ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ
медицинских сестёр России

№ 1/40 2019

ВОЗ рекомендует:
Работать на опережение, расширять полномочия медицинской сестры и беречь здоровье мужчин

стр. 4

Новые роли специалистов в первичном звене обсудили участники масштабного форума в Омской области

стр. 26

Лечебная гимнастика для людей с дисциркуляторной энцефалопатией

стр. 37

Профессионализм, инновации и качество в работе фельдшера обсудили специалисты Брянской области

ЛИЗОФОРМ

С 1900 года на мировом рынке дезинфекции и гигиены

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

www.lysoform.ru

» ДЕЗИНФЕКЦИЯ

ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ И АНТИСЕПТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

СТЕРИЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ГИГИЕНЫ РУК

СОВРЕМЕННЫЕ УПАКОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЦСО

» ОБОРУДОВАНИЕ

ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ГИГИЕНЫ РУК В ЛПО

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ УБОРОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

УТИЛИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ

» ЭНДОСКОПИЯ

ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПСО И ДВУ

ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ПОЛНОГО ЦИКЛА ОБРАБОТКИ ГИБКИХ ЭНДОСКОПОВ

АСЕПТИЧЕСКОЕ ХРАНЕНИЕ

Группа компаний Лизоформ

www.lysoform.ru

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

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

Медицинские сестры, фельдшеры, акушерки, принимавшие участие в аккредитованных мероприятиях РАМС, смогут воспользоваться приобретенными образовательными кредитами по своей специальности СПО!

Уважаемые коллеги и дорогие читатели «Вестника»!

Рада приветствовать вас и поделиться ближайшими планами Ассоциации, политическими новостями и теми стратегическими задачами, решением которых мы вместе с вами займемся в ближайшее время.

В первую очередь это касается новых возможностей повышения профессиональной квалификации и непрерывного медицинского образования. Если в течение предыдущих 3 лет участие в аккредитованных конференциях и семинарах было во всех смыслах актуальным для специалистов с высшим сестринским образованием, то с декабря прошлого года новый формат приобретения знаний был открыт для специалистов со средним профессиональным образованием. Скажем больше, медицинские сестры, фельдшеры, акушерки, принимавшие участие в аккредитованных мероприятиях РАМС, смогут использовать полученные кредиты по специальностям СПО! Засчитаны они будут тем специалистам, которые получили свой сертификат после 1 января 2016 года. А это дополнительный приятный и полезный бонус к безусловно ценным и необходимым знаниям, полученным во время учебы.

В связи с масштабным ростом аудитории потенциальных участников мероприятий НМО РАМС продолжает развивать деятельность в этом направлении и в ближайшее время будут открыты новые серии вебинаров по самым разным специальностям. Причем в подготовке материалов будут задействованы многочисленные регионы, специализированные секции РАМС, известнейшие лекторы и признанные специалисты в своих областях. Подробная информация представлена на сайте Ассоциации, участие открыто для всех заинтересованных специалистов.

Новшества в системе подготовки сестринских кадров полностью укладываются в общемировую практику и соответствуют стратегии укрепления сестринского и акушерского дела в мире и Европейском регионе. Новые подходы к приобретению знаний определяются потребностями практического здравоохранения, в котором медицинской сестре предстоит сыграть более весомую клиническую роль. Мы не раз обсуждали с вами и на страницах журнала, и в ходе различных мероприятий вопросы расширения роли специалиста, самостоятельной сестринской практики, профессиональной автономии. В различных регионах мира эти тенденции становятся все более отчетливыми, исключением не являются и страны БРИКС, опыт которых мы представим вам на страницах журнала и который сможем детально обсудить предстоящей весной в ходе 3-го Сестринского форума стран БРИКС, который пройдет в Санкт-Петербурге с участием руководителей всех региональных ассоциаций.

Укрепление роли специалистов сестринского дела в глобальном масштабе – это уже не просто отдельные примеры различных стран, это политика развития систем здравоохранения, которая принята за основу на уровне Всемирной организации здравоохранения. Медицинские сестры должны получить право назначения лекарственных препаратов, право ведения определенных групп пациентов, право первичного приема и назначения диагностических исследований. Отдельные элементы расширенной клинической практики внедряются и в России. Например, при внедрении fast track хирургии и программ ранней послеоперационной реабилитации специалисты осуществляют уход на совершенно ином уровне, уделяют приоритетное внимание непосредственно работе с пациентом, а различные вспомогательные виды деятельности уходят далеко на второй план.

Хирургическая помощь является одним из ведущих локомотивов развития медицины, представляя все более высокий профессиональный интерес для специалистов. А девиз Европейского дня операционной сестры подтверждает ведущую роль наших коллег в достижении перемен.

Жить и работать по-новому – таким девизом руководствуются специалисты многих отраслей здравоохранения. В любой сфере стоит только задаться вопросом – все ли правильно мы делаем, нельзя ли помочь пациенту, своему отделению, медицинской организации достигать более высоких показателей работы, соответствует ли наша текущая практика современным мировым стандартам здравоохранения, – как начнется движение мысли и появится план действий, реализация которого не только поможет усовершенствовать сестринскую помощь, но и значительно вырасти профессионально, внести вклад в повышение престижа своей профессии. Это полностью подтверждается действиями многочисленных специалистов, работающих и в первичном звене, и в стационарах, отвечающих и за интенсивную терапию, и за оказание помощи пациентам с психическими расстройствами. Главное, что возможностей для профессиональной реализации сегодня появляется все больше, и эти возможности нужно уметь создавать и использовать. Именно в такой плоскости проявляется лидерская, творческая, жизненно важная роль нашей профессии!

Дорогие коллеги, нам предстоит сложный, интересный, насыщенный событиями год. Хочется верить, что вы полны идей и решимости их реализовать! А мы, пользуясь случаем, рады поздравить вас не только с профессиональным праздником операционных сестер, но также замечательными датами – Днем защитника Отечества и Международным женским днем!

На обложке: участники 68-й сессии Регионального комитета ВОЗ, фото Европейского регионального бюро ВОЗ (WHO EURO)

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ	
«Новогоднее чудо» – акция медицинских сестер Брянщины порадовала и маленьких пациентов и взрослых медицинских работников	стр. 3
Новые роли медицинских сестер в первичном здравоохранении	стр. 4
Фельдшер: профессионализм, инновации, качество	стр. 37
Волонтерское движение в профилактике ТБ	стр. 38
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ	
Баллы НМО: основные этапы подготовки аккредитованного мероприятия	стр. 10
МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО	
Работать на опережение, развивать профессиональное образование и роль сестринского персонала – основные задачи в Европейском регионе ВОЗ	стр. 16
Из Пекина в Нью-Дели: члены альянса стран БРИКС провели второй сестринский форум	стр. 30
ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ	
Повышение роли медсестер и акушерок в Ирландии: передовой опыт трансформации трудовых ресурсов	стр. 19
ИННОВАЦИОННАЯ ПРАКТИКА	
Транскатетерная имплантация аортального клапана (TAVI)	стр. 7
Роль медицинской сестры в реализации программы Fast trackв условиях эндовидеохирургического урологического отделения	стр. 14
Роль медицинского персонала в уходе за пациентами с инфекционной патологией в условиях психиатрического стационара	стр. 34
КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Специфическая профилактика туберкулеза. Современное состояние проблемы в Томской области	стр. 23
СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	
Методика лечебной гимнастики для лиц пожилого и старческого возраста с дисциркуляторной энцефалопатией	стр. 26

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 12.02.2019. Отпечатано в ООО «ИПК "Береста"». Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28 . Заказ № 1041. Тираж 15 500. Цена договорная. За опубликованные рекламные материалы редакция ответственности не несет. Фото: depositphotos.com

СОТРУДНИЧЕСТВО С АВТОРАМИ

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

ОФОРМЛЕНИЕ ПОДПИСКИ

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

УЧРЕДИТЕЛИ И ИЗДАТЕЛИ

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

РЕДАКЦИЯ

Главный редактор – Валентина Саркисова
Ответственный редактор – Наталья Серебренникова
Научный редактор – Валерий Самойленко
Отдел маркетинга – Юлия Мелёхина
Дизайн – Любовь Грабарь
Верстка – Игорь Быков
Корректор – Марина Водолазова

АДРЕС РЕДАКЦИИ

191002, Санкт-Петербург, Загородный пр., д. 14, литер А, пом. 15Н.
Тел./факс: (812) 575-80-51, 315-00-26. E-mail: rna@medsestre.ru

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

АНОПКО В.П. – канд. мед. наук, президент Астраханской региональной общественной организации «Профессиональная сестринская ассоциация»

ГЛАЗКОВА Т.В. – главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Комитета по здравоохранению Ленинградской области, президент Региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация специалистов сестринского дела» Ленинградской области

ДРУЖИНИНА Т.В. – главный специалист по сестринскому делу Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области, президент Кемеровской региональной общественной организации «Ассоциация медицинских сестер Кузбасса»

ЗОРИНА Т.А. – президент Омской региональной общественной организации «Омская профессиональная сестринская ассоциация»

КУЛИКОВА Р.М. – президент Тюменской региональной общественной организации «Тюменская областная профессиональная сестринская ассоциация»

ЛАПИК С.В. – д-р мед. наук, профессор, декан ФВСО ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава

НИКИТИНА Н.В. – старшая медицинская сестра БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 1», президент Вологодской региональной общественной организации «Ассоциация специалистов сестринского дела»

РУДЕЙКО И.В. – врач-дезинфектолог высшей категории, эпидемиолог-эксперт

РЯБКОВА В.В. – главная медицинская сестра ФГБУ ФЦТОЭ МЗ РФ, президент Смоленской региональной общественной организации «Ассоциация специалистов сестринского дела»

«Новогоднее чудо» 2018

Региональная общественная организация «Ассоциация сестринского персонала Брянщины» совместно с активистами Общероссийского народного фронта и Департаментом здравоохранения Брянской области присоединились к всероссийской акции «Новогоднее чудо».

Отметим, что в акции «Новогоднее чудо» региональная ассоциация участвует уже в третий раз, а проводится она в канун новогодних и рождественских праздников. На собранные деньги были закуплены елки и новогодние игрушки, которые сейчас украшают фойе учреждений здравоохранения. Также маленьким пациентам были закуплены мягкие игрушки, которые подарил настоящие Дед Мороз и Снегурочка.

По доброй традиции в образе Дедушки Мороза предстал перед маленькими пациентами заместитель главного врача по лечебной работе ГАУЗ «Брянского клинико-диагностического центра» Соловов Владимир Дмитриевич. Снегурочкой стала старшая медицинская сестра отделения ультразвуковой и функциональной диагностики Чиркова Людмила Семеновна.

Мероприятия проходили в медицинских организациях города Брянска и области. Принимающими сторонами в это «Новогоднее чудо» стало сразу несколько лечебных учреждений: ГАУЗ «Брянская областная психиатрическая больница № 1» стационарное детское отделение № 8 – главный врач Бойко В.А. и главная медицинская сестра Коростылева И.А.; ГБУЗ «Брянская областная детская больница» – главный врач Алекса В.И. и главная медицинская сестра Волошко Е.Ф. Не обошли стороной ГБУЗ «Брянская городская детская поликлиника № 2», приятно удивив маленьких пациентов и медицинских работников.

В стационарных отделениях детских медицинских организаций состоялись театрализованные представления с участием новогодних сказочных персонажей. Перед маленькими пациентами и их родителями выступила группа «Ларец» детской фольклорной школы «Калинушка». Задорные народные песни и яркие, зажигательные танцы в исполнении этого коллектива подарили прекрасное настроение детям, которые в канун любимого праздника оказались на больничной койке. Юные артисты от души поздравили своих зрителей с наступающим Новым годом и пожелали им поскорее выздороветь.

Настоящую бурю эмоций вызывало появление Деда Мороза со Снегурочкой. Дети с удовольствием читали зимнему волшебнику стихи, пели песни и отвечали на его каверзные вопросы. Общение ребят с любимым сказочным персонажем получилось очень веселым. Дети одинаково радовались и искрометным шуткам Деда Мороза, и его подаркам. Утренники закончились традиционным хороводом вокруг елки под песню «В лесу родилась елочка». Затем Дед Мороз посетил в палатах детей, которые в силу самочувствия не смогли побывать на представлении, и поздравил их с наступающим Новым годом.

«Акция "Новогоднее чудо" стала нашей доброй традицией. Все дети мечтают о новогоднем сюрпризе от Деда Мороза, в том числе и те, кто оказался в непростой жизненной ситуации. А для тех, кто попал в больницу, настоящий подарок – это радость, ведь положительные эмоции порой лечат лучше лекарств. Даря детям "Новогоднее чудо", мы и сами преисполняемся этой радостью, верой в волшебство, в исполнение наших самых заветных желаний», – отметила президент Ассоциации сестринского персонала Брянщины Лариса Третьякова.

Новые роли медицинских сестер в первичном здравоохранении

Тимофеева Елена Викторовна
Старшая медицинская сестра 1-го наркологического отделения БУЗОО «Наркологический диспансер»

Дорошенко Марина Юрьевна
Главная медицинская сестра БУЗОО «Наркологический диспансер», член Правления, председатель профессионального комитета Омской профессиональной сестринской ассоциации

«В суматохе дел и явлений не забудьте о сестринском деле».

Министерство здравоохранения Омской области и Омская профессиональная сестринская ассоциация всегда помнят о своих специалистах. В подтверждение этого 7 декабря 2018 года в Омске состоялось очередное историческое событие – **второй региональный форум «Новые роли медицинских сестер в первичном здравоохранении»**. В повестке дня развития системы здравоохранения достаточно остро стоит вопрос эффективного использования потенциала самых массовых медицинских специальностей: медицинских сестер, фельдшеров, акушерок, лаборантов. В настоящее время имеется значительное количество фактических данных российских и зарубежных коллег, подтверждающих, что новые модели и принципы работы специалистов позволяют обеспечить экономически эффективные и ориентированные на пациента медицинские услуги, способные значительно улучшить показатели здоровья населения.

В Омском регионе не привыкли к «раскачке», мы привыкли действовать, опираясь чаще на свой собственный опыт, четко понимая стратегию в области здравоохранения, определенную Президентом России В.В. Путиным (Указ от 07.05.2018). Опираясь на уникальный кадровый потенциал сестринского персонала и объединив свои силы, Министерство здравоохранения Омской области и Омская профессиональная сестринская ассоциация начали работу по совершенствованию оказания первичной медико-санитарной помощи, снижению смертности населения от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, улучшению медицинской помощи детям, подготовке кадров, цифровизации здравоохранения, развитию национальных медицинских центров и медицинского туризма.

При поддержке организаторов огромная команда профессионалов, экспертов, волонтеров, студентов, молодых специалистов среди медицинских сестер, фельдшеров, акушерок, лаборантов принялись за работу. И как полагается Школе передового опыта, в рамках профессионального сообщества выявлялись и создавались предпосылки к раскрытию потенциала специалистов, расширению границ компетенции, повышению творческой инициативы, что явилось толчком для самопознания, саморазвития и самосовершенствования специалистов.

В процессе установления новых приоритетов в совершенствовании сестринской практики, демонстрации и укреплении роли специалистов в повышении доступности медицинской помощи определились эксперты, из числа которых и формировалась команда организаторов форума. Двадцать шесть специалистов оргкомитета, пятнадцать волонтеров, одиннадцать специализированных секций Ассоциации, девять молодых специалистов, восемнадцать докладчиков определили ключевые моменты мероприятия.

И вот он – долгожданный день для всей сестринской общественности региона: регистрация, открытие выставки, гимн ОПСА. Открытие Форума президентом Зориной Т.А., главным специалистом по управлению сестринской деятельностью Моисеевой Т.Ф., слова приветствия и напутствия от

имени министра здравоохранения Омской области Стороженко А.Е. прозвучали от Маркварт Л.Д., начальника отдела кадровой работы и государственной службы, задали тон мероприятию.

Далее докладчики: Лариса Васильевна Елисеева, начальник отдела организации оказания первичной медико-санитарной помощи МЗ Омской области, рассказала о состоянии первичной медико-санитарной помощи, проблемах и перспективах развития. Ольга Александровна Бучко, вице-президент Омской профессиональной сестринской ассоциации, председатель специализированной секции РАМС «Сестринские исследования», доложила о расширении роли сестринского персонала: Европейский опыт и перспективы в России. Татьяна Федоровна Моисеева, главная медицинская сестра областной клинической больницы, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью МЗОО, член Правления ОПСА, – о роли стандартизации, СОПах как механизме повышения качества медицинской помощи. Татьяна Владимировна Евсеева, заместитель директора по учебной работе и практическому обучению ЦПК работников здравоохранения – рассказала о развитии профессиональных компетенций специалистов первичного звена в ЦПК РЗ. На форуме также определили зоны ответственности специалистов Омского региона, где и предстоит искать и внедрять новые роли. А акцент на молодое поколение, в чьих руках, умах и сердцах заложено развитие профессии, сделала Александра Александровна Бабурина, фельдшер скорой медицинской помощи Большереченской ЦРБ.

Нельзя обойти вниманием выставку достижений в сестринском деле Омской области: расширенная сестринская практика, инновации, качество, которая начала работу ранним утром и заполнила перерыв в программе конференции. Каждая специализированная секция развернула площадку и делилась с участниками форума своими наработками, проводила мастер-классы, викторины, экскурсы в историю и виртуальные путешествия в будущее. Выставка достижений показала, в каких направлениях предстоит развивать нашу профессию, чтобы медицинская помощь была доступной всем жителям региона. Она же и выявила активных специалистов, которые проявили заинтересованность в развитии и внедрении инноваций и передовых идей. Сорока четырем участникам форума на выставке были вручены памятные подарки. Более 400 участников посетили постерную сессию, подготовленную молодыми специалистами региона, которая состояла из девяти постерных докладов, тематика которых будоражила воображение даже опытных специалистов.

Впрочем, доклады коллег оставили след не только в наших воспоминаниях о форуме, но дали пищу для размышления и нашли отражение в наших краткосрочных планах: в определении новых ролей фельдшеров ФАПов, кабинетов неотложной помощи и медицинских сестер смотровых кабинетов; в организации работы мобильных паллиативных бригад и формировании здорового образа жизни населения; в реализации проектов «бережливая поликлиника» и профессиональной культуры специалистов; в определении новых ролей медицинских сестёр общей практики, включая помощь пациентам с ОКС и новорожденным детям; в формировании здоровьесберегающей среды в общеобразовательных организациях и организации добровольческого движения.

Открытый микрофон, обмен мнениями стремительно приближали к кульминации форума – торжественной церемонии награждения. Специалисты нашего региона всегда отличались особым трепетным отношением к своей профессии. И особое внимание в этом году было направлено на молодых специалистов – это удивительный ресурс нашего настоящего и будущего успеха. Первыми, кого пригласили на сцену, стали лауреаты и победитель Всероссийского конкурса «Лучший молодой специалист 2018 года» – Бабурина Александра Александровна, Поляков Владислав Евгеньевич, Мамыкина Людмила Викторовна, Таротенко Владимир Андреевич. Они получили свои награды от Омской профессиональной сестринской ассоциации и шквал аплодисментов от коллег.

Далее на сцену поднялись руководители лучших из лучших сестринских коллективов региона (консультативной поликлиники областной клинической больницы, городской стоматологической поликлиники № 3, социально-медицинского отделения № 1 Нежинского геронтологического центра), и снова овации зала и гордость за достижения коллег объединили в едином порыве всех собравшихся.

Следующий блок награждений был посвящен участникам выставки. За лучшую разработку СОПов наградили специализированную секцию Омской профессиональной сестринской ассоциации «Сестринское дело в первичном здравоохранении». За организацию выставки свидетельство и ценный подарок от Ассоциации получили все

специализированные секции: «Акушерское дело», «Анестезиология и реаниматология», «СД во фтизиатрии», «СД в педиатрии и неонатологии», «СД в психиатрии и наркологии», «Лабораторная диагностика», «СД в онкологии», «Рентгенология», «СД в первичном здравоохранении», «Операционное дело», «Сестринское дело в стоматологии».

Затем, по уже устоявшейся традиции, прошло награждение Советов по сестринскому делу, и мы ещё раз рады поздравить коллег с юбилейными датами: Совет наркологического диспансера с 20-летием, Советы Называевской и Знаменской ЦРБ с 25-летием, Тюкалинской и Колосовской ЦРБ с 40-летием, городской поликлиники № 4 с 45-летием, Областной детской клинической больницы с 55-летием.

Признание и подарки от Ассоциации, музыкальные поздравления от медицинских сестер Разии Махатаевой и Ларисы Куприенко дарили хорошее настроение не только тем, кто выходил на сцену, но и всем присутствовавшим в зале.

Финальным подарком всем участникам Форума стал гимн в исполнении молодых специалистов Омского региона «Мы молодое поколение Сибири». Насыщенная программа подошла к концу, но в нашем случае это всегда запятая, ведь завтра снова в бой. Участникам форума предстоит огромная работа в коллективах и на рабочих местах. И мы точно знаем, что у нас все получится, ведь пока мы вместе – МЫ СИЛА!

«Обращение к ФОРУМУ…»

Мы рады приветствовать всех в этом зале,
Сегодня на ФОРУМ мы здесь собрались.
Мы очень готовились, верили, ждали,
Что вместе за правое дело взялись!

В первичном звене, как на линии фронта,
Ты первым встречаешь проблемы людей,
И словно до линии горизонта…
Наш день очень полон задач и идей!

Нам знанья в подмогу и наша сердечность,
Забота, участье, научный поход.
И, кажется, бьемся мы целую вечность,
А пациент к нам идет и идет.

И день наш расписан почти по минутам,
И очень сплотились наши ряды.
Но повороты судьбы очень круто
Меняют работу в масштабах страны.

Мы новые роли освоили смело,
Мы делимся опытом, что не в первой.
Мы любим и ценим работу и дело,
И секцией дружной живем, как семьей.

И все, что мы сделаем здесь и сейчас,
И все, что задумаем на перспективу,
На пользу профессии – каждый из нас
Полученный опыт внедрит в коллективах!

Мы рады приветствовать всех в этом зале,
И форум наш может рывок совершить.
Мы очень готовились, верили, ждали,
Что вместе мы многое сможем решить!

Елена Тимофеева
(старшая медицинская сестра
наркологического диспансера, г. Омск)

Транскатетерная имплантация аортального клапана (TAVI)

Качаева Дина Абухалисовна
операционная медицинская сестра
ГБУЗ ТО «ОКБ№ 1»

Рентгенэндоваскулярная хирургия – относительно молодое направление медицины. Её главная особенность – использование специального инструментария, не превышающего в диаметре нескольких миллиметров, который через кожный прокол по кровеносной системе может быть проведен в любой участок тела. Малая травматичность, отсутствие разрезов и необходимости в наркозе в большинстве случаев позволяет выполнять вмешательства даже пациентам с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, которым противопоказано традиционное хирургическое лечение.

Немного истории

В 1979 году в Тюменской областной больнице был создан кабинет внутрисердечных контрастных методов рентгенологического исследования. С помощью рентгенаппарата «Хиродур» были выполнены первые диагностические катетеризации. А уже с 1982 года был обеспечен качественно новый уровень диагностики благодаря пуску и освоению ангиографического комплекса «Тридорос оптимак-1000». Эндоваскулярная хирургия стала новым этапом в развитии службы, был осуществлен переход от диагностики к активной помощи. В 1985 году были проведены первые лечебные вмешательства по устранению сужений просвета сосудов методом баллонной дилатации (ангиопластики). Успешное развитие хирургии сердца и сосудов в Тюменской области было неразрывно связано с внедрением рентгенхирургических методик. В 1991 году было создано отделение ангиографии и эндоваскулярной хирургии, где одними из первых операционными сестрами стали Н.С. Рогоманова, Т.М. Баннова, Л.И. Симонова, Л.В. Демышева. За годы своей практики в отделении рентгенхирургии они обучили немало молодых операционных медсестер, ведь работа в данном профиле требует от операционной медсестры не только знания хода операции, но и владения навыками манипуляций с катетерами для эндоваскулярной хирургии. В настоящее время в отделении работают 6 операционных сестер, за плечами которых большой опыт работы в эндоваскулярной хирургии.

В августе 2014 года была проведена уникальная операция, транскатетерная имплантация аортального клапана (TAVI) – современный малоинвазивный транскатетерный способ замены нативного аортального клапана искусственным биологическим. В методе TAVI этот биологический клапан помещают в корпус стента, а когда стент раскрывается, он плотно помещается на участке имплантации клапана. Ведь если отказывает сердечный клапан, то обычно проводится операция на открытом сердце – это серьёзное вмешательство, которое является крайне опасным для пожилых и тяжелобольных людей. Аортальный стеноз – это состояние, при котором аортальный клапан не может открываться и закрываться должным образом. Это создает дополнительную нагрузку на сердце и может привести к одышке, отеку ног, боли в груди, головокружению или даже обмороку. Стеноз аортального клапана (сужение клапана) приводит к обструкции кровотока из сердца. Сейчас это наиболее распространенная форма приобретенного порока сердца, диагностируемого у 2–4 % взрослых пациентов старше 65 лет. Заболевание аортального клапана становится все более распространенным, с возрастом симптомы могут привести к частым госпитализациям и снижению качества жизни.

TAVI – малоинвазивная операция по замене клапана сердца

В последние годы транскатетерная имплантация аортального клапана (transcatheter aortic valve implantation, TAVI) стала повседневной клинической практикой в лечении пациентов с выраженным стенозом аортального клапана. Процедура способствует предотвращению дальнейшего повреждения сердца, вызванного аортальным стенозом, и продлению жизни пациента, на что не способна терапия лекарственными препаратами (рис. 1).

Техника транскатетерной имплантации аортального клапана

В настоящее время в клинической практике используются два метода TAVI:

- через бедренный доступ – это значит, что хирургу необходимо сделать лишь маленький разрез длиной от 6 до 7 см в паховой области для выделения участка бедренной артерии, через которую проводится специальный катетер с размещенным внутри него клапаном (рис. 2);
- посредством передней мини-торакотомии слева.

В настоящее время нет никаких научных доказательств превосходства одного метода над другим. Выраженный изгиб брюшной аорты (проход) или сильное кальцинирование дуги аорты (риск инсульта) также должны

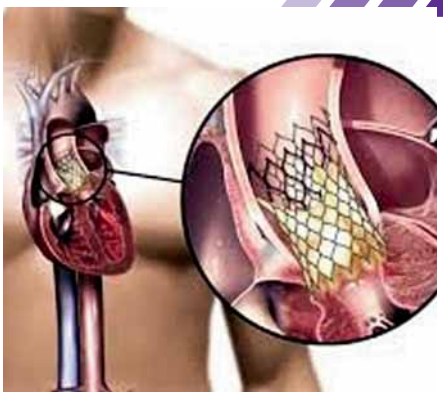


Рис. 1

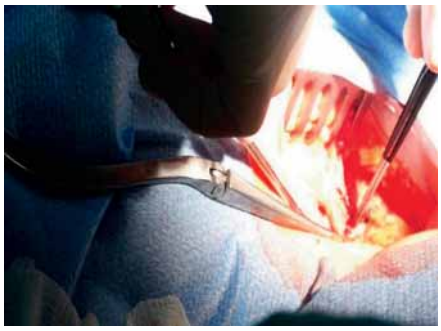


Рис. 2

Рис. 3

Рис. 4

быть приняты во внимание. В клинической практике оптимальная стратегия должна быть тщательно спланирована в соответствии с характеристиками конкретного пациента. Оба типа процедуры идеально осуществляется в специально оборудованных гибридных операционных, обеспечивающих и процесс транскатетерной имплантации, и проведение в случае необходимости неотложного хирургического вмешательства на открытом сердце с АИК. Операционная медсестра накануне операции обсуждает с хирургом объём предстоящего оперативного вмешательства. Данная операция включает в себя два этапа:

1 этап – выделение бедренной артерии, для которого понадобится сосудистый набор инструментов;

2 этап – эндоваскулярный метод, для которого готовится набор для эндоваскулярной хирургии для установки клапана.

Для проведения операции медсестра накрывает большой инструментальный стол и два малых рабочих стола. Она обрабатывает операционное поле, затем проводит изоляцию операционного поля (рис. 3). После этого приходит первая бригада хирургов для выделения бедренной артерии. Этот этап требует от операционной медсестры предельной осторожности, знания хода операции, своевременной подачи инструментов и пластикатов для выделения артерии. От этого этапа зависит дальнейшая работа, т.е. основного этапа установки биоклапана.

После выделения бедренной артерии начинается второй этап: аортоартериография восходящего отдела сердца. Для этого у операционной медсестры уже накрыт второй малый рабочий стол. На этом этапе хирургам понадобятся катетеры для эндоваскулярной хирургии: интродьюсер № 6, № 18, гидрофильные проводники № 35, катетеры различной модификации, железные проводники № 35, баллоны, индефляторы.

На большом инструментальном столе необходимо приготовить всё, для того чтобы подготовить сам биоклапан. Для этого понадобятся стерилизатор и три контейнера с NaCl 0,9 % для промывания клапана (биоклапан находится в контейнере в специальном растворе (рис. 4).

Клапан промывают по 2 минуты в каждом контейнере и только после этого начинают собирать. После того как биоклапан готов к установке, начинается основной этап операции – замена аортального клапана на биоклапан. От операционной сестры на данном этапе требуются осторожность и концентрация внимания – не должно быть резких движений, суеты. Для того чтобы имплантировать клапан в сердце, он сжимается вокруг или внутри стента, укрепленного на конце катетера. Затем катетер вставляется в кровеносный сосуд и направляется к поврежденному аортальному клапану в сердце пациента, где он имплантируется поверх существующего клапана. После установки биоклапана делают съемку восходящей аортографии, чтобы убедиться, что биоклапан работает и гемодинамика у пациента в норме (рис. 5).

Завершающим этапом является ушивание бедренной артерии (рис. 6).

Для сравнения: при обычной операции по замене сердечного клапана приходится распиливать грудную кость. Грудная клетка полностью раскрывается и пациента подсоединяют к аппарату искусственного кровообращения. После такого вмешательства больной много времени проводит в клинике. Многие люди не в состоянии пройти открытую операцию в связи с сопутствующими заболеваниями – ишемической болезнью сердца, почечной недостаточностью и тяжелой сердечной недостаточностью. Зачастую операция на открытом сердце является слишком рискованной для людей пожилого возраста.

Использование специализированных ультразвуковых и рентгеновских изображений во время операции позволяет направлять катетер с имплантируемым клапаном до аортального клапана в сердце пациента. Как только новый клапан имплантирован, катетер удаляется. Новый клапан начинает работать незамедлительно.

Для того чтобы определить возможность проведения операции TAVI, пациент должен пройти подготовку:

- Осмотр кардиолога.
- Анализы крови.
- Рентген грудной клетки.

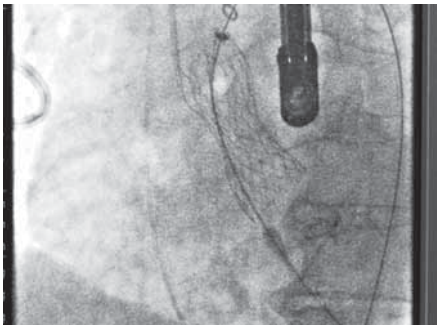


Рис. 5

Рис. 6

- КТ сердца и магистральных сосудов по специальному протоколу.
- ЭКГ.

Операция TAVI проводится под общим наркозом и требует междисциплинарного подхода. Процедура выполняется специализированной командой, которая включает рентгенхирурга, кардиохирурга, анестезиолога, операционную медсестру, сестру-анестезиста, специалиста УЗИ исследования.

Что происходит после операции?

Пациента, находящегося под действием аппарата ИВЛ, доставляют в палату интенсивной кардиореанимации для мониторинга состояния. В последующие 24 часа пациента приводят в сознание и снимают аппарат искусственной вентиляции лёгких. Пациент остается в реанимации до момента, пока врач не примет решение о его переводе в обычную палату, где до момента выписки (через 5–7 дней) будет продолжен мониторинг его состояния.

Пациенту дают разжижающие кровь препараты, такие как аспирин и клопидогрел (Plavix), которые необходимо принимать на протяжении 6 месяцев после операции, а аспирин принимается до конца жизни (общая рекомендация для пациентов после стентирования или замены аортального клапана).

Во время пребывания пациента в больнице будут проведены следующие тесты:

- Врачебный осмотр.
- Рентген грудной клетки.
- Ежедневная ЭКГ.
- Стандартные анализы крови.
- Трансторакальная эхокардиография.

Следующий контрольный визит после выписки назначается через 30 дней, затем через 6 месяцев, через 12 месяцев и ежегодно. Каждый последующий прием пациент проходит стандартные обследования, включая эхокардиограмму.

Перспективы на будущее

Современная хирургия клапанов сердца развивалась на протяжении десятилетий, чтобы стать стандартом лечения для подавляющего большинства пациентов с отличным клиническим результатом.

Однако до расширения показаний необходимо проведение рандомизированных клинических испытаний для сравнения TAVI и хирургической пластики клапанов целью определения адекватной стратегии лечения для конкретного пациента. Мы считаем, что с оценкой пациентов на предмет проведения TAVI или традиционной операции лучше всего справляется специальная междисциплинарная команда кардиологов и кардиохирургов в специализированных кардиологических центрах.

К преимуществам TAVI относятся малая травматичность, снижение риска послеоперационных осложнений, сокращение периода восстановления после операции. Поэтому ее достаточно хорошо переносят ослабленные пациенты и пациенты пожилого возраста. Экономическая выгода для МО достигается путём сокращения сроков пребывания пациентов в стационаре.

В заключение хотелось бы сказать, что для операционной медсестры кардиохирургического профиля данная операция является прорывом по сравнению с открытой операцией на сердце, предполагает освоение новых знаний и навыков. Кроме того, открытая операция на сердце является более трудоёмкой, тяжёлой и травматичной для пациента. Самое главное для операционной команды – это здоровье пациента и благоприятный исход лечения, а лучшая награда – это улыбка пациентов.

15 февраля – Европейский день операционной медицинской сестры

Уважаемые коллеги, в этом году Европейский день операционной сестры проходит под девизом «Операционные медицинские сестры: мы добиваемся перемен!»

Сегодня операционная медицинская сестра выполняет роль настоящего партнера хирурга. Врач и операционная медсестра – доминантная пара, влияющая на все события, происходящие в операционной, которые оказывают воздействие на пациента. Операционная медсестра обеспечивает работу операционной бригады, действует инициативно, как игрок команды, нацелена на результат, вовлечена целиком в оперативный процесс, как необходимое и ответственное звено.

Роль операционной медицинской сестры во внедрении современных технологий хирургического лечения заключается не только в качественной подготовке инструментария и расходного материала, но и в полноправном участии в ходе оперативного вмешательства, ответственности за его исход. С учетом развития медицинской науки, самостоятельная работа медицинских сестер требует качественных теоретических и практических навыков. Чем сложнее и технологичнее специальность, тем выше должна быть квалификация сестринского персонала.

Профессиональный праздник для операционных медицинских сестер – замечательный повод, чтобы поздравить и от всей души поблагодарить специалистов за преданность выбранному пути, самоотверженную работу во благо пациентов, чтобы провести тематические мероприятия, мастер-классы и тренинги для обсуждения новых направлений работы, укрепления командного духа и дальнейшего развития профессионализма.

С праздником вас, дорогие коллеги! Счастья и благополучия вам как в личной, так и в профессиональной жизни!

С уважением,
***В.А. Саркисова**, президент РАМС*
***Л.А. Гордиевская**,*
председатель секции РАМС «Операционное дело, стерилизация»

БАЛЛЫ НМО

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ПОДГОТОВКИ АККРЕДИТОВАННОГО МЕРОПРИЯТИЯ

Самойленко Валерий Валерьевич
Исполнительный директор РАМС

Почему Ассоциация медсестер России поддерживает получение образовательных кредитов в рамках системы Непрерывного медицинского образования (НМО)? Ответ очень прост – в динамично развивающемся здравоохранении необходимость регулярного обновления знаний и навыков становится критерием профессионализма и фактором качества и безопасности помощи. Образовательное мероприятие – самый оперативный путь обучения специалистов. Не нужно ждать окончания пятилетнего цикла, обучение можно организовать здесь и сейчас, причем в случае аккредитации это обучение будет официально учтено в образовательном портфолио слушателя.

Начало 2019 года ознаменовалось событием, которое мы ожидали более 3 лет – портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России открыл возможность формирования личных кабинетов и накопления баллов в рамках непрерывного медицинского образования для специалистов со средним медицинским образованием. Таким образом, обрела свой смысл более чем 3-летняя работа РАМС по развитию системы НМО. Организуя первые аккредитованные конференции, мы разъясняли, что основная цель нашей работы на предварительном этапе – накопление опыта, чтобы при внедрении системы НМО РАМС и региональные ассоциации были готовы к работе в новом формате и могли бы помочь своим членам в накоплении теперь уже необходимых баллов. Сейчас, оглядываясь назад, в те годы, когда подготовка аккредитованного мероприятия была исключительным по сложности событием, мы можем сказать, что тактика была верна – сегодня мы можем проводить практически неограниченное количество мероприятий, имеющих аккредитацию в системе НМО, в значительной мере покрывая потребности членов ассоциации.

Сегодняшнее состояние проблемы ставит перед нами две принципиально новые задачи, решению которых посвящена данная статья:

1. Количество мероприятий, которые нам необходимо проводить, чтобы все члены ассоциации могли принять в них участие и чтобы каждый из 150000 членов РАМС мог принять участие в двух днях конференции, поистине огромно.

2. Принципиально важно достичь не только нужного количества мероприятий, но и сделать их по настоящему интересными, важными, востребованными.

Понимание этих задач приводит нас к выводу, что навык подготовки и проведения аккредитованного мероприятия теперь нужен не только руководителям ассоциаций, но и руководителям сестринских служб на местах – а по сути инициативным группам в сестринских коллективах. Надо понимать, что ни РАМС своими силами, ни любая их крупных региональных ассоциаций не в состоянии обеспечить достаточным количеством конференций, вебинаров и т. п. все специальности среднего медицинского персонала, всех членов. Количество инициативных участников надо расширять. Быстро, осознанно и целенаправленно.

Алгоритму подготовки аккредитованного в системе НМО мероприятия и посвящена данная статья.

Итак, для разработки стратегии проведения аккредитованных мероприятий, ассоциация должна вооружиться сведениями о численном составе членов по различным специальностям. Эти данные станут отправной точкой в выборе тематики будущих конференций.

В перспективе возможны соглашения между ассоциациями соседних регионов – это поможет охватить мероприятиями специальности, по которым трудно провести масштабную конференцию в рамках одного региона (например, диетология – специальность, количество специалистов по которой относительно невелико, а требования системы НМО такие же, как и для более массовых специальностей).

Далее необходимо составить долгосрочный план мероприятий по всем специальностям, представленным в регионе, и приступать к подготовке конференций.

Следующий шаг зависит от размеров и структуры региональной ассоциации. Если речь идет о крупной ассоциации с развитой системой специализированных секций, то подготовку профильных образовательных мероприятий стоит поручить руководителям и членам таких секций. Если секции имеются не по всем специальностям, то необходимо привлекать медицинские организации и вести поиск инициативных специалистов.

Из таких инициативных лиц необходимо сформировать **программный комитет**, который возьмет на себя труд по подготовке мероприятия, включая формирование программы, работу с лекторами, информирование/PR/продвижение, работу со спонсорами, учет и предварительная регистрация, регистрация в день мероприятия, технические аспекты (звук, свет, работа презентационной аппара-

туры), работа с волонтерами, организационные вопросы (питание, трансфер, построение выставки, размещение информационных табличек и баннеров), подготовка и выдача сертификатов участника. Из состава программного комитета выбирается **председатель комитета**, который, помимо общего руководства группой, будет готовить и подписывать все необходимые документы.

Итак, для подачи материалов для оценки в Комиссию по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования необходимо сформировать пакет документов. Подача документов осуществляется через провайдера. В отношении региональных ассоциаций, входящих в РАМС, провайдером является Ассоциация медицинских сестер России.

Пакет документов аккредитуемого образовательного мероприятия включает:

- описание образовательного мероприятия;
- программу образовательного мероприятия;
- сетку программы (если предусмотрены параллельные сессии);
- список лекторов;
- тестовые задания с эталоном ответов (если по окончании мероприятия планируется тестирование знаний участников).

В представленной статье мы рассмотрим важнейший документ аккредитационной заявки – описание образовательного мероприятия, а в одном из следующих выпусков «Вестника» обязательно познакомим читателей с особенностями формирования научной программы и создания других необходимых документов.

Описание образовательного мероприятия

Этот документ отражает основной замысел программного комитета по предстоящему мероприятию, содержит основные сведения о нем, включая обоснование актуальности выбранной темы и ожидаемых результатов. Рассмотрим подробно разделы данного документа.

1. **Дата мероприятия** – определяется не только, исходя из пожеланий специалистов, но также исходя из требований Комиссии по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию. Заявка на аккредитацию подается не позднее, чем за 12 недель до мероприятия, значит его даты должны учитывать как это время, так и время, необходимое на взаимодействие с провайдером – офисом РАМС, – для внесения поправок и доведения документов до полной готовности.

2. **Место проведения конференции** – полный адрес с указанием города. В качестве места проведения мероприятия могут выступать актовые залы медицинских организаций, залы и аудитории образовательных учреждений, специализированные залы отелей, конгресс-центров и т. д.

3. **Тема конференции**. Формулировке темы предшествует ответ на вопрос «зачем мы собираемся на конференцию» – то есть выделение того главного вопроса, который сформирует канву всей программы. Поскольку в рамках НМО мы говорим об образовании, следует отойти от конференций «понемножку обо всем», сделав акцент на тематические конференции. Формулировка темы конференции должна четко и недвусмысленно раскрывать ее содержание, давать представление о ее цели. Специалист, планирующий свою образовательную траекторию, зайдя на Портал НМО, сможет увидеть сотни мероприятий, проводимых в разных регионах. «Правильное» название позволит ему не пропустить именно то мероприятие, которое будет для него наиболее интересным; так название мероприятия «Терапия болевого синдрома в паллиативной практике» более информативно, чем «актуальные вопросы онкологической помощи».

> ***На счету РАМС уже более 150 аккредитованных образовательных мероприятий.***

4. **Вид и масштаб мероприятия**. Правильное наименование конференции предполагает правильное указание вида мероприятия. В соответствии с терминологией конгрессной деятельности каждому виду мероприятий соответствуют свои характеристики. К наиболее часто проводимым видам мероприятий относятся конгресс, конференция, семинар, мастер-класс, тренинг. Есть и иные формы мероприятий: в сложных случаях можно обратиться к тексту ГОСТ Р 53524-2009. «Конгрессная деятельность. Термины и определения», который дает определения основных типов мероприятий. В зависимости от того, какие регионы будут привлекаться к проведению мероприятия – как со стороны спикеров, так и со стороны слушателей, – можно указать масштаб мероприятия – например, региональная/межрегиональная/всероссийская/международная конференция.

По формату мероприятия делятся на два больших вида – аудиторные мероприятия и дистанционные. Проведение дистанционных мероприятий имеет свои особенности, о которых мы поговорим в отдельных публикациях. Сегодня сосредоточимся на проведении очных конференций.

5. **Определение количества участников**. В зависимости от заявленного ожидаемого количества участников в заявке будет запрос на то или иной количество уникальных кодов, идентифицирующих слушателя в системе НМО. Поэтому целесообразно изначально планировать максимально возможное количество участников. Ориентиром может стать максимальная вместимость конференц-зала, который будет использован для проведения мероприятия.

6. **Целевая аудитория**. Организаторы должны определить, на каких специалистов рассчитано их мероприятие, т. е. квалификация по каким специальностям может быть повышена в соответствии с программой. Провайдеру эту информацию необходимо представить в форме списка специальностей (то есть тех формулировок, по которым выдаются сертификаты).

7. **Методы определения образовательной потребности**. Здесь необходимо ответить на вопрос: «Как было определено, что такая конференция необходима?». Ответ предполагает какое-то, проведенное инициаторами конференции, действие. Например: анализ анкет участников предыдущих мероприятий (или он-лайн анкетирования); опрос экспертов (например, руководителей сестринских служб) или специалистов (практикующих сестер); внедрение нового документа, например, изда-

ние РАМС обновленного Руководства по подготовке и поддержанию периферического венозного доступа – достойный повод для семинара или тренинга. К этому же разделу можно отнести изменение нормативно-правовой документации (вступление в силу новых нормативных актов, СанПиНов, клинических рекомендаций, гайдлайнов).

8. **Определение целей и ожидаемых результатов образовательного мероприятия**. Главный вопрос, который рассматривает Комиссия, вынося решение об аккредитации. Цель всех проводимых нами по сути одна – повышение качества медицинской помощи. Задача программного комитета – переформулировать ее применительно к теме конференции, например «Повышение качества медицинской помощи пациентам, страдающим сахарным диабетом за счет внедрения программ обучения». Сложнее определиться с ожидаемыми результатами мероприятия – они должны ясно и четко отвечать на вопрос, что нового узнает и что сможет сделать (больше, лучше, по-другому) слушатель, посетивший мероприятие. Мероприятия, где авторы не в состоянии выделить новые умения и действия слушателей, вряд ли получат одобрение Комиссии.

9. **Методы контроля присутствия**. Система НМО требует полноценного – от начала и до конца – участия каждого слушателя в программе мероприятия. Увы, всем нам знакомы ситуации «я посижу до перерыва» или еще более возмутительная практика «прийти в начале отметиться и в конце забрать сертификат». Обязанностью оргкомитета является сплошной учет присутствия всех слушателей на мероприятии. Как минимум должны быть предусмотрены предварительная регистрация, регистрация на стойках и контроль входа/выхода участников. Сложнее решается вопрос при проведении мероприятия в нескольких параллельных залах. Либо это потребует непрерывного мониторинга присутствия, либо (и в обозримом будущем это должно стать стандартом) регистрация должна проводиться с использованием цифровых методов контроля – сканированием штрих-кодов на бейджах и т. п.

10. **Информирование потенциальных участников**. В этом разделе документа необходимо дать прямую ссылку на информацию о предстоящем мероприятии, размещенную в свободном доступе в сети Интернет. Информация может быть представлена на сайте региональной ассоциации, странице региональной ассоциации на сайте РАМС, официальной группе РАМС или региональной ассоциации в социальных сетях. Фактически речь идет об объявлении о предстоящем мероприятии, где указано его название, основные задачи, дата и место проведения, предварительная программа и ссылка для онлайн регистрации, либо контакты ответственного лица для записи заинтересованного специалиста в качестве участника. Объявление может также содержать информацию об условиях участия в мероприятии.

Следует иметь в виду, что региональная ассоциация, как и РАМС в целом, в первую очередь отстаивает интересы своих членов, поэтому организаторы вправе устанавливать особые условия для членов и нечленов ассоциации. К таким условиям могут относиться абсолютное ограничение участия (мероприятие доступно только для членов ассоциации) или различные условия участия (бесплатно для членов и платно для специалистов не состоящих в ассоциации или разные размеры оплаты для разных категорий. Естественно, с преимущественными условиями для членов).

11. **Размер регистрационного взноса** – указывается в том случае, если регистрационный взнос установлен с указанием размера взноса для каждой категории участников.

12. **Источники финансирования** – для предоставления заявки в Комиссию необходимо ясно и понятно указать, за счет каких средств будет проводиться мероприятие. Чаще всего, сестринские мероприятия проводятся без финансовых затрат – лекторы выступают без гонораров, зал предоставляет медицинская или образовательная организация, участники питаются за свой счет и это должно быть указано в настоящем разделе. Если мероприятие связано с затратами, часть которых будет покрыта за счет спонсорской поддержки, необходимо предоставить список спонсоров, их процентную долю в бюджете мероприятия и формат спонсорского пакета (т. е. указать, что спонсор получает за свой взнос – место на выставке, рекламный модуль в программе, возможность вложения материалов в пакет участника, проведение сателлитного мероприятия или что-то иное).

13. **Информация о председателе Программного комитета**. В заявке мы обязательно указываем, кто возглавляет Программный комитет мероприятия. Как правило, председателем становится руководитель региональной ассоциации, однако функции руководства можно возложить и на иное ответственное лицо. Для мероприятий общероссийского и международного уровней, как правило, оргкомитет возглавляет президент РАМС. Для оформления заявки необходимо предоставить должность, регалии и контактные данные (телефон, e-mail) Председателя.

14. **Информация о контактном лице** – специалисте, который назначен ответственным за внешние коммуникации. Именно его контакты будут указаны на Портале и к нему могут поступать вопросы от потенциальных слушателей из других регионов о возможности принять участие, продолжительности Программы, месте проведения, удобных гостиницах и т. д.

15. **Сроки предоставления информации Провайдеру**. Полный комплект информации должен быть представлен в РАМС не позднее, чем за 13 недель до начала конференции. В противном случае мы не можем гарантировать своевременную подачу материала в Комиссию, особенно с учетом роста количества аккредитованных мероприятий.

Как видите, **Описание образовательного мероприятия** отражает множество содержательных и организационных вопросов, которые предстоит решить. На первый взгляд задача подготовки аккредитованного мероприятия в соответствии со всеми требованиями выглядит непростой. Однако с приобретением опыта многие из указанных вопросов начинают решаться автоматически, давая организаторам возможность бросить все творческие силы на создание интересной и насыщенной программы, приглашение ярких спикеров и подготовку востребованных специалистами практических мастер-классов. И именно на этих вопросах мы остановимся в ближайших выпусках «Вестника».

УМО в первом Ортопедическом институте России

М.Г. Вишнева
Начальник учебно-методического отдела ФГБУ «РНИИТО ИМ. Р.Р. Вредена»

С.С. Головатюк
Зам. главного врача по работе с сестринским персоналом

И.Т. Балабанова
Старшая медсестра УМО

П.М. Михайлова
м.н.с., врач травматолог-ортопед

Вблизи Петропавловской крепости на участке, выделенном правительством города, на берегу кронверкского протока в 1906 году был освящен и открыт первый Ортопедический институт в России, построенный на средства императрицы и предназначенный для лечения пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Первым директором института был назначен Роман Романович Вреден. Многие годы он был преподавателем в Еленинском медицинском институте (бывший ГИДУВ) и ратовал за то, чтобы и врачи, и медицинские сестры постоянно повышали свою квалификацию. Это был человек энциклопедических знаний, знал несколько иностранных языков и призывал персонал осваивать языки, чтобы иметь возможность читать медицинскую литературу в подлиннике.

Р.Р. Вреден стал родоначальником развития оперативной ортопедии, им разработаны многие операции на суставах, придуманы хирургические инструменты, помогающие проведению операций на опорно-двигательном аппарате как взрослых, так и детей.

В 2016 году здесь начал активную работу учебно-методический отдел, реализующий программы повышения квалификации, аккредитованные в системе непрерывного медицинского образования (НМО). Всего в отделе существует 73 программы, в числе которых несколько практических курсов для обучения медицинских сестер:

1. современные аспекты сестринского операционного дела при операциях микрохирургии кисти;
2. современные аспекты операционного дела при эндоскопических операциях на суставах;
3. современные аспекты сестринского операционного дела при операциях эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов.

Операционные сестры – члены РАМС – участвуют в программах повышения квалификации. Ежегодно обучение проходят более 150 специалистов из разных российских регионов, получая возможность повысить квалификацию, познакомиться с высокотехнологичными операциями на суставах и позвоночнике. Медсестры института занимаются с обучающимися при освоении этих операций: разбирают и собирают наборы инструментов, знакомят с правилами обработки и стерилизации деликатных инструментов и наборов, обучают обработке в новых стерилизующих аппаратах (Стеррад-100). Сестры, приезжающие на 1–2 недели, участвуют в операциях в качестве 2-й операционной сестры, что очень помогает усвоить новый материал.

Параллельно специалисты знакомятся с деятельностью РАМС, приобретают методическую литературу по специальности, которая помогает в дальнейшей работе.

Всю эту работу курирует старшая медицинская сестра УМО – И.Т. Балабанова.

Основная цель последипломного образования – подготовка специалистов, обладающих современными научными знаниями и умениями, организаторскими способностями, умением решать как стандартные, так и нестандартные задачи в постоянно изменяющихся условиях внешней среды. Понятно, что лишь традиционного повышения квалификации 1 раз в 5 лет для этого недостаточно. Огромную роль в развитии последипломного образования средних медицинских работников и в решении стоящих перед ними задач играет организация учебно-методического центра на базе учреждения здравоохранения. Целью работы и создания УМО являлось оказание методической помощи в подготовке и проведении циклов повышения квалификации среднего медицинского персонала.

За прошедшие годы большое внимание уделялось профилактике профессиональных рисков. Сотрудниками УМО проведено анкетирование по теме «Безопасная среда», результаты которого рассмотрены на Совете старших медицинских сестер. Состоялось несколько семинаров по профилактике профессиональных заболеваний. Все руководители сестринской службы института единодушно отмечают большое влияние на повышение квалификации специалистов.

УМО ведет большую работу среди специалистов, призывая их к постоянному обучению и применению своих знаний в работе со студентами медицинских училищ и колледжей. В этом огромную помощь оказывает заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом С.С. Головатюк. Благодаря ей многие студенты, проходящие медицинскую практику в стенах нашего института, приходят к нам на работу после окончания обучения.

Время требует от нас внимательного и бережного отношения к кадрам, как к молодым, так и заслуженным сотрудникам. Традиции нашего института живут и будут жить еще долгие годы на благо нашего населения и сотрудников института имени Романа Романовича Вредена.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ FAST TRACK В УСЛОВИЯХ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО УРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Попов С.В.
Главный врач СПб ГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки», Городской центр эндоскопической урологии и новых технологий, д-р мед. наук

Ерш Н.В.
Старшая медицинская сестра 2-го урологического отделения

Умарбекова С.У.
Старшая операционная медицинская сестра 2 урологического отделения

Лапароскопические и эндоскопические операции стали повседневной реальностью в работе урологических отделений. Применение минимально инвазивных способов хирургического лечения привело к уменьшению сроков госпитализации, скорому восстановлению после вмешательства, быстрому восстановлению работоспособности. Оптимизация ведения пациентов привела к появлению тактики fast track хирургии («быстрый путь в хирургии», ускорение различных этапов лечебного процесса) и ERAS (early rehabilitation after surgery – ранняя реабилитация после операции).

Возникновение термина fast track связывают с именем датского анестезиолога H. Kehlet. Изучение патофизиологических механизмов на дооперационном, интраоперационном, послеоперационном этапе позволило создать мультимодальную систему ведения пациента в рамках хирургического отделения. Наибольшее количество наблюдений в рамках стратегии fast track накоплено в хирургических проктологических клиниках, специализирующихся на лапароскопических операциях. Данная программа, показав свою эффективность в абдоминальной хирургии, нашла свое применение и в других областях – урологии, гинекологии. В урологии больше всего наблюдений посвящено простатэктомии, цистэктомии. Внедрение принципов и протоколов fast track и ERAS затруднено в связи с недостаточной информированностью медицинского персонала, отсутствием подготовки к командному, мультимодальному ведению пациентов, прочными стереотипами и организационно-правовыми сложностями.

Принципы fast track условно разделены на дооперационный, интраоперационный и послеоперационный этапы.

Дооперационный этап.

1. Обучение пациента – беседа с пациентом, объяснение и детальная информация о предстоящих медицинских процедурах, вмешательствах, послеоперационном периоде, преимуществах программы fast track;
2. Возможность питания до операции. Чем дольше период голодания, тем ниже кислотность желудочного сока, что увеличивает риск аспирации;
3. Отсутствие механической подготовки кишечника.

Интраоперационный этап.

1. Введение в практику короткодействующих анестетиков и широкое применение регионарной и спинальной анестезии, что позволяет сократить продолжительность восстановительного периода и сроков госпитализации;
2. Применение минимально инвазивных способов хирургических вмешательств – лапароскопическая и эндоскопическая хирургия;
3. Минимизация использования дренажей и зондов в послеоперационном периоде. Различные варианты протоколов ERAS рекомендуют как можно более раннее удаление дренажей;
4. Предупреждение интраоперационной гиповолемии;
5. Обеспечение интраоперационной нормотермии.

Послеоперационная тактика.

1. Эффективное купирование боли;
2. Ранняя пероральная гидратация;
3. Раннее восстановление энтерального питания (через 6 ч после операции);
4. Ускоренная мобилизация.

Роль медсестры в отделении урологии.

Информацию о предстоящем вмешательстве предоставляет лечащий врач и медсестра. Это позволяет с разных позиций рассказать пациенту о предоперационной подготовке, интраоперационных особенностях, послеоперационном плане ведения пациента. Для пациента такая возможность получить информацию будет являться фактором доверия и сопричастности к лечебному процессу, что, безусловно, сказывается на результатах лечения.

Важным фактором в подготовке является прегидратация. Медсестра инструктирует пациента о необходимости выпить до 400 мл жидкости. Пациенту рекомендовано применение 150 мл декстрозы (глюкозы) за 2 ч до операции, что уменьшит чувства голода, жажды, утомления и в целом стрессовой реакции. Выброс эндогенных опиоидов помогает снизить потребность анестетиков в ходе операции.

Реабилитационные мероприятия начинаются непосредственно после окончания вмешательства. Беседа с пациентом, уточнение его состояния, жалоб, наличие дискомфорта может устранить беспокойство и чувство страха, вселить уверенность в хорошем исходе лечения. Постоянный контакт с медсестрами отвлечет от тягостных мыслей о беспомощном состоянии, вернет жизненный тонус и энергию, даст силы к выздоровлению. Во время беседы и после нее медсестра фиксирует общее состояние пациента, показатели гемодинамики, оценивает дыхательную функцию, контролирует количество выпиваемой жидкости, диурез, температуру тела, состояние операционной раны. Информация помогает не только пациенту, но и родст-

венникам, что добавляет психологического комфорта и снимает стрессовое состояние.

Медсестра обучает пациента максимально самостоятельно обслуживать себя, проводит массаж спины, конечностей. Медсестра обучает упражнениям лечебной физкультуры. Первый цикл дыхательных упражнений необходимо провести в первые сутки. В дальнейшем пациент выполняет упражнения сам. Гиподинамия влечет за собой потерю мышечной массы, ухудшает дыхательную функцию, способствует тромбообразованию.

При общении с пациентом медсестра выясняет наличие болей, нарушение деятельности кишечника. Употребление воды необходимо начать в первые часы после операции (первые 6 часов). Больным рекомендуется постепенно расширять диету по мере активизации работы кишечника, появления стула. Подготовленная медсестра рекомендует употреблять в пищу богатые белком и витаминами продукты. Медикаментозная терапия целесообразна лишь при возникновении патологических синдромов и выраженных расстройствах функций органов пищеварения.

Чувствительным моментом для пациентов урологического отделения является необходимость установки уретрального катетера. Опыт медсестры при манипуляциях с катетером, ее тактичность, умение объяснить происходящее помогает перенести столь неприятные процедуры.

Своевременная и тактически правильная медицинская реабилитация значительно сокращает сроки временной нетрудоспособности, снижает инвалидизацию, сокращает число больных с послеоперационными патологическими синдромами.

Сестринский процесс играет важную роль в уходе за урологическими пациентами. Он помогает медсестре понять важность и значимость её деятельности. От того, какие отношения сложились между медсестрой и пациентом, от их взаимопонимания, нередко зависит исход заболевания. Составление индивидуального плана ухода даёт возможность очень внимательно и скрупулёзно подойти к решению проблем пациента.

Чтобы добиться реального прогресса в сестринском деле, необходимо обращать внимание на то, как пациенты реагируют на уход; важно также совершенствовать технологии ухода и применять новые.

Необходимо контролировать эффективность проводимых мероприятий и определять, были ли достигнуты ожидаемые результаты. В этом плане важна реакция пациента на сестринский уход, его оценка качества оказанной помощи, полученных результатов.

Перечисленные этапы стратегии fast track применяются в Городском центре эндоскопической хирургии с 2016 года. Врачами центра проводились индивидуальные и коллективные тренинги сестринского персонала по методикам ускоренного восстановления пациентов после хирургических вмешательств.

Внедрение алгоритмов позволило сократить сроки госпитализации. Пациенты после неосложненной перкутанной нефролитотрипсии, контактной уретеролитотрипсии, трансуретральной резекции стенки мочевого пузыря, трансуретральной резекции простаты, лапароскопической резекции кисты почки выписываются из стационара на вторые сутки. Пациенты после простатэктомии, лапароскопической резекции почки, лапароскопической нефрэктомии выписываются на третьи сутки.

Применение стандартов fast track позволило в значительной мере сократить лекарственную нагрузку на больных. Пациенты в послеоперационном периоде не получают внутривенные инфузии, в большинстве случаев не применяют антибактериальные препараты.

Перечисленные выше мероприятия, проводимые медицинскими сестрами в рамках fast track в урологии, требуют высокой квалификации и постоянного совершенствования знаний и навыков. Наличие специализированных курсов по ERAS и fast track в урологии для медсестер является необходимым залогом успеха в командной работе на благо пациентов.

23 февраля – День защитника Отечества

Есть такая профессия – Родину защищать…

Для настоящего мужчины эти слова значат многое. Одни посвящают жизнь делу военному, другие – делу спасения раненых, испытывающих боль и страдание. Без вашей крепкой руки и надежного плеча, без решимости и воли, без твердости духа и непоколебимости немногие могли бы сохранять жизнь и здоровье, оставаться в строю, чтобы и дальше творить и созидать.

Вы готовы преодолевать пешком десятки километров, чтобы добраться до самых дальних поселений, где нуждаются в вашей помощи, вы готовы преодолевать любые бытовые трудности и неудобства из любви к профессии и людям, вы готовы и в полном смысле слова служите своей профессии и своей Родине!

Дорогие мужчины, наши замечательные и уважаемые коллеги! Примите самые искренние и теплые поздравления с праздником! Искренне благодарим вас за то, что вы всегда рядом, всегда на передовой! Пусть ваш оптимизм, энергия, целеустремленность никогда не иссякнут! Счастья вам, крепкого здоровья, теплого семейного очага!

РАБОТАТЬ НА ОПЕРЕЖЕНИЕ, РАЗВИВАТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА И БЕРЕЧЬ ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИН

КЛЮЧЕВЫЕ ЗАДАЧИ, ПОСТАВЛЕННЫЕ ПЕРЕД РУКОВОДИТЕЛЯМИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ХОДЕ 68-Й СЕССИИ ЕРБ ВОЗ

Серебренникова Н.В.
Директор по международному сотрудничеству, РАМС,
канд. полит. наук

68-я сессия Регионального комитета ВОЗ состоялась еще в сентябре, но насыщенная событиями осень не позволяла охватить необъятное, тем более что для осознания политически значимых событий требуется время. А сессии Регионального комитета – это не только политически, но и стратегически значимые встречи на уровне министров здравоохранения, на которых можно в полной мере ощутить, чем живет здравоохранение Европейского региона ВОЗ, какие вызовы преодолевают страны, какие рекомендации выносят на всеобщее обсуждение.

Медицинские сестры получили возможность участия в таких совещаниях сравнительно недавно и благодаря работе европейской организации – Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций. Делегацию Форума представляла председатель – Валентина Саркисова (Россия) и член правления Форума – Вибеке Вест (Дания). Забегая вперед, отметим, что именно в ходе этой сессии право участия Форума в совещаниях высокого уровня было закреплено на предстоящие годы, что стало результатом аккредитации организации в качестве партнера Европейского регионального бюро ВОЗ.

Надо сказать, что решение это является более чем своевременным, поскольку сестринский и акушерский персонал – это ответ на многочисленные вызовы и задачи, которые ВОЗ ставит перед государствами-членами.

Итак, делегации министерств здравоохранения из 53 стран европейского региона, а также лидеры неправительственных организаций встретились в Риме. Председателем совещания стала д-р Жужанна Якоб, региональный директор, а открытие мероприятия прошло с участием Генерального директора ВОЗ, д-ра Тедроса и Ее Королевского Высочества кронпринцессы Дании.

Совещание проходило в течение нескольких дней. За это время были озвучены отчеты, рассмотрена статистика заболеваемости в регионе, а отдельные темы были изучены более детально.

«Опережающее» развитие систем здравоохранения

В их числе оказались вопросы «опережающего» или «форсированного» развития систем здравоохранения для преодоления бремени неинфекционных заболеваний. По итогам работы специальных групп и комиссий ВОЗ удалось выработать рекомендации, касающиеся организации и финансирования помощи, лекарственного обеспечения и, что важно для нас, кадрового обеспечения. Сразу несколько публикаций, доступных участникам совещаний, касались расширения полномочий сестринского персонала, результатов оценки качества, безопасности, эффективности такой работы медицин-

ских сестер. Более того, участникам были представлены успешные страновые примеры расширения роли медицинской сестры и открывающиеся в этой связи перспективы по выполнению глобальных целей устойчивого развития – всеобщего охвата населения услугами здравоохранения.

Для Ассоциации медицинских сестер России вопрос расширения роли сестринского персонала носит принципиальный характер. Мы уверены, что это единственно верный, необходимый обществу, востребованный в условиях нехватки ресурсов путь развития профессии. Мы скрупулёзно собираем такие примеры, которых, увы, не так много в нашей стране, а за ее пределами такие примеры давно превратились в стандартную практику и стали неотъемлемой частью функционального наполнения роли сестринского персонала. Поэтому политический контекст министерской встречи так значим для нас – сегодня уже не только мы, но и руководители здравоохранения стран европейского региона, ведущие эксперты в области планирования кадров, борьбы с неинфекционными заболеваниями говорят о медицинских сестрах, как о ключевой силе в преодолении бремени заболеваний, приводят конкретные примеры, делают ставку на повышение роли медицинской сестры и развитие системы образования, рассматривают укрепление кадрового потенциала медицинских сестер и акушерок в контексте «опережающего» развития систем здравоохранения.

Охрана здоровья и программы иммунизации

Роль медицинской сестры очевидна практически во всех направлениях оказания медицинской помощи. Сохранение здоровья, иммунизация и вакцинопрофилактика, которые также стали предметом дискуссии Регионального комитета – не являются исключением.

Некогда европейский регион был в лидерах по охвату населения вакцинацией, многие заболевания ушли в далекое прошлое и были забыты…, десятилетия спокойствия и благополучия, к сожалению, сыграли злую шутку. Об опасности такой болезни, как корь, забыли и медицинские работники, и пациенты. Тем временем, по многим европейским странам прокатилась волна заболеваемости, и многие оказались к ней не готовы. Выступая на совещании, представители стран-членов в один голос говорили, как о важности обеспечения вакцинами, так и о необходимости преодоления деструктивной деятельности антипрививочных групп и кампаний, о поддержке медицинских работников современными знаниями и подготовленными материалами по вакцинации. Представляя голос сестринского персонала, мы внесли предложения от лица неправительственных организаций, обращая внимание европейских лидеров на важнейшую роль сестринского и акушерского персонала в работе с населением и пациентами.

Буквально перед выходом настоящего выпуска Вестника стало известно о вспышке кори в Санкт-Петербурге. Настораживающей ситуация была уже в 2018 году, когда было зафиксировано 54 случая кори (годом ранее заболели 3 человека). За первый месяц 2019 года зафиксировано 8 заболевших, но в зоне риска оказалась очень большая группа лиц. Настороженность по кори низкая, диагноз заболевшим был поставлен не сразу. По данным Роспотребнадзора заболеванию подвержены дети и взрослые, не прошедшие вакцинацию.

Системный подход к задаче сохранения здоровья

Одним из наиболее ярких моментов совещания стало обсуждение серьезного политического вопроса – укрепление систем здравоохранения. Труднодоступные термины и сложный язык документов ВОЗ удалось преодолеть с помощью замечательного видеоролика, который познакомил участников с премьер-министром Исландии, Катрин Якобсдоттир, для которой охрана здоровья населения страны стала наивысшим приоритетом.

Когда-то Катрин принимала как само собой разумеющееся, что перекусить в школе, в университете можно бутербродом или шоколадкой, и только приступив к государственной службе, задумалась над этим вопросом серьезно. Сегодня благодаря ее политике здоровое питание стало максимально доступным для взрослого и подрастающего населения Исландии, занятия спортом стали неотъемлемой частью жизни, и даже свой рабочий день г-жа Якобсдоттир начинает с пробежки, невзирая на нелегкие погодные условия.

Руководитель Форума В.А. Саркисова и Генеральный директор ВОЗ д-р Тедрос.

Политическая приверженность сохранению здоровья населения выходит далеко за пределы сектора здравоохранения. Это пищевая промышленность и торговля, это окружающая среда и строительство, это образование и культура. И каждый чиновник этой страны знает – его долг – бережное отношение к здоровью, следовательно, любой выбор материалов, технологий, решений должен быть выбором в пользу здоровья.

Мужчины как одна из наиболее уязвимых с точки зрения здоровья групп населения

Не менее примечательной стала следующая дискуссия в рамках 68-й сессии РК – здоровье и благополучие мужчин. Видеоролик, подготовленный специалистами ЕРБ ВОЗ, познакомил участников мероприятия с шотландским фермером – брутальным во всех отношениях мужчиной, который не приемлет болезни и медицинские осмотры. Но однажды случился сбой, и он сдался под натиском уговоров, отправившись на диагностическое обследование в клинику. Все обошлось, но этот эпизод стал важным жизненным уроком о том, что отношение к здоровью надо менять.

В этом замечательном герое делегаты и участники совещания узнали миллионы своих граждан – настоящих мужчин, которым никакие болезни нипочем. Дискуссия разворачивалась нестандартно – эксперты ВОЗ отметили, что статистические показатели заболеваемости и продолжительности жизни мужчин в европейских странах продолжают вызывать серьезные опасения. Лишь в ряде скандинавских стран продолжительность жизни мужчин незначительно уступает показателям у женщин, в большинстве же случаев разница составляет до 6–10 лет. Что является причиной?

Совершенно точно не генетические отличия. Но также совершенно очевидно, что мужчины чаще употребляют алкоголь и наркотические вещества, курят, водят машину на слишком высокой скорости, неправильно питаются. Проблема серьезная, но и на нее у ряда европейских стран уже есть ответ.

Так, реформы предоставления отпуска по уходу за ребенком, которые были реализованы в скандинавских странах, по всей видимости внесли вклад в продление жизни и укрепление здоровья мужчин. Получив возможность ухода за ребенком, приняв ответственность на себя, мужчины с большей степенью вероятности откажутся от имевшихся ранее вредных привычек. Уход за ребенком предполагает регулярное посещение медицинских центров, обсуждение здоровья своего ребенка со специалистами – и это позволит многим представителям сильного пола открыть новую страницу знаний и навыков, которые ранее не могли обратить на себя их внимание. Исследователям из Португалии удалось выявить факты недостаточного внимания к здоровью со стороны отцов маленьких пациентов, проходивших лечение в клинике. Однажды детей попросили прийти на следующий прием вместе с двумя родителями. Выяснилось, что отцы в подавляющем большинстве случаев либо не были осведомлены об особенностях заболевания ребенка, либо в принципе не знали о том, что ему требуется медицинская помощь.

Представители многих национальных делегаций активно комментировали озвученную информацию. Самой яркой стала реакция делегатов МЗ Турции: *«Уважаемые коллеги, ВОЗ всегда умеет преподнести нам что-нибудь интересное, но на этот раз организация превзошла все наши ожидания. На этой площадке мы привыкли обсуждать проблемы неравенства в вопросах здоровья, нехватки помощи социально уязвимым слоям населения. И что же мы видим теперь? Оказывается, нам давно пора пересмотреть свои взгляды и обратить внимание на мужчин, которые, судя по имеющимся данным, и есть самая уязвимая группа. Что ж, будем думать, но тема действительно очень интересная».*

Здоровье мигрантов и вынужденно перемещенных групп населения

Тем временем Турция стала одной из тех стран, опыт которой в оказании помощи беженцам стал показательным для всего Европейского региона. Именно здесь была реализована идея использования кадровых ресурсов из числа лиц, попавших в страну с потоками беженцев. Этот подход себя оправдал. Турецкие власти провели обучение 1800 медицинских работников Сирии, половина из которых была интегрирована в здравоохранение Турции. За прошедший год эти специалисты проконсультировали более 400 тысяч сирийских беженцев и вакцинировали более 400 тысяч детей.

Прогресс общественного здоровья в интересах устойчивого развития – такой стала тема сессии, которую руководители Европейского форума сестринских и акушерских ассоциаций выбрали в качестве ключевой для диалога с руководителями стран-членов. Это направление подразумевает реализацию больших политических мер. Д-р Якоб призвала государства-члены принять состоящий из 10 приоритетных пунктов план действий, который поможет странам в дальнейшем развитии общественного здравоохранения. Эти действия включают совершенствование кадровых ресурсов общественного здравоохранения и повышение экологической устойчивости систем здравоохранения.

В видеообращении от лица Европейского форума Валентина Антоновна Саркисова, его председатель, и Вибеке Вест, член Правления, призвали участников совещания сосредоточить внимание на программах планирования кадров, поддержке образования и на развитии законодательства, наделяющего медицинских сестер более широкими профессиональными полномочиями.

Планы на будущее

Развитие дискуссии о роли сестринского персонала на столь высоком политическом уровне не может не радовать и не вселять уверенности в будущем. Однако решительные действия со стороны министров здравоохранения требуют длительной, кропотливой подготовительной работы со стороны экспертов и специалистов. Именно такую работу сегодня осуществляет Европейский форум национальных сестринских и акушерских ассоциаций, Правление которой внесло предложения о том, чтобы в ходе следующей сессии регионального комитета ВОЗ прошла специальная сессия, отдельное мероприятие, посвященное всецело задачам укрепления роли сестринского и акушерского персонала. Отрадно, что со стороны Генерального директора ВОЗ, д-ра Тедроса, наша стратегия встречает поддержку. Состоявшийся в ходе заседания обмен мнениями позволил еще раз убедиться в том, что Генеральный директор ВОЗ не отступает от своих предвыборных обещаний и с каждым днем наращивает поддержку в адрес нашей профессии. Буквально через считаные дни после окончания Регионального комитета д-ром Тедросом было сделано заявление о том, что 2020 год Всемирная организация здравоохранения посвятит медицинской сестре!

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

ИНФОРМАЦИОННЫЙ ОБЗОР ПО ПЕРЕДОВОМУ ОПЫТУ

ПОВЫШЕНИЕ РОЛИ МЕДСЕСТЕР И АКУШЕРОК В ИРЛАНДИИ: Передовой опыт трансформации трудовых ресурсов здравоохранения для неинфекционных заболеваний в Европе

Элизабет Адамс[1], Клаудия Б. Майер[2], Джеймс Бучан[3], Люсинда Кэш-Гибсон[4]

Резюме

Обследование 32 стран Европы в 2015 году показало, что более чем две трети медсестер расширили рамки официального объема сестринской практики на уровне первичной медико-санитарной помощи. Ирландия является одной из этих стран. Она впервые ввела расширенную практику в 2001 году в качестве экономически эффективной перестройки услуг первичной медико-санитарной помощи, предназначенной для удовлетворения возросших потребностей пациентов и прочих служебных нужд. За этим в 2006 - 2007 годах последовало предоставление медсестрам и акушеркам полномочий по назначению лекарственных средств. Была проведена систематическая и всеобъемлющая работа по устранению ряда барьеров на пути прогресса, включая законодательные и регулятивные барьеры. К середине 2007 года нормативы, определяющие заболевания, по которым медсестры и акушерки могут назначать лекарственные средства, были закреплены законодательно; также была внедрена новая программа профессионального образования для поддержки этих расширенных ролей. Первая медсестра, имеющая право назначать рецептурные препараты, получила регистрацию в 2008 году. Независимые оценки продемонстрировали повышение удовлетворенности пациентов лечением и получаемой ими информацией, повышение профессиональной удовлетворенности медсестер и акушерок, и возросший консенсус среди заинтересованных сторон в лечебной практике в отношении того, что новые роли действительно привели к предоставлению эффективного, высококачественного лечения пациентам при одновременном снижении рабочей нагрузки врачей первичного звена.

Реагируя на возросшие потребности пациентов и требования к трудовым ресурсам

Во многих европейских странах учреждения первичной медико-санитарной помощи находятся под давлением в разрезе предоставления высококачественного, всеобъемлющего и ориентированного на пациента ухода. Работники первичного звена зачастую несут высокую рабочую нагрузку. Эти вызовы усугубляются ростом распространенности НИЗ, который отражает изменения социально-демографического и эпидемиологического профиля. В некоторых странах это привело к изменениям в области предоставления услуг

[1] Директор по вопросам профессионального развития, Ирландская организация медсестер и акушерок, Ирландия.
[2] Исследователь, Департамент управления здравоохранением, Технический университет Берлина, Германия.
[3] Старший советник по человеческим ресурсам здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ.
[4] Кандидат наук, Группа исследований неравенства в здравоохранении и Центр государственной политики Университета Джона Хопкинса - Университета Помпеу Фабра, Университет Помпеу Фабра, Испания

Ключевые выводы

- Медсестры и акушерки с расширенной практикой представляют собой быстро растущую группу медработников в некоторых странах, обладающих высоким потенциалом для улучшения ухода за пациентами с неинфекционными заболеваниями (НИЗ) и опытом в контексте первичной медико-санитарной помощи.
- Управление и регулирование являются критически важными политическими рычагами в расширении масштаба применения этой практики.
- Предоставление медсестрам с расширенными и углубленными ролями права назначать лекарственные средства могло бы повысить их вклад; при этом любые законодательные изменения потребуют тщательного рассмотрения.
- Систематический подход в комбинации с продолжением национальной поддержки и участием множественных заинтересованных сторон играют критическую роль для обеспечения легитимности перераспределения ролей и обязанностей в командах первичной медико-санитарной помощи для заполнения конкретных пробелов в области предоставления услуг пациентам с НИЗ.
- Для поддержки медсестер и акушерок, ведущих расширенную практику, необходимо стандартизированное профессиональное образование и подготовка.

и в составе трудовых ресурсов в попытках лучше удовлетворять растущие потребности пациентов и обеспечивать предоставление эффективного ухода.

Ситуационное обследование медсестер, выполняющих расширенные обязанности, включая медсестер расширенной практики и практикующих специалистов сестринского дела в 36 странах, включая 32 европейские страны, показало, что более двух третей стран расширили официальные полномочия в сестринской практике в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Большинство медсестер выполняли расширенные обязанности в командах, при разной степени врачебного надзора. В восьми странах, включая четыре европейских страны (Ирландия, Великобритания, Финляндия и Нидерланды), отмечалось значительное перераспределение задач, в рамках которого медсестры с расширенными полномочиями были уполномочены работать на более высоких уровнях практики *(1)*. Следующий раздел описывает опыт Ирландии.

История развития расширенных и углубленных ролей медсестер и акушерок и включения в них полномочий по назначению лекарственного лечения в Ирландии

2001	Смена конфигурации модели предоставления услуг	• Экономически эффективная перестройка услуг первичной дико-санитарной помощи, предназначенная для расширения ролей медсестер и акушерок.
2006	Расширение полномочий Законодательство	• Наделение медсестер и акушерок полномочиями по назначению лекарственных средств. • Поправки в *Ирландский закон 2006 года о совете по лекарственным средствам (разные положения)*, позволяющие введение независимого назначения лекарственных средств медсестрами и акушерками.
2007	Нормативная база Образование Обучение Легитимность	• Закрепление в законодательстве новых профессиональных нормативов, определяющих условия для назначения лекарственных средств медсестрами и акушерками. • В поддержку расширенных ролей внедрена новая шестимесячная программа профессионального образования с получением Сертификата в области сестринского дела (*Назначение лекарственных средств медсестрами и акушерками*).
2008	Национальная руководящая структура	• Зарегистрирована первая медсестра, имеющая право назначать лекарственные средства. • Опубликовано Национальное рамочное руководство для назначения лекарственных средств медсестрами и акушерками.
2017	Стандарты и требования	• Департамент здравоохранения, Офис главной медицинской сестры, опубликовал консультационный документ «Разработка политики по дипломной, специализированной и расширенной сестринской и акушерской практике. • Ирландский совет по сестринскому и акушерскому делу опубликовал *«Стандарты и требования по расширенной сестринской практике»*.

Медсестры и акушерки с расширенными ролями: назначение лекарственных средств

В Ирландии основными движущими факторами развития расширенной практики были социально-демографические изменения (к примеру, старение населения), требование перестройки услуг для пациентов в целях предоставления более специализированных услуг (к примеру, для пациентов с диабетом, астмой, онкологическими заболеваниями), соотношение цена-качество и усиленный акцент на услуги на уровне сообществ.

Расширение сестринской и акушерской практики в Ирландии было достигнуто за счет предоставления им полномочий по назначению лекарственных средств. Это было достигнуто с использованием двунаправленного подхода: за счет поправок в *Ирландский закон 2006 года о совете по лекарственным средствам (разные положения)*, предусматривающих введение назначения лекарственных средств независимыми медсестрами и акушерками, и путем внедрения новых профессиональных нормативов. Для назначения лекарственных средств необязательно быть специалистом расширенной практики: 894 медсестер и акушерок прошли регистрацию для назначения лекарственных средств в апреле 2016 г. *(2)*.

В 2007 была запущена шестимесячная программа обучения с получением Сертификата в области сестринского дела (*Назначение лекарственных средств медсестрами и акушерками*), финансируемая Директором службы здравоохранения, для поддержки медсестер и акушерок в их новой, расширенной роли. Департамент здравоохранения основал национальную руководящую группу для консультирования по вопросам нормативов и для надзора реализации новых ролей в области назначения лекарственных средств на национальном уровне. В декабре 2008 года было опубликовано национальное *Рамочное руководство для назначения лекарственных средств медсестрами и акушерками* для обеспечения систематического и согласованного руководства в этой области.

Медсестры и акушерки, прошедшие регистрацию в Ирландском совете по сестринской и акушерской практике, и окончившие после регистрации одобренную шестимесячную образовательную программу, став «Зарегистрированной медсестрой, уполномоченной назначать лекарственные средства», при получении полномочий от своего поставщика услуг здравоохранения могут назначать определенный спектр лекарственных средств в пределах своей практики.

В марте 2017 года Департамент здравоохранения, Офис главной медицинской сестры, опубликовал консультационный документ *«Разработка политики по дипломной, специализированной и расширенной сестринской и акушерской практике»* для обеспечения наличия критической массы сотрудников в этих расширенных ролях, более эффективного их использования и изменения их образования в целях удовлетворения меняющейся демографии, растущих потребностей и экономических ограничений. Ирландский совет по сестринской и акушерской практике также недавно опубликовал *«Стандарты и требования расширенной сестринской практики» (3)*, которые устанавливают критерии для регистрации, и требования к компетенции на этом уровне.

Расширенная сестринская практика определяется как направление карьерного развития для зарегистрированных медсестер, приверженных непрерывному развитию и клиническому надзору, для ведения практики на более высоком уровне способностей в качестве независимых, автономных практикующих экспертов. На настоящий момент, 193 медсестры, ведущие расширенную сестринскую практику в 53 специальностях, и восемь акушерок, ведущих расширенную акушерскую практику в шести специальностях, прошли регистрацию в Ирландском совете по сестринской и акушерской практике.

Воздействие

Несмотря на то, что общее количество медсестер и акушерок, осуществляющих расширенную практику, остается низким, он быстро возросло. К примеру, в период с 2010 по 2014 год совокупные годовые темпы прироста количества практикующих медсестер составили 13.3%, что в пять раз выше, чем у врачей *(4)*.

Первая зарегистрированная медсестра, имеющая право назначать лекарственные средства, в Ирландии, начала работу в 2008 году. В настоящее время многие медсестры и акушерки прошли регистрацию в этой новой роли в широком спектре клинических областей, включая неотложную помощь и услуги на уровне сообщества. Осуществляется дальнейшее расширение этих ролей.

По результатам независимых оценок, расширение ролей медсестер привело к более эффективному клиническому лидерству, улучшению преемственности ухода за пациентами или клиентами, и своевременному направлению пациентов к соответствующим специалистам. Оценка также указывает на снижение уровня госпитализации, снижение рабочей нагрузки врачей, повышение использования доказательных оценок и вмешательств мультидисциплинарными командами, сокращение времени ожидания, повышение удовлетворенности семей и лиц, осуществляющих уход, получаемой ими информацией, и улучшение мотивации других медработников повышать их профессиональные знания и навыки *(5)*.

Оценки практики показали, что в общем расширение ролей медсестер и акушерок и включение в них полномочий назначать лекарственные средства имело положительный эффект, особенно в отношении удовлетворенности пациентов лечением, и в отношении профессионального развития и удовлетворенности медсестер и акушерок. Среди заинтересованных сторон в области клинической практики существует консенсус о том, что медсестры и акушерки в этих новых расширенных ролях могут предоставлять высококачественные услуги пациентам при некотором снижении рабочей нагрузки врачей первичного звена. Введение назначения лекарственных средств медсестрами не привело к возникновению мнения среди врачей о том, что эти новые роли «вторгаются» на их территорию - похоже, враче скорее ценят и уважают вклад этих новых ролей в лечение пациентов *(6)*.

Влияние расширенной практики медсестер и акушерок

ВЫРОСЛО

- **Преемственность лечения пациентов**
- **Своевременное направление к соответствующим специалистам**
- **Удовлетворенность пациентов лечением**
- **Эффективное клиническое лидерство**
- **Мотивация других медработников повышать свои профессиональные знания и навыки**
- **Профессиональное развитие и удовлетворенность медсестер и акушерок**

СОКРАТИЛОСЬ

- **Уровни госпитализации и повторной госпитализации**
- **Рабочая нагрузка врачей**
- **Время ожидания**
- **Расходы на ранее вмешательство**
- **Несоблюдение планов лечения**
- **Избыточное назначение лекарственных средств**

Извлеченные уроки

- **Изменения законодательства, решение вопросов образования и управления, регистрационные требования, последствия для клинической практики и общественное восприятие -** вот лишь некоторые из аспектов, которые необходимо учитывать и решать для расширения ролей медсестер и акушерок и включения в них назначения лекарственных средств.
- **Для обеспечения легитимности расширенных ролей медсестер и акушерок необходим стандартизированный, систематический подход к поставщикам услуг здравоохранения, непрерывная поддержка на национальном уровне и участие множества заинтересованных сторон.** В Ирландии национальная поддержка предоставлялась Офисом директора по сестринской и акушерской практике Директора ирландской службы здравоохранения, который руководил подходом на основании вовлечения множества заинтересованных сторон.
- **Медсестры и акушерки, выполняющие расширенные роли, и зачастую обладающие полномочиями назначать лекарственные средства, могут повысить эффективность лечения пациентов с НИЗ и сопутствующими заболеваниями за счет предоставления более своевременного доступа к услугам и ориентированному на пациента лечению, и могут также смягчить рабочую нагрузку врачей, не подрывая при этом безопасность пациентов.** Многие страны уже внедрили или изучают возможность внедрения расширенных ролей для медсестер на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Справочные материалы

1. Майер К.Б., Айкен Л.Х. Перераспределение задач от врачей к медсестрам на уровне первичной медико-санитарной помощи в 39 странах: сравнительное исследование стран. Европейский журнал общественного здравоохранения 2016;26:927-934.
2. Ирландские зарегистрированные медсестры и акушерки с правом назначения лекарственных средств предоставляют инновационные услуги пациентам. Пресс-релиз. Дублин: Health Service Executive; 2016 (https://www.hse.ie/eng/services/news/media/pressrel/newsarchive/16archive/Apr-16/nurseprescribingconference.html, просмотрено 5 декабря 2017 г.).
3. Стандарты и требования расширенной сестринской практики. Дублин: Ирландский совет по сестринскому и акушерскому делу; 2017 (https://www.nmbi.ie/NMBI/media/NMBI/Advanced-Practice-Nursing-Standards-and-Requirements-2017.pdf?ext=.pdf, просмотрено 5 декабря 2017 г.).
4. Майер К.Б., Барнз Х., Айкен Л.Х., Буссе Р. Описательный сравнительный анализ трудовых ресурсов в области сестринского дела в шести странах: размер, рост и потенциал замены врачебного персонала. BMJ Open. 2016;6:e011901.
5. Бегли К., Мерфи К., Хиггинс А., Эллиот Н., Лалор Дж., Ширин Ф. и др. Оценка ролей клинических медсестер и акушерок, и медсестер и акушерок с расширенной практикой в Ирландии (SCAPE). Дублин: Национальный совет по профессиональному развитию в области сестринского дела и акушерства; 2010.
6. Койн И., Комиски К.М., Лалор Дж.Г., Хиггинс А., Эллиот Н., Бегли К. Исследование клинической практики в учреждениях Ирландии с клиническими медсестрами и акушерками или медсестрами с расширенной практикой, и без них. BMC Health Serv Res. 2016;16:1.

Свяжитесь с нами

Этот краткий аналитический обзор является частью нашей рабочей программы по усилению реагирования системы здравоохранения на ситуацию с неинфекционными заболеваниями. Прочую информацию можно найти на нашем сайте

http://www.euro.who.int/en/health-systemsresponse-to-NCDs

© Всемирная организация здравоохранения 2018 г.

Специфическая профилактика туберкулеза

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Охрименко Светлана Александровна
Заведующая детским амбулаторным отделением ОГАУЗ «Томский фтизиопульмонологический медицинский центр»

Ильиных Наталья Валерьевна
Старшая медицинская сестра детского амбулаторного отделения

По данным ВОЗ около трети населения планеты инфицировано микобактерией туберкулеза. В мире ежегодно заболевает туберкулезом более 10 млн человек, из них: более 1 млн – дети. Туберкулез по-прежнему входит в число 10 основных причин смерти в мире. В 2017 году от туберкулеза умерло 1,6 млн человек. По оценке ВОЗ, Россия продолжает входить в число стран с высоким бременем туберкулеза, поэтому так важен контроль и настороженность не только медицинских работников, но и самих граждан. Сегодня в связи с введением обязательной вакцинопрофилактики и наличием ряда эффективных противотуберкулезных химиопрепаратов люди способны контролировать туберкулёз.

В мае 2014 года Всемирная ассамблея здравоохранения, ежегодно созываемая ВОЗ во Дворце Наций в Женеве, приняла резолюцию, в которой полностью одобрила новую Глобальную стратегию по туберкулезу на период после 2015 года.

Эта стратегия направлена на ликвидацию глобальной эпидемии ТБ, а целями являются снижение смертности от ТБ на 95 % и уменьшение числа новых случаев заболевания на 90 % за период с 2015 по 2035 год. Наряду с ранней диагностикой и лечением туберкулеза одним из компонентов Глобальной стратегии является профилактика заболевания, которая включает в себя вакцинацию против туберкулеза.

Вакцинация против туберкулеза включена в расширенную программу иммунизации; она предусмотрена календарями прививок более 200 стран (157 стран осуществляют ее в первые дни после рождения ребенка). Обязательной имммунизация является в 64 странах мира, в том числе в России, и официально рекомендована в 118 странах.

Переход к селективной вакцинации от массовой согласно рекомендации ВОЗ возможен, если:

- Среднегодовой показатель случаев легочного туберкулеза с «МБТ+» мазком мокроты ниже 5 на 100 тысяч населения;
- В течение предыдущих 5 лет ежегодно регистрация туберкулезного менингита среди детей в возрасте до 5 лет ниже 1 на 10 млн детей соответствующего возраста;
- Ежегодно риск инфицирования туберкулезом ниже 0,1 %.

По данным Томской области в 2017 году среднегодовой показатель случаев легочного туберкулеза с «МБТ+» мазком мокроты составил 18,3 на 100 тыс. населения, а риск инфицирования туберкулезом равен 1,5 %. С 2009 года и по настоящее время на территории области не зарегистрировано случаев туберкулезного менингита среди детей в возрасте до 5 лет. Учитывая данные показатели, говорить о переходе к селективной вакцинации против туберкулеза несвоевременно.

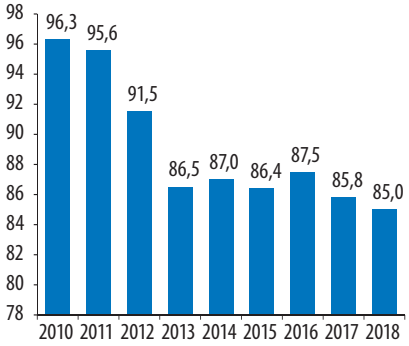


Рис. 1. Доля новорожденных, привитых против туберкулеза в родильных домах г. Томска (%)

Вакцина БЦЖ – единственная существующая в настоящее время вакцина против туберкулеза. В России массовая вакцинация против туберкулеза новорожденных проводится двумя препаратами – вакцинами БЦЖ и БЦЖ-М. Вакцина БЦЖ-М, разработанная с целью щадящей первичной иммунизации, с 2008 года стала применяться для вакцинации всех новорожденных в территориях с заболеваемостью туберкулезом 80 на 100 тыс. и ниже. Вакцинация обеспечивает защиту детей и подростков от осложненных форм туберкулеза, в том числе от туберкулезного менингита, приводящих к летальному исходу.

Ежегодно в России отмечается тенденция к снижению охвата новорожденных детей вакцинацией против туберкулеза в родильных домах. Эта проблема не обошла стороной и нашу территорию. Так, в Томской области в динамике наблюдения с 2010 по 2018 год данный показатель уменьшился на 11,3 % (рис. 1).

При анализе данной ситуации за последние 4 года оказалось, что большая доля новорожденных детей не привита по причине медицинских противопоказаний (табл. 1).

Таблица 1

Структура причин непривитости новорожденных в родильных домах (%)

Год	Медицинские противопоказания	Отказы от вакцинации
2015	60,4	39,6
2016	67,6	32,4
2017	61,8	38,2
2018	61,8	38,2

Среди медицинских противопоказаний за последние три года лидирующую позицию сохраняют недоношенные дети с массой тела при рождении менее 2000 г, (2016 год – 32,0 %, 2017 год – 32,9 %, 2018 год – 29,2 %). На второе место переместились дети, рожденные с ВИЧ-инфекцией, а также новорожденные, имеющие перинатальный контакт с ВИЧ-инфицированными матерями (2016 год – 8,1 %, 2017 год – 10,8 %, 2018 год – 13,3 %).

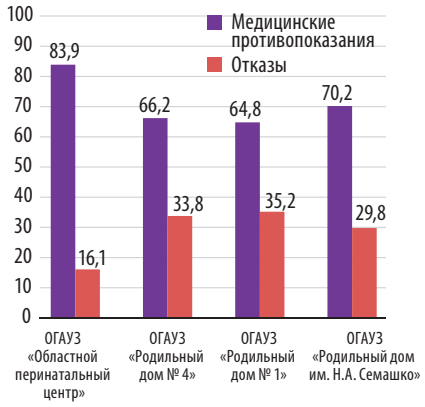


Рис. 2. Доля медицинских противопоказаний и отказов родителей от вакцинации Томской области в медицинских организациях г. Томска за 2018 год (%)

В разных учреждениях города соотношения медицинских противопоказаний и отказов от вакцинации различные (рис. 2).

Самый высокий уровень медицинских противопоказаний приходится на ОГАУЗ «Областной перинатальный центр» (83,9 %), что связано со спецификой учреждения: туда поступают беременные женщины со средней и высокой степенью риска, в том числе и с преждевременными родами на сроке гестации 22–31,6 недель, не только жительницы города Томска, но и всей области.

Детям, не привитым в условиях родильного дома, после исключения противопоказаний и согласия родителей, вакцинация против туберкулеза проводится в условиях детской поликлиники. Участковая служба проводит активную работу по специфической профилактике туберкулеза. С 2010 года отмечается рост доли детей доприививых в детских консультациях (табл. 2).

Таблица 2

Охват детей в возрасте от 0 до 12 месяцев вакцинацией против туберкулеза в Томской области (%)

Год	В родильном доме	В детской консультации	Всего
2010	96,3	1,4	97,7
2011	95,6	2,0	97,6
2012	91,5	5,9	97,4
2013	86,5	9,1	95,1
2014	97,0	8,5	95,5
2015	86,4	9,6	96,0
2016	87,5	7,0	94,5
2017	85,8	9,4	95,2
2018	85,0	11,2	96,2

Анализ структуры причин непривитости против туберкулеза детей в возрасте от 0 до 12 месяцев показал, что в динамике с 2015 года идет снижение доли детей, не привитых по причине медицинских противопоказаний и, соответственно, увеличение доли по причине отказов родителей от вакцинации (табл. 3).

Таблица 3

Структура причин непривитости детей (0–12 мес.) в детских консультациях (%)

Год	Медицинские противопоказания	Отказы от вакцинации
2015	60,0	40,0
2016	52,5	47,5
2017	52,2	47,8
2018	44,2	54,6

Среди медицинских противопоказаний за последние три года первое место занимает группа недоношенных детей (2016 год – 39,5 %, 2017 год – 37,2 %, 2018 год – 35,5 %), на втором месте по-прежнему дети, рожденные с ВИЧ-инфекцией, а также новорожденные, имеющие перинатальный контакт с ВИЧ-инфицированными матерями (2016 год – 12,6 %, 2017 год – 19,2 %, 2018 год – 26,6 %).

У медицинских работников еще есть «резервы» для повышения охвата вакцинацией против туберкулеза новорожденных детей. И одна из ведущих ролей, конечно же, принадлежит медицинским сестрам. Медицинская сестра – это специалист, способный самостоятельно выполнять круг определенных обязанностей на высоком профессиональном уровне. Формирование положительной позиции родителей к профилактическим прививкам начинается еще до рождения ребенка

МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА МОЖЕТ УСПЕШНО СПРАВИТЬСЯ С ИНФОРМИРОВАНИЕМ ЖЕНЩИНЫ О ЗНАЧИМОСТИ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ И ПОМОЧЬ СНИЖЕНИЮ ОТКАЗОВ ОТ ПРИВИВОК!

Вклад медицинских сестер в реализацию программ иммунизации в Томской области подтвержден фактическими данными. Напомним читателям о замечательном проекте, реализованном старшей медицинской сестрой ОГАУЗ «Областной перинатальный центр» Натальей Саульской.

Организовав анкетирование будущих матерей о вакцинации, ей удалось установить, что все пациентки осведомлены о прививках, знают, почему их нужно делать, но 25 % не осознают всю серьезность, ответственность и риски отказа от вакцинации. Родители не понимают, насколько своим решением об отказе от прививок они подвергают риску своего ребенка и других детей, с которыми он будет контактировать.

Результатом проекта стало введение в практику работы сестринского персонала обязательных бесед с будущими мамами до рождения ребенка и после. В случае сомнений со стороны женщины, медицинская сестра предоставляет более подробную информацию. Действия специалистов оказались успешными. Анкетирование, проведенное по прошествии года, показало отличную динамику, – количество женщин, сомневающихся в необходимости вакцинации, сократилось до 5 %. Подобные результаты еще раз подтверждают высочайшую миссию медицинской сестры в охране здоровья самых маленьких пациентов!

и продолжается весь период его наблюдения в детской консультации. Именно на этом этапе в период дородового патронажа и начинается работа медицинской сестры с будущими родителями, которым даются рекомендации по профилактике инфекционных заболеваний, в том числе туберкулеза.

Дальнейшая работа проводится непосредственно в родильном доме перед проведением вакцинации – это не только правильная техника постановки вакцины, но и грамотная разъяснительная работа с матерями о необходимости проведения вакцинации против туберкулеза.

На следующем этапе на первый план выходит роль участковой медицинской сестры детской поликлиники, где начиная с патронажа новорожденного специалист рассказывает о важности профилактики инфекционных заболеваний у ребенка.

К сожалению, причиной роста доли «отказников» является не только формирование отрицательной позиции родителей к профилактическим прививкам, благодаря некомпетентной трактовке информации по вакцинации в СМИ, интернет-порталах, но и недостаточная активность самих медицинских работников по привлечению родителей к вакцинации как в родильных домах, так и в детских консультациях. Необходимо использовать не только опыт и знания медицинских работников, но и активно привлекать к работе психологов. Совместно организовывать семинары-тренинги для медицинских работников учреждений родовспоможения и детских консультаций по работе с матерями, отказывающимися от вакцинации своих детей как против туберкулеза, так и других инфекционных заболеваний.

Таким образом, для решения проблем, связанных с современной вакцинопрофилактикой туберкулеза, необходимо строго следить и мониторировать медицинские противопоказания и причины отказа от вакцинации. Медицинским работникам нужно значительно активизировать санитарно-просветительскую работу среди населения, причем с использованием как традиционных ее форм, так и с более активным привлечением современных средств коммуникации и информации (в частности, интернета).

Путеводная звезда

ПОЧЕТНОЕ ЗВАНИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО СОВЕТА МЕДСЕСТЕР ВНОВЬ ПРИСВОЕНО МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ ИЗ РОССИИ

На этот раз лауреатом стала главная медицинская сестра филиала «Туберкулезной больницы № 1» ФКУЗ ФСИН г. Новокузнецка – **Сазанова Любовь Александровна**.

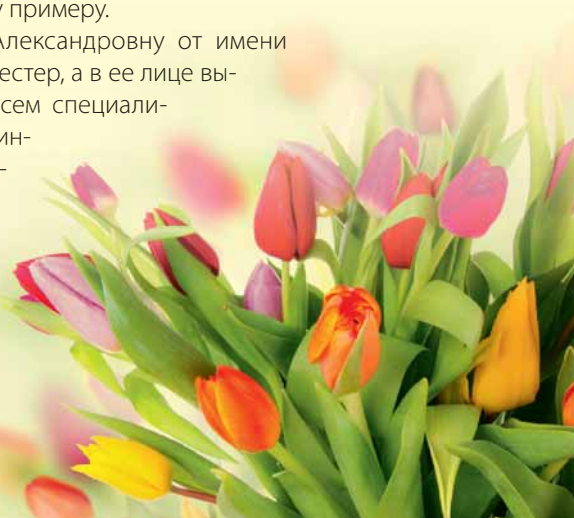
После окончания в 1992 году Новокузнецкого медицинского училища Любовь работала медицинской сестрой отделения ортопедии Городской больницы № 1 Новокузнецка и по прошествии пяти лет пришла во фтизиатрию – была медицинской сестрой процедурного кабинета в туберкулезном отделении для больных с активной формой ТБ, участвовала в работе сестринской секции «Вклад медсестер в стратегию ДОТС», организованной в Бухаресте, стала одной из самых активных участниц программы контроля над ТБ, которая подразумевала обучение медицинских сестер по вопросам лечения ТБ, формирования приверженности к лечению, мерам поддержки и обучения пациентов, поддержке и обучению семьи.

С 2003 года Любовь была назначена на должность главной медицинской сестры туберкулезной больницы в одном из наиболее опасных подразделений с точки зрения заражения ТБ. Начиная с этого момента, Любовь организовала множество тренингов по обеспечению санитарно-противоэпидемического режима с работниками и сотрудниками лечебного учреждения.

В 2005 году окончила МОУ Новокузнецкое медицинское училище по специальности «организатор и преподаватель сестринского дела». В 2018 году прошла обучение на международном курсе Европейского бюро ВОЗ «Совершенствование мер по контролю над ТБ в тюрьмах стран с высоким бременем ТБ с МЛУ и ШЛУ в эпоху применения новых противотуберкулезных препаратов и режимов лечения», который состоялся столице Азербайджана. После учебы Любовь Александровна подготовила семинар для врачей и медицинских сестер, итогом которого стала дорожная карта по совершенствованию противотуберкулезных мероприятий в учреждениях Кемеровской области. Дорожная карта включает мероприятия, направленные на дообследование больных при помощи быстрых молекулярных методов, обучение медицинских работников вопросам ТБ, усилению межсекторального взаимодействия по отслеживанию оторвавшихся от лечения пациентов.

Сегодня Любовь является известным специалистом в области противотуберкулезных мероприятий и инфекционного контроля и делится опытом на мероприятиях регионального и федерального уровней, организуемых Международным советом медсестер и ассоциацией медицинских сестер России. Коллеги – врачи, медицинские сестры, младший персонал, высоко ценят и уважают ее высочайшую самоотдачу и преданность делу защиты от инфекционных рисков и следуют ее замечательному личному примеру.

Искренне поздравляем Любовь Александровну от имени РАМС и Международного совета медсестер, а в ее лице выражаем большую признательность всем специалистам фтизиатрической службы, медицинским сестрам, задействованным в оказании помощи осужденным, тем, кто каждый день стоит на страже здоровья людей и отвечает за нашу безопасность. Спасибо вам, дорогие коллеги, больших успехов и признания ваших несомненных заслуг!



МЕТОДИКА ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ ДЛЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Чернова Ирина Игоревна
Медицинская сестра палатная неврологического отделения БУЗ Омской области «Госпиталь для ветеранов войн»

«Проба Ромберга»

Актуальность темы

В настоящее время около 15 % населения мира составляют лица пожилого и старческого возраста. Указанная демографическая тенденция значительно повышает актуальность гериатрической проблематики [1, с. 8].

ДЭП – хроническая прогрессирующая форма цереброваскулярной патологии, связанная с многоочаговым или диффузным поражением головного мозга и проявляющаяся комплексом неврологических и нейропсихологических расстройств [2, с. 1].

Энцефалопатия выходит на одно из ведущих мест современной неврологии. Примерно у каждого десятого пожилого человека развивается более тяжёлый когнитивный дефицит, что приводит к утрате трудоспособности.

Проявляются когнитивные нарушения снижением способности сконцентрировать внимание, ухудшением памяти, затруднением при организации или планировании какой-либо деятельности, снижением темпа мышления, утомляемостью после умственной нагрузки. Типичным для дисциркуляторной энцефалопатии является нарушение воспроизведения полученной информации, двигательные нарушения, жалобы на головокружение и неустойчивость при ходьбе. Тяжесть и выраженность патологии у лиц пожилого и старческого возраста снижает качество их жизни, вызывая ситуационные и жизненные затруднения. Данная проблема активно изучается в связи с высокой распространённостью и огромной социально-экономической значимостью. В последние годы более пристальное внимание привлекает стадия умеренного когнитивного расстройства, когда нарушения не приводят к инвалидизации пациента, а применение адекватной терапии является эффективным и позволяет отсрочить наступление деменции [3, с. 4].

Для улучшения когнитивных функций применяют специальные лечебно-гимнастические упражнения (дыхательные с произвольным расслаблением мышц, со статическим напряжением мышц плечевого пояса, которые способствуют уменьшению гиподинамии, стимуляции обменных процессов, улучшению мозгового кровообращения); легкий массаж воротниковой зоны, направленный на улучшение кровообращения в вертебробазилярном бассейне. При реабилитации таких пациентов используются средства, подавляющие возбудимость вестибулярных образований, а также физические факторы: вестибулярную гимнастику Столяровой Л.Г., Ткачёва Г.Р. для повышения устойчивости вестибулярного аппарата к нагрузкам, ЛФК для укрепления мышц шейного отдела позвоночника; постизометрическую релаксацию мышц шеи и плечевого пояса. Для коррекции нарушений ходьбы используются специальные лечебно-гимнастические упражнения, направленные на активизацию резервных возможностей организма для адаптации к физическим нагрузкам [4].

Предполагается, что использование специальных физических упражнений, направленных на улучшение когнитивных функций, координационных способностей в системе лечебной гимнастики для лиц пожилого и старческого возраста с дисциркуляторной энцефалопатией, активизирует процесс реабилитации, позволит сформировать

приверженность к активному образу жизни и улучшит ее качество.

Цель исследования: адаптировать традиционную методику лечебной гимнастики при энцефалопатии (С.Н. Попов, 2006) для улучшения качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста.

Объект исследования: пациенты неврологического отделения с дисциркуляторной энцефалопатией.

Предмет исследования: эффективность методики лечебной гимнастики у пациентов с когнитивными нарушениями.

Материалы и методы исследования: объем выборки составил 30 пациентов неврологического отделения с дисциркуляторной энцефалопатией в возрасте от 60 до 80 лет без ограничения по полу. Психоэмоциональный статус пациентов оценивался с помощью краткой шкалы оценки психического статуса «MMSE» [4, с. 38–39] и теста «Рисование часов» (О.С. Левина) [5, с. 45].

Для оценки динамической и статической координации использовались: «Пальценосовая проба», «Пяточно-коленная проба» (Куртьев С.Г.), «Проба Ромберга».

Измерения выполнялись непосредственно до и после лечебной гимнастики. Пациенты занимались ЛФК во время курса прохождения стационарного лечения и после выписки в домашних условиях в течение трех месяцев, с последующим тестированием.

С целью подбора адекватной нагрузки и оценки состояния пациентов проводились физиологические методы исследования (измерение артериального давления, подсчет частоты сердечных сокращений, оценка удельного и минутного объема крови, расчёт сердечного индекса, ортостатическая проба, координационные пробы), перед лечебной гимнастикой, во время и после.

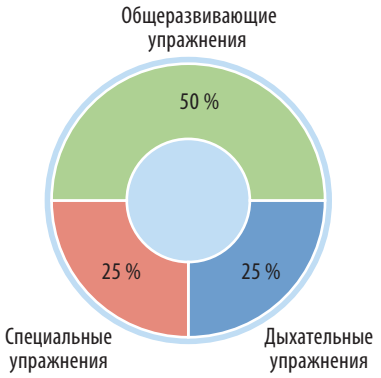


Рис. 1. Традиционная методика лечебной гимнастики (С.Н. Попов, 2006)

Рис. 2. Усовершенствованная методика лечебной гимнастики для лиц пожилого и старческого возраста

За основу была взята традиционная методика по Попову, в которую входят: дыхательные, общеразвивающие и специальные упражнения, направленные на развитие вестибулярного аппарата, упражнения для всех мышечных групп (рис. 1).

Разработана методика лечебной гимнастики, дополненная тремя блоками: когнитивные упражнения, требующие активного участия головного мозга; пальчиковая гимнастика, повышающая зрительно-моторную координацию и концентрацию внимания; координационные упражнения, тренирующие вестибулярный аппарат: слух, зрение, речь. Длительность занятия составляла 30 минут, 3 раза в неделю (рис. 2).

Оценка когнитивных функций с помощью теста «Рисования часов» по О.С. Левину по пятибальной системе показывает положительную динамику с выраженной тенденцией увеличения баллов после проведенного исследования (рис. 3).

Количественная оценка результатов теста рисования часов может быть произведена по 5- и 10-бальной системе. Мы оценивали по 5-бальной системе О.С. Левина «Алгоритмы диагностики и лечения деменции» стр. 37 (5-е изд. 2012, Москва), оценка теста «Рисование часов» по T. Sunderland и соавтором по 10-бальной системе (стр. 39).

Интерпретация результатов тестирования по шкале оценки психического статуса «MMSE» свидетельствует, что после применения лечебной гимнастики у пациентов с когнитивными нарушениями и деменцией легкой степени выраженности улучшились показатели на 10 % соответственно. Возрастная физиологическая норма когнитивных функций составила 50 %, что на 20 % выше, чем до исследования (рис. 4).

Для оценки статической координации была использована широко известная «проба Ромберга» (рис. 5).

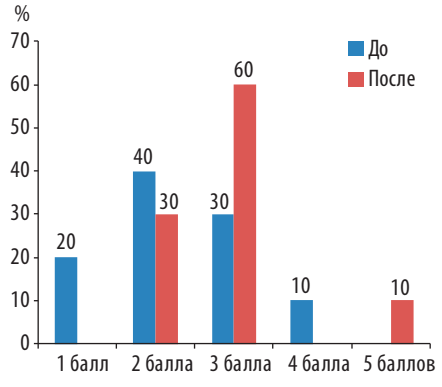


Рис. 3. Оценка когнитивных функций с помощью теста «Рисование часов»

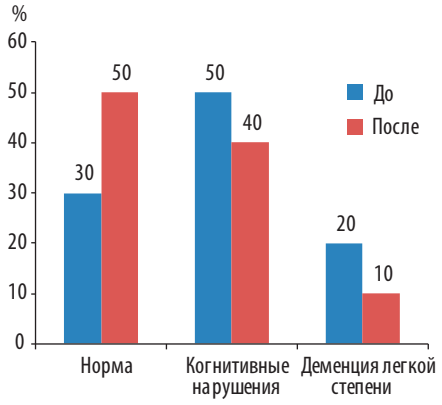


Рис. 4. Оценка психоэмоционального статуса пациентов с ДЭП по шкале «MMSE»

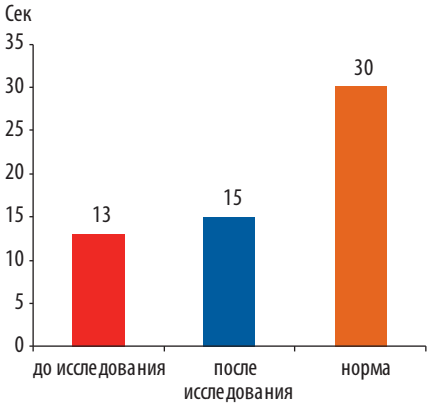


Рис. 5. Оценка статической координации «Проба Ромберга»

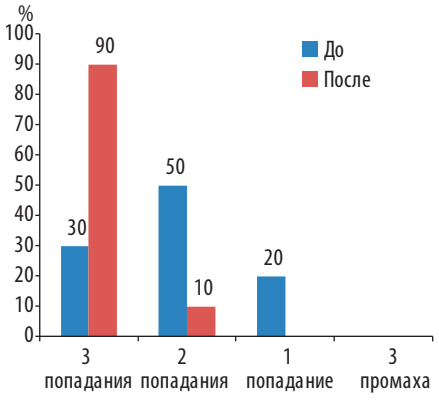


Рис. 6. Оценка динамической координации «Пяточно-коленная проба»

Незначительное улучшение на 2 секунды может быть связано с непродолжительным применением методики, ограниченным сроком госпитализации; более значимое улучшение возможно при формировании приверженности к здоровому образу жизни.

Результаты «Пяточно-коленной пробы» свидетельствуют о значительном улучшении динамической координации, у 90% пациентов показатели приблизились к норме и у 10% отмечено 2 попадания из трех попыток (рис. 6).

Заключение. В ходе исследования были выявлены нарушения когнитивных функций у лиц пожилого и старческого возраста с дисциркуляторной энцефалопатией, была разработана и прошла апробацию методика лечебной гимнастики для лиц пожилого и старческого возраста с данной патологией.

Применение разработанной методики лечебной гимнастики способствует нормализации когнитивных функций, психоэмоционального состояния, улучшению динамической и статической координации, несомненно положительно влияет на качество жизни пациента. На основе результатов исследования составлены практические рекомендации – для восстановления нарушенных функций у пациентов пожилого и старческого возраста с дисциркуляторной энцефалопатией требуется комплексный подход, сочетающий различные средства и методы лечебной физкультуры; занятия лечебной гимнастикой по предложенной методике необходимо проводить 3–4 раза в неделю по 30–40 мин.

Для повышения эффективности лечебной гимнастики рекомендуется применять дыхательные упражнения и упражнения на расслабление. Для укрепления волевой деятельности у лиц пожилого возраста необходимо применять упражнения на координацию движений, равновесие и растяжение мышц. С целью улучшения когнитивных функций рекомендуется использовать песочную терапию, гарденотерапию, пальчиковую гимнастику. В занятия лечебной гимнастикой следует включать упражнения с предметами в исходных положениях – лежа, сидя, стоя, так как это помогает контролировать качество выполнения упражнений.

Приверженность к активному образу жизни у геронтологических пациентов – залог успеха.

Приложение

СРЕДСТВА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Песочная терапия

Песочная терапия – одна из психотехник, применяемых в геронтологических центрах. Песочная терапия – особая форма терапии, возникшая в рамках аналитической психологии. Это способ общения с самим собой и окружающим миром; способ снятия внутреннего напряжения, воплощения его на бессознательно-символическом уровне, что повышает уверенность в себе и открывает новые пути развития. Эта терапия обеспечивает доступ к самому сокровенному «Ядру» чувств. Здесь пациент в образах представляет происходящее в его внутреннем и внешнем мире. Создавая то, о чем говорит внутренний голос, он привносит во внешнюю действительность отношения с самим собой и позволяет бессознательному быть видимым.

В песочной терапии используется поднос стандартных размеров, песок, вода и коллекция миниатюрных фигурок. Коллекция включает в себя всё, что встречается в окружающем мире. Используются фигурки реальные и мифологические, созданные человеком и природой, привлекательные и ужасные. В песочной терапии пациентам даётся возможность создать на песке картину, которая отражает его внутреннее состояние.

Песочная терапия способствует естественному проявлению мыслей, чувств и настроений, принятию пациента таким, какой он есть, вместе со свойственными ему способами самоисцеления и гармонизации.

Использование песочной терапии в работе с пожилыми людьми решает следующий спектр проблем: межличностные и внутриличностные конфликты; возрастные кризисы; невротические и психосоматические расстройства; различные формы нарушений поведения; сложности, связанные с изменениями в семейной и социальной ситуациях, и т.д.

Песочная терапия даёт хорошие результаты в работе по развитию нарушений мелкой моторики и тактильной чувствительности пациентов.

В основе оздоравливающего эффекта песочной терапии лежит возможность для пациента в процессе его взаимодействия с песком выразить свои самые глубокие эмоциональные переживания, тем самым освободиться от страхов и негатива, не давая пережитому развиться в психическую травму.

Музыкотерапия

В процессе прослушивания музыкального произведения уходит напряжение, снимаются многие негативные чувства. Главными критериями для отбора музыкальных произведений являются: спокойный темп; отсутствие диссонансов и напряженных кульминаций в разработке музыкальной темы; их мелодичность и гармоничность. Музыкотерапия – это технология социокультурной реабилитации, использующая разнообразные музыкальные средства для психолого-педагогической и лечебно-оздоровительной коррекции личности больного, развития его твор-

ческих способностей, расширения кругозора, активизации социально-адаптивных способностей. Для реабилитационных целей используется музыка разных жанров, которая иногда выступает не только как самостоятельное средство, но и как дополняющий элемент к основной деятельности (лепка, рисование, театр и др.) [7]. Музыка часто соответствует уже имеющемуся настроению или способна менять его в позитивную сторону.

Основными задачами коррекционных музыкально-игровых занятий является стимуляция потенциальных возможностей, преодоление трудностей социальной адаптации в соответствии с возможностями пациента. Ввиду того, что двигательная активность под музыку усиливает обмен веществ в организме, повышает общий тонус, улучшает деятельность сердечно-сосудистой системы, регулирует нервную деятельность, развивает физические способности, музыкальное воспитание с полной уверенностью можно рассматривать как один из важных факторов в процессе реабилитации и социальной адаптации пожилых.

Пение обогащает людей с физическими недостатками новыми впечатлениями, развивает инициативу, самостоятельность и одновременно корректирует активность психических процессов. В каждое занятие следует включать музыкально-ритмические упражнения развивающего характера и упражнения для развития отдельных частей тела, способствующие коррекции нарушений ритмичности движений, координации рук и ног, совершенствованию различных видов ходьбы и бега.

В структуру музыкального занятия полезно включать упражнения на развитие музыкальных способностей: координацию слуха и голоса, голоса и движений, мимики и жестов, эмоциональной выразительности. Слушание музыки и пения требуют от пожилого человека определенного умственного, физического и психического напряжения. Поэтому целесообразно постоянно переключать его внимание на разные виды музыкальной деятельности. Игра на погремушках, трещотках, музыкальных молоточках, металлофоне, дудочках связана с развитием мелкой моторики пальцев рук, координацией слуха и движений [8].

Гарденотерапия

Гарденотерапия – это особое направление психосоциальной, профессиональной реабилитации при помощи приобщения к работе с растениями. Практика показывает, что пожилые люди с удовольствием выращивают растения и ухаживают за ними. Особое эмоциональное настроение, связанное с выполнением необходимой работы, психически успокаивает.

Этот вид деятельности имеет ярко выраженную психотерапевтическую направленность, что позволяет использовать его при коррекции поведенческих и эмоциональных расстройств, в восстановительном периоде после перенесенных заболеваний, для улучшения психоэмоционального состояния людей с патологией тех или иных органов и систем. Гарденотерапию можно применять совместно с элементами других технологий социокультурной деятельности – музыкотерапией и т. д. [9].

Дорогие коллеги!

Сердечно поздравляем вас с прекрасным праздником – Международным женским днем 8 марта! И хотя исторически праздник олицетворяет солидарность женщин в борьбе за свои права, для нас это приятный повод для восхищения красотой, изяществом, многочисленными талантами милых, прекрасных и удивительных хранительниц счастья!

Именно такую жизнеутверждающую миссию несут все женщины, избравшие медицину делом своей жизни. И здесь так востребованы ваши чуткие сердца, вызывающие доверие и вселяющие надежду глаза и добрые, заботливые руки!

Дорогие коллеги, милые женщины, будьте бесконечно счастливы! Пусть прекрасное настроение, комплименты и приятные сюрпризы сопровождают вас каждый день! Будьте всегда обаятельными, женственными и любимыми!

ИЗ ПЕКИНА В НЬЮ-ДЕЛИ

ЧЛЕНЫ АЛЬЯНСА СТРАН БРИКС ПРОВЕЛИ ВТОРОЙ СЕСТРИНСКИЙ ФОРУМ

Серебренникова Н.В.
Директор по международным связям, Ассоциация медицинских сестер России, канд. полит. наук

Индийские благовония, красочные сари, зажигательные фильмы Болливуда – пожалуй, этим и ограничивались наши представления о далекой и жаркой Индии, более близкое знакомство с которой было бы едва ли возможным в отсутствие Альянса сестринских ассоциаций стран БРИКС.

Преодолев языковые барьеры, расстояния и климатические перепады, делегация РАМС прибыла в Нью-Дели для участия в двухдневном форуме с коллегами из Бразилии, Китая, Южной Африки и, конечно же, Индии.

Официальное открытие и цветочные приветствия

Церемония открытия форума, подготовленная Индийским советом по сестринскому делу, поразила всех и яркостью цветочных церемоний, и уровнем присутствовавших гостей. Заранее информация о церемонии не разглашалась, все находились в ожидании главного гостя, но только сами организаторы были в курсе, кто же этот человек. Ожидание проходило в диалоге с коллегами. Медицинские сестры Индии подходили, знакомились, фотографировались, спрашивали, откуда мы приехали, некоторые полагали, что из Китая, а потом удивлялись, что это не так. Шутки кончились, когда гостям церемонии объявили, что главный гость прибыл, и это министр здравоохранения Индии, д-р Харш Вардхан. Скажем честно, никто не рассчитывал и не ожидал, что министр здравоохранения страны с населением 1,34 миллиарда человек сможет выделить время для приветствия делегатов – медицинских сестер из стран БРИКС, однако это было именно так. Более того, министр не просто поприветствовал участников, а выступил с целой программной речью, посвященной реформе здравоохранения страны, стартовавшей в 2017 году. А в центре реформы – медицинские сестры!

Дело в том, что Индия, которая относится к числу самых быстроразвивающихся экономик мира, все еще испытывает огромное бремя бедности и заболеваний. Значительная часть населения не имеет доступа к базовой медицинской помощи. Этот разрыв и призвана ликвидировать предпринятая реформа, в рамках которой миллионы семей получат доступ к услугам вновь создаваемых центров здоровья в первичном секторе. 150 тысяч таких центров будут открыты по всей стране, опираясь на создаваемую роль медицинской сестры общественного здоровья. Это будет высокообразованный специалист с университетским образованием и специализацией в первичном здравоохранении. Поэтому Минздрав Индии всесторонне поддерживает работу Индийского совета по сестринскому делу, расширение сети университетов, реализующих программы подготовки для медицинских сестер на уровне бакалавриата и магистратуры, и активно содействует развитию научных исследований. В стране учрежден консорциум, члены которого коорди-

нируют работу по выбору тем исследований для обучающихся в аспирантуре.

Вслед за главным гостем, которого, как и других высоких гостей церемонии открытия, приветствовали цветами, перед аудиторией выступили несколько членов Индийского совета по сестринскому делу и одновременно членов Парламента Индии. Руководители делегаций стран БРИКС также вошли в число важных гостей церемонии, озвучили и вручили свои приветственные послания в адрес Индийского совета медсестер и всех присутствовавших.

Наша сила – в многообразии

Следующий день пленарного заседания позволил узнать гораздо больше и о текущем положении дел в здравоохранении стран БРИКС, и о предпринимаемых реформах. Внимание всех, по понятным причинам, было приковано к системе здравоохранения Индии. Статистические данные поражали масштабом – и это неудивительно в такой огромной стране. По имеющейся у Совета сестер информации, в стране насчитывается 2,42 миллиона медицинских сестер и акушерок, 850 тысяч младших медицинских сестер (со сроком обучения 2 года) и 56 тысяч ассистентов женского здоровья. Однако верить статистике пока нельзя. Именно сейчас в ходе проводимой реформы Индийский совет создает регистр сестринского персонала, чтобы подсчитать точную численность кадров. Кроме того, реформа предполагает введение выпускных экзаменов, которые ранее выпускники сдавали в зависимости от политики образовательной организации и по желанию. Дело в том, что 90 % образовательных организаций страны – частные, их количество за последние 10 лет существенно возросло. Нам даже сложно представить себе такие данные, тем не менее в Индии более 3 тысяч организаций среднего профессионального образования, чуть менее 2 тысяч программ бакалавриата и порядка 600 программ магистратуры.

Программы магистратуры развиваются в двух направлениях: здесь готовят медицинскую сестру общественного здравоохранения (первичного сектора) и медицинскую сестру реанимации и анестезиологии.

Внедряется и непрерывное медицинское образование. Совет сестер Индии внес предложение о создании системы подтверждения сестринской регистрации (права на практику) раз в пять лет – на основании приобретенных 150 образовательных кредитов.

Есть и аспирантура. На данный момент Совет осуществляет работу с 272 аспирантами, 81 медсестра защитила диссертацию. Эти цифры показывают только тех, кто защищался в Индии, где также есть специалисты, получившие и образование, и ученую степень за рубежом.

В ходе заседания индийские коллеги задавали спикерам из других стран множество вопросов, содержание которых говорило само за себя – интересовали как практические вопросы и полномочия медсестер, так и тонкости нормативно-правового характера, которые наши коллеги, невзирая на перевод, схватывали на лету.

Огромный интерес у индийских сестер вызывают вопросы, связанные с использованием новых технологий. Телемедицину они широко внедряют во всех областях медицины, с тем чтобы повысить качество сопровождения пациента после стационарного лечения и снизить повторные визиты/госпитализации. Кроме того, специалисты берут на вооружение применение различных приложений для смартфонов. И это закономерно в стране, которая является мировым центром разработки таких технологий для всей планеты. Единственное, чего не хватает, так это финансирования и кадров. Но в рамках уже начатой реформы государственные расходы на здравоохранение вырастут до 2,5 % от ВВП (прим. – по данным Росстата в РФ доля расходов на здравоохранение составляет 3,8 %).

Технологическое развитие, а также реализация новой кадровой политики – приоритет медицинских сестер Китайской Народной Республики. В 2017 году им удалось в 100 крат увеличить численность медицинских сестер по сравнению с 1949 годом. Поставлена совершенно конкретная цель – в 2025 году в стране должны трудиться 4,45 миллиона регистрированных сестер (сейчас 3,79 миллиона). Причем соотношение сестер с высшим образованием должно расти. Так, по состоянию на 2016 год 16,3 % специалистов имеют образование на уровне бакалавриата и выше. Университетские программы образования для сестринского персонала появились в Китае достаточно давно – бакалавриат в 1983 году, магистратура – в 1992-м, аспирантура – в 2003 году. Сейчас про-

Делегаты РАМС – участники форума стран БРИКС

Церемония зажигания огня в честь форума БРИКС с участием министра здравоохранения Индии д-ра Харша Вардхана, руководителя Ассоциации медицинских сестер Индиии д-ра Дилипа Кумара и президента РАМС В.А. Саркисовой

Фармацевтическая лаборатория и банк лекарственных растений

Цветочное приветствие министра здравоохранения Индии

граммы бакалавриата доступны в 250 университетах и университетских колледжах, программ магистратуры насчитывается более 100.

Развитие сестринского дела поддерживается на самом высоком правительственном уровне. Медицинские сестры – центральное звено в реализации политики «Здоровый Китай». После того, как семьям официально разрешили иметь второго ребенка, в стране ощущается острый дефицит акушерской, неонатальной и педиатрической помощи. Растут потребности и в уходе за пожилыми людьми. Численность населения старше 60 лет превысила 241 миллион человек, людей с хроническими заболеваниями насчитывается более 260 миллионов.

Для наиболее эффективной помощи этим группам населения требуются квалифицированные специалисты – медицинские сестры, а также законодательные изменения, предполагающие расширение их полномочий.

Доказательная практика также в центре внимания китайских медицинских сестер. Ассоциация ведет работу по созданию научных руководств, основанных на признанных в мире источниках и публикациях. В 2009 году издан Протокол профилактики нежелательных последствий после ортопедических операций; в 2016 году – Руководство по уходу за пациентом в послеоперационном периоде; в 2018-м – Консенсус по предотвращению травм при работе с иглами и шприцами. В ходе заседания китайские сестры поделились новыми разработками, которые касаются профилактики падений. Основываясь на мировой статистике и на финансовых потерях лечения пациентов после падений, специалисты разработали инструмент оценки риска падений и серию вмешательств, призванных такие падения предотвратить. Риск оценивается с помощью различных физических тестов – сестры оценивают баланс, координацию движений, физическую силу пациента и его нижних конечностей; вмешательства касаются обучения несложным физическим упражнениям на тренировку силы и сохранения баланса, рекомендации по наиболее эргономичному дизайну помещений для пожилых людей. Кроме того, создан информационный портал для специалистов и пациентов, проводятся телеконференции и дистанционное обучение.

В Южной Африке также развивается сестринское образование и практика. Постепенно меняется оснащение клиник, появляется новое высокотехнологичное оборудование, работать с которым предстоит и медицинским сестрам. В первичном секторе сестры уже наделены огромными полномочиями – выявление ВИЧ, ТБ, назначение лекарственной терапии, отслеживание побочных эффектов лечения и коррекция лечения – уже давно являются обязанностью медицинской сестры. Такое расширение полномочий постепенно происходит и в отношении лечения других заболеваний. Для ликвидации нехватки помощи реализуются проекты мобильных медицинских служб – и здесь задействованы не только автомобили, но и целые поезда! Первый поезд здоровья появился еще в 1994 году с приходом к власти Нельсона Манделы, первого черного президента ЮАР. Поезд курсирует между провинциальными районами ЮАР в течение 9 месяцев в году, останавливаясь на давно известных остановках, где за эти годы сформировались целые лагеря из жителей, нуждающихся в помощи. На такой остановке пациент получает помощь быстрее и гораздо дешевле, чем в клинике. По нормативам эпохи апартеида на 40 тысяч черного населения в стране работал 1 врач, сейчас один врач на 4 тысячи пациентов. За неделю поезд оказывает помощь полутора тысячам жителям ЮАР. В 2012 году введен в эксплуатацию второй поезд. Финансирование производится за счет железнодорожной компании.

Медицинской помощи все еще не хватает. Пациенты могут месяцами находиться в ожидании, что сказывается на отношении к сестринскому персоналу. В первую очередь жители страны винят в ситуации самих медиков. Чтобы преодолеть дефицит, ДЕНОЗА – Демократическая ассоциация медицинских сестер – ведет политический диалог с руководством страны, выступает за реформы, увеличение численности медицинских работников и дополнительное финансирование здравоохранения.

В самой удаленной для нас стране – Бразилии – у Совета сестер свои профессиональные задачи, большая часть которых лежит в плоскости законодательного регулирования. У медицинской сестры достаточно высокая степень автономии. В стационаре сестры подконтрольны только медицинским сестрам. В своей сфере медицинские сестры могут открывать частную практику – вести консультации, назначать процедуры, связанные с сестринским

Клиника Аюрведы – аппарат для лечения паром

Члены БРИКС в кабинете президента Совета медсестер Индии д-ра Дилипа Кумара

уходом, контролировать их выполнение младшим персоналом. В свете достаточно широких полномочий медсестры (вплоть до ведения неосложненных родов для сестер с соответствующей специализацией) и частной практикой, КОФЕН – Совет медсестер Бразилии – стремится контролировать уровень и качество образования. Порядка 57 % образовательных организаций являются частными и активно реализуют программы дистанционной подготовки на базовом уровне. Представители КОФЕН обеспокоены таким подходом и опасаются снижения качества подготовки и упрощенной процедуры выдачи дипломов.

А полномочия медицинских сестер в Бразилии действительно весьма обширны. Так, именно они осуществляют контроль и лечение пациентов с гипертонией и диабетом, ведут неосложненную беременность, выполняя все тесты и УЗИ, а также назначая лекарственные препараты по действующим стандартам, проводят скриниговые осмотры женщин и ПАП-тесты; проводят осмотр и назначают дополнительные анализы для выявления ТБ и лепры, контролируют и осуществляют вакцинацию. Буквально недавно КОФЕН победил в юридическом споре по вопросу предоставления медицинской сестре права на выполнение акупунктуры.

Традиционная нетрадиционная медицина

Нетрадиционная медицина (для которой наши коллеги используют термин противоположный – для них это медицина традиционная, основанная на древних учениях и подходах), в странах-партнерах по БРИКС на высоком счету. Именно поэтому для знакомства с практическим здравоохранением Совет сестер Индии выбрал Центральную клинику Аюрведы. Предваряя знакомство с самой клиникой, ее руководители рассказали о том, что реформы здравоохранения в стране коснулись и их. Так, если ранее в Министерстве здравоохранения функционировал Департамент АЮШ, то теперь это отдельное Министерство, задача которого – внедрять методы традиционной медицины, развивать образовательные программы и содействовать научным исследованиям для оценки эффективности традиционного лечения.

Больница, которую нам довелось посетить, имеет поликлиническое отделение, аптеку и стационар с несколькими отделениями. Помощь соответствует всем принципам Аюрведы – терапия предполагает религиозную практику, медитацию, занятия йогой и лечебные процедуры – с использованием пара, травяных растворов и масел. Лекарственные составы готовят непосредственно в клинике, лаборатория обладает запасом трав более 10 тысяч наименований! Хранение организовано системно, все растения сгруппированы по тем видам заболеваний, для лечения которых их следует использовать.

Интерес к традиционной индийской медицине растет во всем мире. Школы йоги, мышечной релаксации и медитации появляются во всех странах, с тем чтобы помочь пациентам сохранить здоровье и излечить болезни. Всем делегатам стран БРИКС было рекомендовано обратить внимание на имеющиеся научные данные, освоить принципы Аюрведы и быть здоровыми!

Итак, члены Альянса сестринских ассоциаций стран БРИКС встретились уже дважды – сначала в Пекине, затем в Нью-Дели. Очередной форум запланирован на 2019 год и пройдет в Санкт-Петербурге 23 мая. Для участия в этом ответственном и политически значимом мероприятии будут приглашены ваши представители – руководители всех региональных сестринских ассоциаций. Нам предстоит подготовиться наилучшим образом, чтобы познакомить коллег с российским здравоохранением, сестринской практикой и образованием, продемонстрировать высочайшие достижения специалистов и обсудить самые острые проблемы, выработать и реализовать совместные решения и стратегии. Мы понимаем, что слишком давно профессия медицинской сестры в нашей стране находится в «режиме ожидания» и возлагаем большие надежды на опыт стран БРИКС, с тем чтобы дать зеленый свет глубоким реформам и долгожданным переменам в сестринском деле!

Роль медицинского персонала в уходе за пациентами с инфекционной патологией в условиях психиатрического стационара

Ожегина Е.А.
Палатная медицинская сестра инфекционного блока приемного отделения

Токарева Н.В.
Врач-инфекционист КОГБУЗ «Кировская областная клиническая психиатрическая больница имени академика В.М. Бехтерева»

Оказание психиатрической помощи населению осуществляется рядом медицинских организаций. Пациенты могут получить амбулаторную и стационарную помощь в психиатрических больницах, психоневрологических интернатах. Все порядки и правила психиатрических стационаров направлены на то, чтобы улучшать состояние здоровья пациентов.

Специализированные подразделения психиатрических больниц, такие как приемно-карантинное отделение, изолятор, инфекционное отделение и обсерватор, играют огромную роль в профилактике шигеллезов и других инфекций в психиатрическом стационаре. Эти функциональные подразделения являются барьерами на пути заносов инфекций в стационар и препятствуют возникновению внутрибольничного инфицирования пациентов и медицинских работников.

Приемно-карантинное отделение ПБ отличается от приемного отделения стационара общего профиля тем, что в нем проводят взятие анализов (в случае отсутствия документально подтвержденных результатов) для микробиологических исследований на группу кишечных инфекций и дифтерию. Пациент находится в приемно-карантинном отделении до получения результатов обследования.

Эффективная работа изолятора психиатрического стационара как минимум в 3 раза снижает количество заносов шигеллезов в профильные отделения. Случаев заражения в изоляторе не отмечается.

Но изолятор не может обеспечить в необходимом объеме лабораторную диагностику и квалифицированное лечение пациентов с инфекционными заболеваниями. Поэтому время от времени возникает необходимость в переводе пациентов из изолятора в специализированное инфекционное отделение. Их перевод в городскую инфекционную больницу часто имеет неприятные последствия, обусловленные сложностями ухода, особенно при тяжелом психическом расстройстве. В связи с этим возникает необходимость открытия инфекционного отделения при ПБ, где в случае выявления заболевания, носительства пациенты находятся до полного выздоровления.

Таким структурным подразделением в КОГБУЗ «Кировская областная клиническая психиатрическая больница имени академика В.М. Бехтерева» является инфекционный блок приёмного отделения.

Сущность ухода за пациентами с инфекционными заболеваниями в условиях психиатрического стационара – это широкий комплекс санитарно-гигиенических мероприятий, диагностических и лечебных процедур, а также воспитательной работы, направленный на его быстрое выздоровление и предотвращение распространения инфекции. Для обеспечения надлежащего ухода необходимо знать основные особенности течения инфекционного процесса.

Главная особенность состоит в том, что большинство пациентов выделяют во внешнюю среду возбудителей, т. е. являются источником заражения. Отсюда важно знать, где в организме находятся возбудители, каким образом они выделяются во внешнюю среду, как заражают здоровых людей, пути и способы заражения, необходимые меры, чтобы не допустить распространения инфекции.

Инфекционный блок

Дезинфекция отходов класса «Б»

Вторая особенность: инфекционные болезни сопровождаются лихорадкой, интоксикацией и токсическим поражением центральной нервной системы, поэтому у пациентов часто развиваются нервно-психические расстройства. Хорошее состояние психики больного – один из важных факторов быстрого выздоровления.

Третья особенность: инфекционные болезни – острые, динамичные заболевания, при которых состояние пациента может внезапно меняться. В связи с этим часто возникает необходимость быстрого неотложного решения вопросов об оказании срочной помощи и об изменении характера ухода за ними.

Уход за психиатрическими пациентами весьма труден и своеобразен из-за необщительности, неконтактности, замкнутости в одних случаях, и крайнего возбуждения, беспокойства – в других. Кроме этого, у них могут быть страх, депрессия, навязчивость и бред. Трудности работы с данным контингентом объясняется тем, что не всегда полностью удается собрать эпидемиологический анамнез, анамнез заболевания; ввиду психомоторного возбуждения невозможно провести необходимые исследования. Пациенты периодически отказываются от приема пищи и лекарств. Лечение инфекционной патологии идет параллельно с назначениями врача-психиатра, а иногда и после улучшения психического состояния пациента. Следовательно, удлиняются сроки пребывания пациентов в инфекционном отделении. Обеспечивая уход за психическими больными, персонал должен вести себя так, чтобы пациент чувствовал, что о нем действительно заботятся и оберегают его. Медицинский работник должен быть вежлив и приветлив, обладать достаточной выдержкой, хладнокровием и находчивостью, уметь в любых ситуациях сохранять спокойствие и самообладание. Важно, чтобы персонал всегда имел аккуратный вид.

К особенностям ухода за пациентами в инфекционном стационаре относятся:

1. Изоляция пациентов в боксах и полубоксах;
2. Ограничение контактов (отсутствие общих столовых, комнат отдыха, свиданий с родственниками);
3. Проведение манипуляций и процедур в палатах;

При работе с пациентами, страдающими от психического и инфекционного заболеваний, медицинской сестре нужно быть внимательной вдвойне: выполнять весь комплекс манипуляций по сестринскому уходу, при этом быть начеку, проявлять осторожность, не допускать споров и пререканий, звуков, которые могут вызвать внезапное раздражение пациента.

4. Проведение очаговой (текущей и заключительной) дезинфекции у постели пациента;
5. Строгое соблюдение лечебно-охранительного режима.

При уходе за пациентами в инфекционном отделении необходимо следить как за психическим, так и за физическим состоянием.

Лихорадящих пациентов нужно часто поить, не дожидаясь их просьбы. Им можно давать слабый чай, отвар компота, морс, фруктовые соки. Для восполнения потерянной жидкости и солей при рвоте и диарее назначается солевое питье («Регидрон», Оралит», «Цитроглюкосолан», минеральная вода) в объеме 1,5–2 литров. Кормят лихорадящих 5 раз в сутки. Назначается щадящий вариант диеты, включающий жидкую, полужидкую, легкоперевариваемую, богатую витаминами пищу (бульон, кисель, омлет, протертые каши, мясное суфле, пюре и др.). Иногда пациент отказывается от всякой еды и питья, или же не ест, но пьет, либо ест определенную пищу. Отказ от еды обусловлен различными причинами. Если пациент отказывается от еды, то прежде всего надо постараться его уговорить поесть. Ласковый, терпеливый и чуткий подход к пациенту имеет опять-таки главное и решающее значение.

Уход за полостью рта лихорадящего имеет очень большое значение. Моторная функция кишечника у пациентов с инфекционной патологией бывает нарушена, необходимо наблюдение за частотой освобождения кишечника и характером испражнений. Нужно уметь выполнить назначенную врачом клизму. Иногда пациенты инфекционного отделения страдают от вздутия кишечника.

Палатные медицинские сестры отделения контролируют прием передач пациентам, чтобы они случайно не съели недозволенные им продукты и не нанесли себе непоправимый вред. Продукты хранятся в специальном шкафу, холодильнике и выдаются пациентам по мере надобности.

У лихорадящего инфекционного пациента, находящегося в бессознательном состоянии, может быть непроизвольное освобождение кишечника и мочевого пузыря, а также задержка мочи и кала (запор). На матрацы паци-

Выполнение инъекций

ентов в инфекционном отделении надеты клеенчатые наматрасники. Недопустимо, чтобы больной находился в белье, испачканном фекалиями. У тяжелых пациентов с острыми кишечными заболеваниями в результате токсического расстройства терморегуляции и нарушения водно-солевого баланса резко повышается чувствительность к охлаждению. В связи с этим целесообразно согревать их, обкладывая их грелками, особенно во время повторных ознобов.

Задержку мочи можно обнаружить только при внимательном наблюдении за пациентом. В мочевом пузыре может скапливаться до 2 л мочи. Чтобы мочевой пузырь освободился, кладут грелку на низ живота; если же это не помогает, вводят катетер.

Чем слабее лихорадящий больной, тем больше нужно заботиться о чистоте его тела: делать ежедневное обтирание, умывать, подмывать, мыть руки; подстригать ногти на руках и ногах, расчесывать волосы. Необходимо применять все меры предупреждения пролежней.

Просвещение

Нужно также внимательно следить за соблюдением предписанного врачом режима физического покоя: чтобы больные не садились и тем более не вставали с постели.

Для поддержания необходимой тишины в отделении нельзя хлопать дверями, стучать при ходьбе, греметь посудой. Необходимо беречь ночной сон, который должен продолжаться 8–9 часов. Ночью в палатах не надо вступать в пререкания и споры с пациентами. Особенно осторожным надо быть в разговорах с теми, которые страдают бредовыми идеями преследования.

Лекарства выдаются средним медицинским персоналом строго по назначению врача. Разовая доза медикаментов должна быть принята в присутствии медицинской сестры. В противном случае возникает опасность накопления и приема лекарств в суицидальных целях. При накладывании повязок, компрессов также необходимо следить, чтобы больной не собирал бинтов и марли, так как их тоже можно использовать для самоубийства.

Уделяют большое внимание санитарно-гигиеническим вопросам и текущей дезинфекции, особенно в туалетах. В летнее время имеет значение борьба с мухами. Всех пациентов, поступающих в отделение, знакомим с его режимом, разъясняем правила личной гигиены, в частности, мытье рук с мылом после туалета, перед приемом пищи.

Особенности ухода при гриппе и других респираторных заболеваниях связаны с развитием у пациентов тяжелого течения пневмоний, которые могут носить геморрагический характер. Проводятся профилактические мероприятия: массаж, дыхательная гимнастика и ЛФК. Больному с пневмонией нужно придать в постели удобное положение, приподняв подголовник кровати и подложив 2 подушки под голову и верхнюю часть туловища. Важно следить за чистотой и проходимостью дыхательных путей. Носовые ходы, глотку и ротовую полость необходимо систематически осматривать, освобождая от скопившейся слизи и образующихся корок. Подсохшие губы нужно смазывать кремом. При частой и длительной даче кислорода через носовые катетеры необходимо следить за тем, чтобы не травмировались слизистые оболочки носовых ходов и не образовывались пролежни. В случае развития этих осложнений следует пользоваться маской.

Ухаживая за пациентом в бессознательном состоянии, необходимо следить за функцией всех органов и систем, но в первую очередь обращать внимание на работу сердца и органов дыхания, делая все необходимое для улучшения их деятельности. Персонал инфекционного отделения при работе использует средства индивидуальной защиты.

Во время эпидемических вспышек (грипп) посещение пациентов запрещается, накладывается карантин. Не разрешается посещение пациентов в остром состоянии с психомоторным возбуждением.

Со всеми пациентами, находящимися в инфекционном отделении, медицинские сестры проводят санитарно-гигиеническое обучение о режиме в отделении, санитарно-гигиенических навыках, предупреждении внутрибольничного заражения, правильном питании при заболевании. Перед выпиской они дают пациентам советы о поведении дома.

Постоянная забота, приветливость в обращении с пациентами, четкое исполнение функциональных обязанностей всего медицинского персонала позволяет достичь хороших результатов по уходу, в том числе снижает эпидемическую опасность в подразделениях психиатрического стационара.

ФЕЛЬДШЕР: ПРОФЕССИОНАЛИЗМ, ИННОВАЦИИ, КАЧЕСТВО

В БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ СОСТОЯЛАСЬ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ДЛЯ ФЕЛЬДШЕРОВ ФАП И СМП

Байдикова Л.А.
Главный фельдшер ГАУЗ «Брянская городская станция скорой медицинской помощи, член правления БРОО АСПБ, секретарь секции «Лечебное дело» РАМС

23 ноября 2018 года в конференц-зале Брянского государственного инженерно-технологического университета состоялась областная научно-практическая конференция для фельдшеров скорой медицинской помощи, ФАПов и здравпунктов, работающих на территории города Брянска и Брянской области. Организаторами конференции выступили Департамент здравоохранения Брянской области, БРОО «Ассоциация сестринского персонала Брянщины», ГАУЗ «Брянская городская станция скорой медицинской помощи», а ее участниками стали более 300 специалистов практического здравоохранения.

Плодотворной работы и активного участия в мероприятии специалистам пожелали Игорь Викторович Кацков, главный врач ГАУЗ «Брянская городская станция скорой медицинской помощи», Наталья Александровна Артюхова, Алла Александровна Романова. А интереснейшая программа, подготовленная оргкомитетом мероприятия, этому всецело способствовала.

Так, проблема острого коронарного синдрома для фельдшера не утрачивает актуальности. Здесь команда специалистов должна действовать четко, быстро и слаженно. Татьяна Викторовна Борисова рассказала об особенностях диагностики ОКС, основных задачах бригад СМП, о перечне медикаментов, необходимых для оказания помощи. Специалисты рассмотрели варианты транспортировки пациента, время ишемии и блок-схему выбора стратегии реперфузии, перечень мероприятий, направленных на снижение летальности от острого коронарного синдрома.

Не менее остро стоит задача эффективного оказания помощи при острых нарушениях мозгового кровообращения. Докладчик мероприятия Андрей Николаевич Юрченко привел наиболее распространенные общемозговые симптомы, особенности гипотензивной терапии, препараты первичной нейропротекции, обратил внимание на вопросы профилактики острых нарушений мозгового кровообращения и роль фельдшеров, особенно ФАПов и здравпунктов, в формировании у пациентов здорового образа жизни и отказа от вредных привычек.

Еще одним жизнеугрожающим состоянием, которое детально разобрали участники конференции, стала дыхательная недостаточность. Вадим Юльевич Пиковский обосновал рациональную респираторную тактику ведения пациентов при различных критических состояниях, в том числе при острой дыхательной недостаточности, остановился он и на методике обеспечения внутрикостного доступа на догоспитальном этапе, как альтернативном методе, обеспечивающем введение препаратов или жидкости. Внутрикостный доступ расширяет свое использование в различных ситуациях: отделениях интенсивной терапии, во время сердечно-легочной реанимации, в педиатрической практике, где венозный доступ связан с трудностями и строго ограничен по времени. Внутрикостный доступ обеспечивает быстрый сосудистый доступ в различных неотложных состояниях, поэтому должен быть «на отлично» освоен работниками СМП.

Уже по окончании пленарного заседания слушатели получили возможность отработать отдельные практические навыки. Студенты Брянского базового медицинского колледжа провели мастер-классы по внутривенному введению лекарственных препаратов (струйно); внутримышечному введению лекарственных препаратов; установке периферического катетера. А Вадим Юльевич Пиковский наглядно продемонстрировал, как обеспечивается внутрикостный доступ и осуществляется работа с портативной дыхательной аппаратурой.

В ходе мероприятия удалось рассмотреть и вопросы инфекционной безопасности. В работе фельдшера ФАП, СМП они стоят особенно остро. Специалисты оказывают помощь в самых разных условиях, когда риски могут быть особенно высоки. Здесь в основе профессионализма должны лежать глубокие профессиональные знания санитарных правил.

Наличие таких знаний и готовность выпускников к практической деятельности призвана обеспечить процедура аккредитации специалистов. Практикующим специалистам небезразлично, с кем предстоит делить ответственность и работать совместно в ближайшей перспективе. Поэтому часть кон-

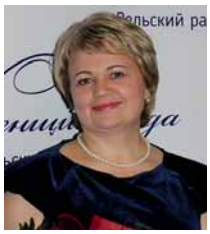
> ***«Парадокс заключается в том, что люди, жалуясь на аллергию, боятся рака или СПИДа, а умирают наиболее часто от сердечно-сосудистых заболеваний», – Андрей Николаевич Юрченко.***

ференции была посвящена вопросам первичной аккредитации, тем более что многим из присутствующих предстоит выполнить в этом процессе и свою роль – в качестве члена аккредитационной комиссии.

Свою лепту в организацию мероприятия внесли представители ОНФ, доложившие о результатах мониторинга сельских пунктов в 2018 году. Активисты проинспектировали 36 медицинских организаций, выявили неблагополучные районы по оснащенности, работоспособности оборудования, готовности помещений. Остро стоит и кадровый вопрос, поскольку выпускники не спешат на рабочие места в сельской местности. Тем не менее представители ОНФ отметили огромный вклад в поддержку сельского здравоохранения со стороны фельдшеров ФАПов – где бы они ни побывали, население дает положительные отзывы, на селе своих медиков и любят, и высоко ценят! Такая оценка небеспочвенна – всеми силами специалисты стараются решать возникающие бытовые трудности, заботятся о содержании помещений и прилегающих территорий. Отчет о мониторинге сельского здравоохранения представители ОНФ направили в адрес руководства здравоохранением – все-таки для решения вопросов оснащения усилий фельдшера недостаточно.

По окончании мероприятия участники еще долго делились своими соображениями, обменивались мнениями об услышанном и выражали искреннюю заинтересованность в таких встречах и в будущем. А организаторы с чувством полного удовлетворения отметили, что работа с такой заинтересованной и мотивированной на повышение профессионализма аудиторией вселяет оптимизм и уверенность в непрерывном повышении престижа специальности!

Актуальность волонтерского движения в профилактике туберкулёза среди населения Вельского района



Татьяна Владимировна Кудряшова
Медицинская сестра противотуберкулёзного кабинета ГБУЗ АО «Вельская ЦРБ», член АРОО «Объединение медицинских работников Архангельской области»

«Внимание, розыск! Ищем лидеров, чтобы освободить мир от туберкулеза» – девиз Всемирного дня борьбы с туберкулезом в 2018 году.

Указом Президента России 2018 год был объявлен Годом добровольца (волонтера). По словам В.В. Путина, проведение Года добровольца станет признанием заслуг перед обществом и оценкой колоссального вклада волонтеров в развитие страны.

К сожалению, сегодня туберкулёз является ведущей инфекционной болезнью, уносящей жизни людей во всём мире. В стратегии ВОЗ записано: ликвидировать туберкулёз к 2035 году.

Современная медицина, идущая вперед семимильными шагами, все же сталкивается с проблемами, для решения которых она перестает быть лишь закрытым клиническим институтом и находит точки соприкосновения с широкой общественностью. Особенно это касается отрасли профилактики, без которой добиться полной победы над некоторыми заболеваниями без привлечения населения невозможно. Формирование медико-социальной активности, мотивация к здоровому образу жизни, зарождение общественно значимых идей выступают надежным форпостом в борьбе с тяжелейшими заболеваниями. И здесь значимым аспектом становится волонтерское движение.

На территории Архангельской области работает международная программа «Остановить туберкулез на Северо-Западе России в наше время», которая реализуется Министерством здравоохранения Архангельской области, ФГБОУ ВО «СГМУ», благотворительным фондом «Лёгкое дыхание» при поддержке норвежского фонда LHL International.

В рамках усиления мероприятий по профилактике ТБ, снижения заболеваемости и смертности в течение нескольких лет по инициативе специалистов фтизиатрической службы Вельского района реализуется акция «Остановим туберкулёз в Вельском районе».

Неутешительные за последнее время цифры статистики по заболеванию туберкулезом заставили обратить внимание на эту проблему не только медиков, но и администрацию, общественные организации, районный отдел образования, учреждения общего и профессионального образования, районный Совет молодёжи, региональное отделение Российского Красного Креста, благотворительный фонд «Лёгкое дыхание», средства массовой информации. Все они присоединились к акции противотуберкулезного кабинета. Для решения этой глобальной задачи были разработаны направления, включающие в себя информационную, просветительную, партнёрскую и волонтерскую деятельности.

Во главу угла данной акции поставлена профилактика туберкулеза. Акция имеет несколько направлений и форм реализации.

Первое – это подготовка волонтеров, которая включает в себя проведение конференций, организацию обучающих семинаров для школьников и студентов, проведение мероприятий по информированию общественности и населения по вопросам профилактики туберкулёза, пропаганде здорового образа жизни.

Значимым этапом стала разработка информационных материалов, кото-

рая позволила аккумулировать и систематизировать накопленные о заболевании знания и преподнести их в доступной и простой форме людям, не имеющим специального медицинского образования. Особая роль отведена распространению информационных материалов. В этом направлении работают разновозрастные группы волонтеров, так как учитывается социально доступная для воздействия среда. Если вначале проекта акцент был сделан на активную молодежь района, то вскоре выяснилось, что помощь в профилактической работе могут оказывать люди разных профессий, социальных статусов, политических партий и вероисповеданий. И слова об «общей боли» перестанут быть просто громкими словами.

На протяжении нескольких лет сотрудники противотуберкулёзного кабинета совместно с районным Советом молодёжи, волонтерами, сотрудниками ГАИ проводят акцию «Мы – за здоровое дыхание!». Водителям остановленных сотрудниками ГИБДД машин вместо предупреждений и штрафов девушки в белых футболках с символичной надписью выдают памятки о профилактике туберкулёза и приглашают пройти ФОГ-обследование. В результате акции более 150 водителей и пассажиров автотранспорта были приглашены на ФОГ-обследование и узнали о профилактике туберкулёза.

В преддверии 1 сентября, когда школы и детские сады готовятся распахнуть двери для своих воспитанников, проходит еще одна акция – «Пройти ФОГ – значит защитить своих детей от туберкулеза». Медицинские сестры и волонтеры выдают мамам и папам, бабушкам и дедушкам – всем жителям нашего района приглашения на ФОГ. Хорошим подспорьем в работе оказались красочные листовки-напоминания, которые размещали на детских площадках, магазинах, садах, школах, учреждениях дополнительного образования и досуга. Тесное сотрудничество с детскими учреждениями – конкурсы рисунков, плакатов о профилактике туберкулёза в детских садах и школах также дают положительные результаты. В марте волонтеры провели конкурс рисунков «Остановим туберкулёз» среди учащихся детской художественной школы, конкурс ромашек – среди воспитанников детского сада «Светлячок». На протяжении нескольких дней работы юных вельчан украшали стены ЦРБ. Обратить внимание на свое здоровье, значит обезопасить как своих, так и окружающих детей.

Уже стало доброй традицией оказывать помощь не только больным туберкулёзом, но и их семьям. Туберкулез – это одно из заболеваний, которое остро нуждается в работе со всеми членами семьи. Новый год, День защиты детей, День борьбы с туберкулёзом и другие символичные даты – отличный повод показать людям, что они со своей бедой не остаются одиноки. Чтобы поддержать детей, чьи родители болеют туберкулезом и не имеют возможности баловать своих малышей, противотуберкулёзный кабинет организует акции, в которых активное участие принимают волонтеры. Например, в канун нового учебного года волонтеры и неравнодушные вельчане делятся одеждой, игрушками, учебными принадлежностями с нашими маленькими пациентами. А в канун Нового года дети, которые состоят на учете в туберкулезном кабинете, получают сладкие подарки. Акции проходит под лозунгом: «Чужих детей не бывает».

Большая роль в работе волонтеров отведена информированию населения посредством интернет-ресурсов. Волонтерами создана и ведется страничка в социальной сети «ВКонтакте» с символичным названием – «Белая ромашка».

Наиболее массовым по привлечению внимания к проблеме ТБ можно назвать проведение обученными специалистами – волонтерами противотуберкулезного кабинета – встреч, классных часов в школах и техникумах города и района.

Тесное сотрудничество с библиотеками, службой занятости населения, пенсионным фондом района дало положительные результаты – при получении книги, информации по трудоустройству или пенсионным вопросам сотрудники этих учреждений и волонтеры выдавали приглашение на флюорографию.

В марте специалисты фтизиатрической службы и волонтёры выезжали в посёлок Кулой. В Доме культуры поселка железнодорожников собрались его жители, среди них было много старшеклассников двух местных школ. Проведённое мероприятие называлось «Защитим себя и своих близких от туберкулеза». Волонтеры распространяли листовки о туберкулёзе, вреде курения, памятки для школьников. Интерес к таким образовательным и просветительным встречам наблюдается не только у обучающихся, но и у родителей, педагогов.

В рамках проекта проходит ставшая уже традиционной акция «Белая ромашка», в ходе которой волонтеры

распространяют листовки и проводят блиц-опросы о профилактике ТБ.

В 2018 году накануне Всемирного дня борьбы с туберкулёзом фтизиатрическая служба Вельской ЦРБ, Вельское отделение Красного Креста, районный Совет молодёжи и волонтёры провели флешмоб в рамках большой акции «Остановим туберкулёз в нашем районе». В этот день на многолюдной площадке в центре города около торгового центра «ЦУМ» можно было заметить молодых людей в футболках с надписью «Мы за здоровые лёгкие». Это ребята-волонтёры – школьники старших классов, студенты, среди которых много тех, кто уже не первый год занимается вопросами здорового образа жизни, здоровья окружающих. В рамках акции они выступили в защиту тех, кто болен туберкулёзом, а также привлекли внимание к проблемам распространения и профилактики этой социальной болезни. Вместе с медиками волонтёры раздавали листовки о профилактике туберкулёза и приглашения пройти флюорографическое исследование, которое является основным методом раннего выявления туберкулёза.

Всемирный день борьбы с ТБ отмечается ежегодно 24 марта. Это отличный повод для того, чтобы подготовить и реализовать значимые для населения и эффективные для фтизиатрической службы мероприятия – массовые акции, обучающие мероприятия, беседы с населением! Постарайтесь подойти к задаче творчески и нестандартно, подумайте о том, какие мероприятия могут оказаться успешными именно в вашем районе и поделитесь историями успеха с представителями Ассоциации!

В ходе флешмоба была организована фотозона, где каждый желающий, подтверждая своё участие в акции, мог сфотографироваться на фоне белых ромашек, которые избраны символом борьбы с туберкулёзом. Кроме того, был проведён конкурс селфи. Эти же ромашки взмыли вверх, в весеннее небо вместе с воздушными шарами такого же белого цвета: так волонтёры выразили свою поддержку детям, больным туберкулёзом.

Со своей задачей волонтёры справляются «на отлично». Ежегодно с их помощью проводится более 300 профилактических мероприятий. Информацию об особенностях заболевания ТБ ежегодно узнают более 3 тысяч человек. Во время проведения мероприятий количество ФОГ-обследований населения увеличивается почти в 2 раза, и соответственно, растет количество выявленной патологии.

Несомненно, работа волонтеров высоко оценивается администрацией больницы и района! Самые активные участники награждаются благодарственными письмами, почётными грамотами, подарками от главного врача ЦРБ, администрации района.

К проведению акции привлечено более 100 волонтёров, учащихся школ и техникумов г. Вельска и Вельского района. Несколько волонтеров после тесного сотрудничества с противотуберкулезным кабинетом избрали медицину своей будущей профессией. Очевидно, что этот современный и динамичный проект, кроме своей первостепенной задачи – профилактики ТБ, становится еще профориентационным и стимулирующим молодежь на активное участие в общественной жизни нашего района.

Дезактив–Гель

АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО

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

ОПИСАНИЕ

Готовый к применению гель в виде прозрачной вязкой жидкости.

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

СОСТАВ

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

НАЗНАЧЕНИЕ

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

Срок годности средства—3 года.

МИКРОБИОЛОГИЯ

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

ПРИМЕНЕНИЕ

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

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

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

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

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

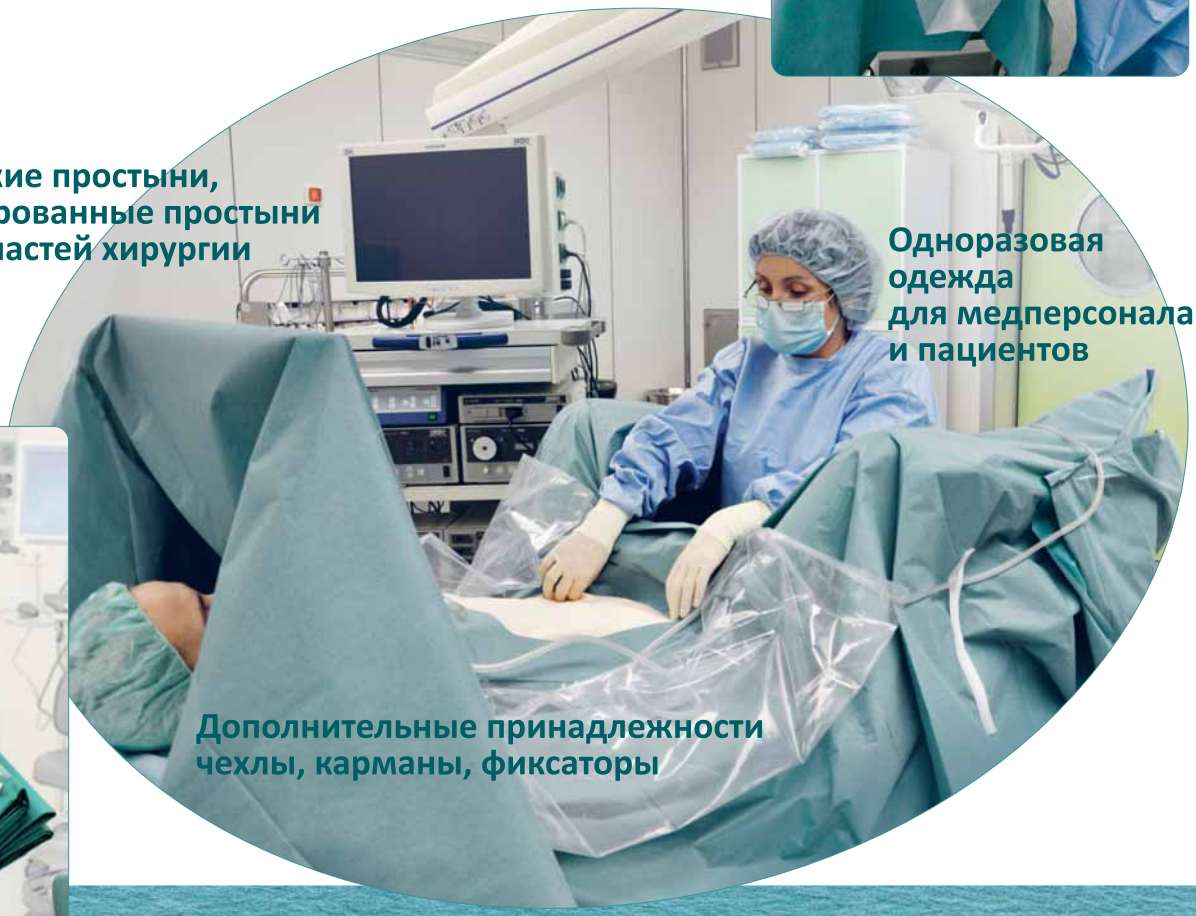
МедКомплект

Стерильные комплекты одноразового хирургического белья

– необходимая защита от риска инфицирования пациента и персонала в операционной. Выбор материала, из которого изготовлено белье, играет жизненно важную роль в обеспечении безопасной больничной среды. Уникальные многослойные материалы – «М2» и «М3» российского производителя «МедКомплект» гарантируют необходимую безопасность: моментальное впитывание жидкостей, абсолютную непроницаемость, высокую прочность в сухом и влажном состоянии, высокую термическую стойкость, отсутствие пылеворсоотделения.

Хирургические комплекты для всех областей хирургии

Комплекты соответствуют Национальному Стандарту ГОСТ EN 13795-2011, включают в себя все необходимые принадлежности для подготовки операционного поля, каждая простыня имеет операционный способ укладки в виде «книжки», определенная последовательность укладки обеспечивает правильный порядок работы персонала, наличие устойчивого адгезивного края обеспечивает надежную защиту во время длительных операций.



Хирургические простыни, специализированные простыни для всех областей хирургии

Одноразовая одежда для медперсонала и пациентов

Дополнительные принадлежности чехлы, карманы, фиксаторы

Российский производитель ООО «МедКомплект» торговая марка EURODAY
Санкт-Петербург, тел. 8(812)326-54-29 www.euroday.ru info@euroday.ru