видеозапись выполнения медицинских манипуляций. Центр оснащен широким арсеналом современных фантомов, тренажеров, включая 5 уровень реалистичности, медицинским оборудованием. СТЦ аккредитован Российским обществом симуляционного обучения в медицине (РОСОМЕД), имеет 2-й аккредитационный уровень. 20 педагогических работников учреждения успешно прошли курс «Специалист медицинского симуляционного обучения» с получением сертификата РОСОМЕД, что дало право обучения педагогических работников медицинских образовательных учреждений. Это позволило впервые в России на базе центра обучить 39 педагогических работников разных регионов на указанном курсе и выдать сертификат «Специалист медицинского симуляционного обучения».

Для комплексной оценки выполнения профессиональных навыков в 2017 году организован центр оценки практических навыков. Сформированы и оборудованы специализированные

профильные станции общей площадью более 200 кв. м, где проводится второй этап сертификационного экзамена в смоделированных условиях.

Центр более 10 лет развивает систему непрерывного образования. В ее рамках БУ ДПО ОО ЦПК РЗ ежегодно организуются постоянно действующие семинары, мастер-классы, тренинги, в том числе командные, конференции по актуальной тематике, которые проводятся в том числе с использованием видеоконференц-связи.

Растущая год от года посещаемость семинаров, мастер-классов и тренингов доказывает их актуальность и значимость для сестринского персонала. Только за 2017/2018 учебный год было организовано и проведено 404 мероприятия, в которых приняли участие 12 871 человек.

Реализация современных подходов к повышению квалификации медицинских работников невозможна без активного участия медицинских организаций. Более 30 медицинских организаций Омского региона являются партнерами БУ ДПО ОО ЦПК РЗ, с ними сложились многолетние творческие, профессиональные взаимоотношения. Хочется отметить, что история центра тесно связана с такими медицинскими организациями, как Областная клиническая больница, Областная детская клиническая больница, Больница скорой медицинской помощи № 1, Клиническая офтальмологическая больница им. В.П. Выходцева, Клинический медико-хирургический центр МЗОО, Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников, Городская клиническая больница № 1 им. А.Н. Кабанова и др.



Более 18 лет совместной работы связывает образовательное учреждение с Омской профессиональной сестринской ассоциацией. 73 % педагогических работников являются членами Ассоциации. Президент Ассоциации Зорина Т.А. является членом Совета учреждения, специалисты медицинских организаций – члены Ассоциации принимают активное участие в проведении учебных занятий, семинаров, мастер-классов, тренингов, участвуют в итоговой аттестации слушателей. Педагогические работники центра участвуют в проведении различных мероприятий, проводимых ОПСА: семинарах, симпозиумах, конференциях, реализации международных проектов и др.

История учебного заведения создается талантом и профессионализмом коллектива. В учреждении предъявляются высокие требования к качественному составу педагогических работников. Образовательный процесс обеспечивают 279 человек – это штатные преподаватели центра, специалисты практического здравоохранения, имеющие большой стаж лечебной и педагогической деятельности, главные специалисты министерства здравоохранения Омской области, сотрудники Омского государственного медицинского университета, медицинские сестры медицинских организаций, имеющие повышенный уровень образования и высшее сестринское образование. 43 % привлекаемых

специалистов имеют квалификационную категорию, 12 % – ученую степень. Много лет эффективно преломляют свой богатый профессиональный опыт в образовательной деятельности Ремизова Т.Л., Игнатьев Ю.Т., Курбатова Т.Ю., Моисеева Т.Ф., Нопина О.Е., Данилов А.В., Воронина Л.А., Папулов В.Г., Шатохина Л.Н., Драчук А.И., Дмитренко С.В. и многие другие.

«К юбилейным поздравлениям искренне присоединяется и Ассоциация медицинских сестер России, за годы деятельности которой Омский центр повышения квалификации посетили многочисленные делегации лидеров сестринского дела из российских регионов! Восторженные впечатления от увиденного и услышанного, планы по развитию региональных образовательных площадок – неременный итог визита в Центр для каждой делегации. Искренне желаем руководству и коллективу ЦПК процветания и успеха в дальнейших шагах по внедрению инновационных преобразований в последиplomную подготовку специалистов!»

Штатная численность сотрудников ЦПК составляет более 90 человек. Из состава штатных преподавателей 61 % имеют квалификационную категорию, из них высшую – 46 %, первую – 12 %; 19 % имеют ученую степень, 46 % – почетные звания, нагрудные знаки. Штатными педагогическими работниками центра создаются рабочие программы, являющиеся уникальными образовательными продуктами, проводятся семинары, тренинги, мастер-классы, разрабатываются образова-

тельные контенты с целью реализации электронного обучения и дистанционных образовательных технологий. Более 10 лет работают в учреждении преподаватели Белкина Л.В., Белых Т.Н., Белоусова Т.Н., Девяткина Н.П., Деговцова Е.А., Краля В.Д., Кулябина О.В., Ноздрякова Л.С., Писарева И.В., Ружина О.В., Сербинова В.А., Филиппова Е.А. Нельзя не отметить специалистов учреждения, чей вклад в обеспечение и организацию учебного процесса трудно переоценить – это Андрианова О.В., Большаков В.В., Витман Е.В., Галимов К.Г., Денисюк Л.И., Маневич Л.Б., Мороз Г.В. и др.

Опыт работы центра высоко оценен специалистами как образовательных, так и медицинских организаций других регионов РФ, Республики Казахстан, которые приезжают в Омск на обучение по интересующим их вопросам.

Центр активно участвует в проектах и конкурсах федерального, регионального и международного уровней: неоднократно являлся лауреатом Всероссийского конкурса «100 лучших товаров России» в номинации «Образовательные услуги».

Центру повышения квалификации работников здравоохранения Омской области только 30 лет. Много сделано, но еще больше предстоит сделать в системе дополнительного профессионального образования с целью обеспечения медицинских учреждений профессионально компетентными специалистами.

Оказание стационарной медицинской помощи детям с ДЦП больным туберкулезом

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ



Людмила Петровна Читаева

Старшая медицинская сестра отделения для больных туберкулезом органов дыхания (для детей) ГБУЗ ТО «Областной противотуберкулезный диспансер»



Елена Витальевна Тарасова

Главная медицинская сестра ГБУЗ ТО «Областной противотуберкулезный диспансер»

«Уход должен быть разумным, и, в сущности, он сводится к внешне малозаметным, но чрезвычайно важным мелочам».
Флоренс Найтингейл

Дети, страдающие ДЦП, – это самая трудная категория больных детей, потому что поражение отдельных отделов головного мозга на разных этапах развития часто приводят к необратимым последствиям: двигательным нарушениям – от неловкой походки до полного отсутствия движений, нарушениям мыслительной функции, слепоте, глухоте, а также изменениям в работе внутренних органов.

Основной причиной, по которой в России в 3 раза выше частота ДЦП, чем в других европейских странах, является перенесенный инсульт плода во время беременности и родов или новорожденного ребенка, наступающий вследствие гипоксии. Гипоксия (кислородное голодание) – это самая частая патология беременных в мире.

Но когда у ребенка с ДЦП присоединяется такое коварное и серьезное инфекционное заболевание, как туберкулез, он нуждается в особом комплексном и мультидисциплинарном уходе со стороны медицинского персонала. Эту важную и основную роль берет на себя палатная медицинская сестра стационарного отделения, в котором ребенку необходимо получить весь основной курс противотуберкулезного режима химиотерапии.

В 2015 году был проведен анализ проблем, возникающих при уходе и лечении детей с ДЦП за предыдущие 10 лет ра-

боты детского стационарного отделения, на основании собранных данных и накопленного опыта палатных медицинских сестер. При проведении хронометража ежедневной работы палатной медицинской сестры детского стационара было выявлено, что на уход за ребенком с ДЦП, больного туберкулезом, который находится на постельном режиме, уделяется всего 38% рабочего времени при нахождении в отделении в среднем 30 детей. Так как данная категория детей требует особого ухода (а 38% недостаточно), с марта 2015 года было принято решение о введении ставки медицинской сестры по индивидуальному уходу с утвержденными приоритетными направлениями. Старшей медицинской сестрой совместно с лечащим врачом разработан план профессионального квалифицированного ежедневного ухода в рамках своей компетенции по следующим важным аспектам.

1. Питание ребенка

Приоритетным способом питания было выбрано зондовое питание через назогастральный зонд специализированными смесями с повышенным содержанием белка и набором витаминов для профилактики аспирационной пневмонии и ежедневной коррекции питания по качественному и количественному составу со строгим соблюдением временных промежутков.

Ассоциация медицинских сестер России искренне поздравляет Тарасову Елену Витальевну, которая заняла второе место во Всероссийском конкурсе «Медицинская сестра года» в номинации «За верность профессии». Многие годы Елена Витальевна возглавляет фтизиатрическую секцию Тюменской области, развивает новые направления работы сестринского персонала, щедро делится опытом и достижениями с коллегами в России и за рубежом! Желаем успешного движения вперед, новых знаний, свершений и побед!

Для медицинской сестры был разработан алгоритм ухода за назогастральным зондом и правилами кормления через него.

2. Мероприятия по профилактике пролежней

Комплекс мероприятий, направленных на профилактику пролежней, включает:

- размещение ребенка на детской функциональной кровати на противопролежневом матрасе. Кровать имеет поручни и устройство для поднятия изголовья;
- смена нательного и постельного белья при первой необходимости для поддержания комфортного состояния ребенка;
- использование профессиональных средств ухода за кожей, частое протирание и обмывание кожи (воздушные ванны);
- использование белья однократного применения;
- регулярное изменение положение тела ребенка, вынужденного постоянно находиться в постели.

3. Водные процедуры

Наиболее значимым в водных процедурах является температурное раздражение, которое изменяет характер течения терморегуляционных процессов в организме, играющих ведущую роль в становлении механизмов адаптации физиологических функций к предъявляемым условиям, способствует их восстановлению, оказывает закаливающие и тренирующие влияние. При приеме ванны с небольшой температурой воды благодаря деятельности терморегуляционных механизмов происходит значительное усиление кровообращения в коже, что, в свою очередь, влияет на функциональное состояние нервно-мышечного аппарата, сердечно-сосудистой системы и процессов обмена веществ в организме ребенка с ДЦП.

У детей с ДЦП наиболее часто используем ванны индивидуальной температуры (35–37 °С), существенно не отличающейся от внутренней температуры тела. При действии таких ванн на организм больного уменьшается количество импульсов, поступающих в центральную нервную систему. В результате тормозится активность коры головного мозга, что ведет к снижению мышечного тонуса, болевых ощущений и гиперкинезов.

4. Лечебная гимнастика

Лечебная гимнастика проводится с учетом специфики двигательных нарушений и с большой осторожностью, так как у детей с ДЦП высок риск перелома костей из-за остеопороза. При ДЦП лечебная гимнастика выполняет следующие задачи:

- а) развитие выпрямления и равновесия, т.е. так называемого постурального механизма, обеспечивающего правильный контроль головы в пространстве и по отношению к туловищу;
- б) развитие функции руки и предметно-манипулятивной деятельности;

АЛГОРИТМ

ПОСТАНОВКИ НАЗОГАСТРАЛЬНОГО ЗОНДА

ГБУЗ ТО «Областной противотуберкулезный диспансер, отделение для больных туберкулезом органов дыхания (для детей)

ОСНАЩЕНИЕ:

1. Шприц (на 30 мл или 60 мл, шприц Жанэ).
2. Фонендоскоп.
3. Лоток.
4. Зажим.
5. Зонд назогастральный.
6. Физиологический раствор или специальный раствор для промывания.
7. Глицерин.
8. Стерильные марлевые салфетки (средние, малые).
9. Перчатки нестерильные.
10. Лейкопластырь.
11. Емкость для промывания.
12. Другой вспомогательный материал.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

1. Провести обработку рук гигиеническим способом.
2. Подготовить оснащение.
3. Определить расстояние, на которое следует ввести зонд (расстояние от кончика носа до мочки уха и вниз по передней брюшной стенке так, чтобы последнее отверстие зонда было ниже мечевидного отростка).
4. Помочь пациенту принять высокое положение Фаулера.
5. Прикрыть грудь пациента полотенцем.
6. Провести обработку рук гигиеническим способом. Надеть перчатки.

ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

1. Обильно обработать слепой конец зонда глицерином.
2. Слегка помочь запрокинуть пациенту голову.
3. Ввести зонд через нижний носовой ход на отмеренное заранее расстояние.
4. Помогать пациенту заглатывать зонд, продвигая его в глотку во время каждого глотательного движения.
5. Убедиться, что пациент может свободно дышать.
6. Мягко продвигать зонд до нужной отметки.
7. Убедиться в правильном местонахождении зонда в желудке: присоединить шприц к зонду и потянуть поршень на себя; в шприц должно поступать содержимое желудка (вода и желудочный сок).
8. В случае необходимости оставить зонд на длительное время, закрепить его с помощью лейкопластыря к носу.
9. Убрать полотенце.
10. Закрепить зонд заглушкой и прикрепить к одежде пациента на груди.

ЗАВЕРШЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

1. Снять перчатки.
2. Помочь пациенту принять удобное положение.
3. Поместить использованный материал в дезинфицирующий раствор с последующей утилизацией.
4. Обработать руки гигиеническим способом.
5. Сделать запись о проведении процедуры.

АЛГОРИТМ УХОДА ЗА НАЗОГАСТРАЛЬНЫМ ЗОНДОМ

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

1. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

2. Надеть перчатки.

ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

1. Осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или сдавления.

2. Проверить месторасположение зонда: попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд в глотке.

3. Подсоединить шприц с 10–20 куб. см (10 куб. см для детей) воздуха к назогастральному зонду и ввести воздух, одновременно выслушивая звуки в области эпигастрия при помощи стетоскопа (булькающие звуки).

4. Очистить наружные носовые ходы увлажненным физиологическим раствором, марлевыми салфетками. Нанести глицерин на слизистую оболочку, соприкасающуюся с зондом.

5. Каждые 4 часа выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость рта и губы.

6. Каждые 3 часа (по назначению врача) промывать зонд 20–30 мл физиологического раствора.

Для этого подсоединить шприц, наполненный физиологическим раствором, к зонду, медленно и аккуратно ввести жидкость в зонд; аккуратно провести аспирацию жидкости, обратить внимание на ее внешний вид и вылить в отдельную емкость.

ЗАВЕРШЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

1. Снять лейкопластырь и наклеить заново новый, если он отклеился или сильно загрязнен.

2. Продезинфицировать и утилизировать использованные материалы.

3. Обработать мембрану фонендоскопа дезинфицирующим средством или антисептиком.

4. Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции индивидуальных средств защиты.

5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

6. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

в) развитие зрительно-моторной координации;
г) торможение и преодоление неправильных поз и положений;

д) предупреждение формирования вторичного двигательного стереотипа.

Под влиянием лечебной гимнастики в мышцах ребенка с ДЦП возникают адекватные двигательные ощущения. В процессе лечебной гимнастики нормализуются позы и положения конечностей, снижается мышечный тонус, уменьшаются или преодолеваются насильственные движения. Ребенок начинает правильно ощущать позы и движения, что является мощным стимулом к развитию и совершенствованию его двигательных функций и навыков. Важно помнить о том, что даже самый неконтактный ребенок с особенностями психофизического развития понимает

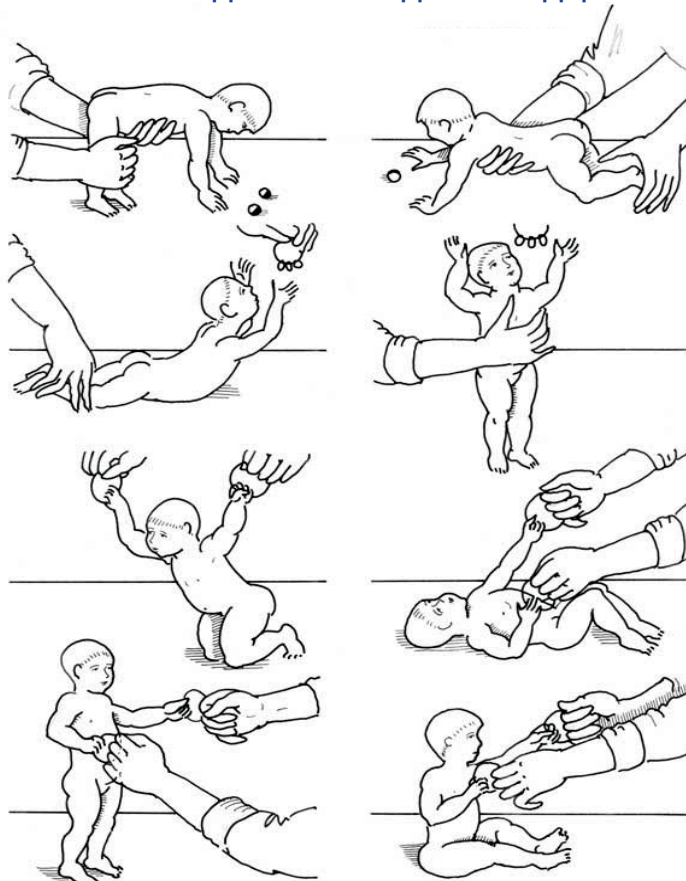
многое, просто у него не развиты сигнальные системы (речь, жесты), которые помогли бы ему сделать так, чтобы взрослые узнали о его потребностях. За основу был взят самый простой комплекс упражнений, рекомендованный детям с ДЦП с тяжелыми двигательными нарушениями для ежедневного занятия с ребенком.

В 2016 году в отделение для больных туберкулезом органов дыхания для детей поступил ребенок 7 лет с диагнозом: «ДЦП тяжелое течение, сочетанный с туберкулезом органов дыхания». Медицинской сестрой по индивидуальному уходу был применен весь комплекс вышеперечисленных мероприятий в течение всего периода пребывания ребенка в отделении. В результате комплексного лечения и ухода у данного ребенка наблюдалась положительная динамика, отсутствие пролежней и тонико-клонических эпизодов за весь период лечения, улучшение мышечной и нервной системы с прибавкой в весе 1,5 кг. Стабилизировался неврологический статус без ухудшения, ребенок начал держать голову и предметы, фиксировать взор на игрушках. Ребенок выписан домой на долечивание в амбулаторных условиях.

Положительная динамика дает возможность для дальнейшего применения данного подхода в лечении и уходе за детьми на стационарном лечении с диагнозом «ДЦП сочетанный с туберкулезом органов дыхания».

Ведущая роль в осуществлении данной методики принадлежит медицинской сестре как организатору и исполнителю индивидуального ухода за такой категорией пациентов.

КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ, РЕКОМЕНДОВАННЫЙ ДЕТЯМ С ДЦП





Ди-Хлор-Экстра

**20
ДНЕЙ**

срок годности
рабочих растворов

СОСТАВ

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

ФАСОВКА

Средство упаковано в банки вместимостью 100 таблеток и 300 таблеток



ОПИСАНИЕ

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

ПРОИЗВОДИТЕЛЬ

ООО «Дезснаб-Трейд», Россия.

Ди-Хлор-Экстра

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



ОПТИМАЛЬНАЯ СИСТЕМА РОТАЦИИ ДЕЗСРЕДСТВ В УЧРЕЖДЕНИЯХ

МЕДИХЛОР №300 МЕДИХЛОР №1000

ХЛОРНЫЕ ТАБЛЕТКИ (НАТРИЕВАЯ СОЛЬ
ДИХЛОРИЗОЦИАНУРОВОЙ КИСЛОТЫ)



ПРЕПАРАТЫ СООТВЕТСТВУЮТ ФЕДЕРАЛЬНЫМ
КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ВЫБОРУ
ХИМИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ДЕЗИНФЕКЦИИ И
СТЕРИЛИЗАЦИИ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ



АФЛОРАН

ЧАС

МЕДИЛИС-ДЕЗ

ЧАС+ТРИАМИН

МЕДИЛИС-ЗДВ ДЕЗ

ЧАС+ТРИАМИН+ПГМГ

МЕДИЛИС-АСЕПТ

ИЗОПРОПАНОЛ+ЧАС+ПГМГ

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

MEDILIS.RU

