

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 3/42 2019



ГЛОБАЛЬНЫЕ ВЫЗОВЫ – СОВМЕСТНЫЕ ОТВЕТЫ:

В Санкт-Петербурге состоялись
V Международный саммит медицинских
сестер и III Форум сестринских
ассоциаций стран БРИКС



стр. 10

Электронный документо-
оборот – новые задачи для
сестринского персонала



стр. 3

Солирующая скрипка:
операционная сестра –
главная фигура в «операц-
онном оркестре»



стр. 29

Сестринское дело
в анестезиологии:
от решения проблем
к перспективам роста



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



**25 мая Всемирная ассамблея здравоохранения
официально одобрила инициативу
Генерального директора ВОЗ
д-ра Тедроса о том, что 2020 год станет
Годом медицинской сестры и акушерки!**

Уважаемые коллеги и дорогие читатели «Вестника»!

Наступила пора летних отпусков, однако в сестринских коллективах и ассоциациях работа кипит! Весна и лето – пора многочисленных научно-практических конференций, торжественных мероприятий по случаю Международного дня медицинской сестры и акушерки, Дня медицинского работника, а еще – это непростая пора первичной аккредитации. Надеемся, что вы рассматриваете это время не с сожалением – да, кто-то едет в отпуск, а мне предстоит подготовить доклад, – а с воодушевлением, потому что любое новое начинание – это важный шаг на пути собственного профессионального роста!

Даже не шагом, а огромным скачком в профессиональном развитии специалистов и всей ассоциации стали глобальные мероприятия РАМС 2019 года – V Международный саммит и III Форум сестринских ассоциаций стран БРИКС. Ассоциация отработала основные разделы подготовки крупного международного события. Нам удалось сформировать современную, актуальную не только для нас, но и для зарубежных делегатов программу, поставить перед профессиональным сообществом и руководителями здравоохранения вопросы развития практики и продемонстрировать, что их решение – залог успешного и эффективного развития здравоохранения в нашей стране.

К мероприятию готовились не только мы. Десятки зарубежных и российских спикеров волновались, обдумывая каждое слово, чтобы отбросив лишнее, сказать о самом важном, будь то особенности оказания помощи маломобильным группам пациентов на селе или роль сестринского персонала в поддержке пациентов с ХОБЛ в далеком Китае.

Сейчас совершенно точно можно сказать, что мероприятия удалась, ме-

дицинские сестры поверили в свои силы и приобрели огромный багаж знаний, положительных эмоций, общения с коллегами и единомышленниками, который станет настоящим топливом для дальнейшего движения вперед.

В считанные дни вслед за глобальными событиями 2019 года прошли специализированные конференции для фельдшеров и медицинских сестер офтальмологической службы. Традиции встреч в Санкт-Петербурге с каждым годом укрепляются, на этот раз специалисты СМП обсуждали проблемные вопросы оказания медицинской помощи на предприятиях и железнодорожном транспорте, в условиях Крайнего Севера и на каждом шагу – с помощью общедоступных дефибрилляторов. Сестрам офтальмологии предстояло обсудить множество тем, ведь по сути это была первая конференция такого масштаба. Данное направление является одним из проблемных. В то время, когда мы говорим о необходимости расширения роли сестринского персонала, в офтальмологии необходимо достичь взаимопонимания с врачебным сообществом. И мы идем по тому же пути, что и сестры других стран – убеждаем и доказываем, что в условиях дефицита помощи очень важно не забирать у медицинских сестер клинические функции, а, напротив, наделять их дополнительными.

В ближайших выпусках «Вестника» мы обязательно осветим подробнее эти узкоспециальные темы, а в этом выпуске порадуемся за наших коллег, которые успели не только принять участие в многочисленных конференциях, но также стали победителями конкурсов, вошли в число лучших руководителей своих регионов или просто заслужили такую любовь и уважение своих коллег, что были удостоены юбилейных поздравлений со страниц нашего «Вестника».

Наша профессия богата талантами. В эти весенне-летние месяцы героини сестринского дела успели провести акции в поддержку детей, внесли свой вклад в борьбу с туберкулезом, завершили работу над исследовательскими проектами и придумали, как внедрить квест в информационную работу с населением.

Хочется верить, что знакомясь с публикациями журнала, страница за страницей, вы заново будете открывать свою любимую профессию и ощущать энергию движения! Поверьте, все то, чего добиваются ваши коллеги в сотнях, тысячах и десятках тысяч километров от вас – доступно и вам. Нужно только поверить в свои силы и увидеть себя главным героем перемен!

Именно сейчас для этого самое время! Ведь 25 мая Всемирная ассамблея здравоохранения официально одобрила инициативу Генерального директора ВОЗ д-ра Тедроса о том, что 2020 год станет Годом медицинской сестры и акушерки!

Ассоциация медицинских сестер России и ее региональные отделения будут готовиться к этому году, планировать научные, профессиональные и политические события. Призываем и вас не ждать перемен, а использовать важнейший политический момент поддержки, дабы изменить профессию, усовершенствовать практику, помочь своим пациентам, достичь понимания со стороны врачебного сообщества и руководства. У нас есть ровно год, чтобы добиться важнейших перемен в сестринском деле. Давайте соберем все наши силы, волю, знания, все наши более чем двадцатилетние чаяния и мечты и сделаем так, чтобы о медицинских сестрах в нашей стране заговорили с благодарностью и уважением все – от коллег и пациентов, до руководителей здравоохранения и страны!



На обложке: участники V Международного саммита и III Форума сестринских ассоциаций стран БРИКС, Санкт-Петербург

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ	
Гордость профессии. В Вологде подвели итоги профессионально-творческого конкурса	стр. 3
1 июня – праздник счастливого детства	стр. 5
Остановить ТБ. В российских регионах прошли акции в поддержку достижения глобальной цели	стр. 12
Чистые руки – залог здоровья	стр. 32
КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Изучение проблем сестринского дела в анестезиологии и реаниматологии. Возможные пути решения	стр. 29
Организация работы ЦСО в учреждениях травматологического профиля	стр. 34
ГЕРОИ ПРОФЕССИИ	
Солирующая скрипка	стр. 7
МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО	
Глобальные вызовы – совместные ответы. Лидеры национальных ассоциаций стран БРИКС встретились в Санкт-Петербурге для выработки стратегий преодоления бремени НИЗ	стр. 14
ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ	
Телемедицина в Казахстане	стр. 19
ИННОВАЦИОННАЯ ПРАКТИКА	
Рентгенолабораторное дело: проблемы, достижения, инновации	стр. 8
Электронный документооборот как способ улучшения взаимодействия между структурными подразделениями стационара	стр. 10
Лидерство в клинической практике	стр. 23
СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	
Уменьшение болевого синдрома у пациентов после операции на органах брюшной полости и малого таза в раннем послеоперационном периоде	стр. 26

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 08.07.2019. Отпечатано в ООО «ИПК "Береста"». Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28. Заказ № 1221. Тираж 15 500. Цена договорная. За опубликованные рекламные материалы редакция ответственности не несет. Фото: depositphotos.com

СОТРУДНИЧЕСТВО С АВТОРАМИ

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

ОФОРМЛЕНИЕ ПОДПИСКИ

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

УЧРЕДИТЕЛИ И ИЗДАТЕЛИ

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

РЕДАКЦИЯ

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

АДРЕС РЕДАКЦИИ

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

- АНОПКО В.П.** – канд. мед. наук, президент Астраханской региональной общественной организации «Профессиональная сестринская ассоциация»
- ГЛАЗКОВА Т.В.** – главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Комитета по здравоохранению Ленинградской области, президент Региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация специалистов сестринского дела» Ленинградской области
- ДРУЖИНИНА Т.В.** – главный специалист по сестринскому делу Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области, президент Кемеровской региональной общественной организации «Ассоциация медицинских сестер Кузбасса»
- ЗОРИНА Т.А.** – президент Омской региональной общественной организации «Омская профессиональная сестринская ассоциация»
- КУЛИКОВА Р.М.** – президент Тюменской региональной общественной организации «Тюменская областная профессиональная сестринская ассоциация»
- ЛАПИК С.В.** – д-р мед. наук, профессор, декан ФВСО ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава
- НИКИТИНА Н.В.** – старшая медицинская сестра БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 1», президент Вологодской региональной общественной организации «Ассоциация специалистов сестринского дела»
- РУДЕЙКО И.В.** – врач-дезинфектолог высшей категории, эпидемиолог-эксперт
- РЯБКОВА В.В.** – главная медицинская сестра ФГБУ ФЦТОЭ МЗ РФ, президент Смоленской региональной общественной организации «Ассоциация специалистов сестринского дела»

ГОРДОСТЬ ПРОФЕССИИ

В ВОЛОГДЕ ПОДВЕЛИ ИТОГИ ОБЛАСТНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ТВОРЧЕСКОГО КОНКУРСА

25 апреля были подведены итоги областного профессионально-творческого конкурса «Горжусь своей профессией», организованного Вологодской региональной общественной организацией «Ассоциация специалистов сестринского дела».

Цели конкурса очевидны – поднять престиж профессии, роль специалистов в оказании медицинской помощи, содействовать осознанию самими специалистами своей высокой миссии служения пациенту и его близким. Для участия в этом мероприятии были приглашены все члены Вологодской ассоциации, работающие в медицинских организациях любых форм собственности.

В соответствии с условиями конкурса каждый участник должен был в срок до 29 марта представить пакет конкурсных материалов, включающий заявку на фотографии в формате JPEG, авторский текст в форме эссе, который отражает деятельность специалистов по оказанию помощи той или иной группе пациентов, подписанную и заполненную форму согласия на обработку персональных данных от имени конкурсанта, а также подписанную и заполненную форму согласия на обработку на использование конкурсных фотографий лица, запечатленного на фото. Несмотря на высокие требования, технические осо-

бенности и необходимость представить качественные фотографии, конкурс вызвал живой интерес – в Ассоциацию поступило 27 заявок.

По результатам рассмотрения конкурсных материалов победителями конкурса признаны сразу шесть специалистов! Торжественное награждение победителей конкурса состоялось 27 мая 2019 года в ходе заседания Координационного совета ВРООССД. Поздравляем победителей конкурса с заслуженной победой! Благодарим всех участников конкурса за профессионализм, любовь к профессии и творчество и рады познакомить читателей «Вестника» с некоторыми работами победителей.

У истоков здоровья

Гиппократ говорил: «Лечение болезни требует не только искусства врача и лекарства, но также много забот и ласки по отношению к больному...» Именно забота в моей профессии играет немаловажную роль, так как мои пациенты – это будущие мамы, молодые семьи и дети раннего возраста. Не что иное, как забота о матери и ее ребёнке, заставляет меня гордиться выбором своей профессии. Каждый момент я проживаю вместе со своими пациентами, радуясь успехам малышей, их развитию и движению вперёд. Мы вместе с мамочками обсуждаем вопросы и преимущества грудного вскармливания, которое является приоритетным.

На фоне пропаганды грудного вскармливания и здорового образа жизни активно реализую проект «Истоки». Именно этот проект, победитель конкурса проектов «Здоровый образ жизни» Ассоциации медицинских сестер России 2013 года, очень вдохновил меня и определил основное направление моей деятельности – профилактика. В рамках «Истоков» проводятся школы здоровья и молодых родителей, что формирует более ответственное отношение родителей к здоровью детей и повышает качество их жизни. Как правильно делать массаж, проводить закаливание, какие игрушки и в каком возрасте значимы для ребенка, как вводить прикорм и детские молочные смеси... И это только часть знаний, необходимых для развития и воспитания здорового поколения.

Организация многочисленных акций на базе нашей поликлиники является неотъемлемой частью моей работы. Их ос-



Место – АСТАШЕНКО
Наталья Николаевна,
медицинская сестра
кабинета здорового
ребенка, БУЗ ВО «Воло-
годская детская
городская поли-
клиника»

новная задача – информирование населения по профилактике различных заболеваний и формирование позитивного отношения к своему здоровью.

С большим удовольствием я провожу работу с детьми с ограниченными возможностями. Мы участвуем с ними в музыкальных фестивалях, различных конкурсах и занимаем призовые места. Не передать словами, как горят глаза этих детей, как захлестывают эмоции, как благодарны родители за внимание, оказанное их детям. А это дорогого стоит! И не жаль ни времени, ни сил, потраченных на данные мероприятия.

Работая с детьми первых лет жизни, я вижу результат своего труда и понимаю, что всё, что я делаю, важно, нужно, и, главное, востребовано молодыми родителями. Поэтому у меня множество причин гордиться своей профессией и тем, что я с такой любовью и желанием творю!

Говорят: «Счастье – это когда утром с радостью идешь на работу, а вечером с радостью – домой». Я с уверенностью могу про себя сказать: «Я очень счастливый человек!»

Ключи доверия

У каждого из нас в детстве были страхи, победить которые мы смогли, только став взрослыми. Самое большое испытание для меня, маленькой, – сдать кровь из пальца. Что только не делала моя мама, когда пыталась уговорить меня показать «тетке» пальчик: то ли интонация, с которой мама просила меня сделать это, то ли память, которая заставляла меня усомниться в том, что слова «тебе ничего не сделают» лживы, но я никак не могла без слез переступить порог кабинета, где должны были взять кровь для анализа. Эти моменты и заставили меня, уже будучи подростком, определиться с будущей профессией, обязательно связанной с медициной.

Став фельдшером отделения неотложной помощи, я понимаю, что не каждый врач или медсестра могут сделать так, чтобы малыш не испугался во время приема, не заплакал бы при виде «человека в белом халате». И у меня не всегда получается так, как хотелось бы. Но с каким легким сердцем я прощаюсь со своими пациентами, когда они уходят от меня счастливыми.

Сегодня каждый день приносит мне радость, ведь время, проведенное с детьми, бесценно. Все они очень похожи, но в то же время очень разные, вот почему к каждому нужно

**I место –
ПЛАТОНОВА
Анастасия
Александровна,
фельдшер БУЗ ВО «Вологодская детская городская поликлиника»**



подобрать свой ключик, выяснить, что случилось, что болит, уговорить покашлять, подышать...

Каждый мой день состоит из множества встреч с детьми и их родителями, каждая встреча особенна, ко всем нужен индивидуальный подход... Это непросто: временами бывает очень трудно, но никакие трудности не страшны, когда награда – глаза, наполненные радостью, любовью и доверием, здоровые дети и спокойные родители.

Любая профессия сложна и интересна по-своему, и если человек нашел свое призвание, то труд становится для него радостью. Моя профессия стала частью меня самой, моей жизни, я рада, что могу помочь детям, подарить им частичку души и тепла...

Я – фельдшер, и я горжусь своей профессией!

Осознанные роды

Заканчивая Череповецкое медицинское училище имени Н.М. Амосова в 1998 году, я пришла на государственную практику в городской родильный дом, где открыла для себя профессию акушерки. Это повлияло на мой выбор специальности. Я поняла, что это очень интересная, нужная и значимая работа. Работа акушерки уникальна – мы не лечим болезни, мы участвуем в таинстве рождения человека. Акушерка видит результат своей работы, которая всегда направлена на позитивный исход.

Мой 15-летний опыт работы в родильном блоке показал, что большинство женщин не готовы к родам психологически и физически, не имеют никаких теоретических знаний в этой области. Все их знания сводятся к информации, полученной из социальных сетей, от подруг и знакомых, поэтому их последующие впечатления о собственных родах могут быть искаженными. Почему же, готовясь к любым приобретениям, мы изучаем массу информации, а рожать ребенка приходим в роддом с «закрытыми глазами»? А ведь это наше самое главное «приобретение» в жизни!

В обществе исторически сложился стереотип, что роды – это всегда тяжелое испытание для женщины, это боль, страдания и, следовательно, негативные эмоции. Известно, что боль различна в зависимости от чувствительности, физиче-

**II место –
ОСЕТРОВА Марина
Акиндиновна, акушерка,
акушерское физиологическое отделение БУЗ ВО
«Медсанчасть
«Северсталь»**



ской подготовленности, состояния нервной системы женщины.

Какова же причина боли? Возможно ли облегчить состояние женщины в родах, не прибегая к анестезии? Я убеждена, что можно. Еще в середине прошлого века ученые разных стран почти одновременно сделали открытие, перевернувшее отношение к родовым болям. Именно страх создает излишнее напряжение мышц. Напряжение и вызывает боль. Чтобы побороть боль, надо преодолеть страх. Каким образом? Объяснив женщине, что с ней происходит, как в ней живет ребенок, как он рождается, а также научив ее расслаблять мышцы, избавляться от нервного напряжения. Одним словом, информировать ее обо всем. Ведь отношение

женщины к родам в родзале изменить уже невозможно, это нужно делать заранее.

Мне, как акушерке с большим стажем работы в родильном блоке, имеющей опыт преподавания в городском проекте «Счастливое родительство», очень хотелось бы изменить ситуацию к лучшему. За последние десятилетия практика родовспоможения претерпела значительные изменения социального и медицинского характера. Оснащение родильных домов новым высокотехнологичным оборудованием с одной стороны облегчило работу акушерок, а с другой, упразднило некоторые ранее значимые функции в работе акушерки (выслушивание стетоскопом сердцебиения плода, ручной подсчет схваток, определение их силы и т. д.) В связи с этим назрела необходимость расширения должностных полномочий акушерок.

С моей точки зрения, практикующая опытная акушерка может наравне или совместно с врачом участвовать в подготовке женщин к родам. Она может проводить практические занятия по отработке навыков дыхания, методов не-

медикаментозного обезболивания, показать альтернативные положения в родах и методы релаксации. Помимо этого во время таких занятий будущие мамы видят заинтересованность акушерки в положительном исходе родов, между женщинами и медицинским персоналом возникают доверительные отношения. Это помогает женщине впоследствии преодолеть страх перед незнакомой обстановкой и людьми.

В родильном зале женщина доверяет мне жизнь и здоровье свое и своего ребенка. Это возлагает на меня огромную ответственность. Это дает мне толчок к дальнейшему саморазвитию и освоению новых практик. Я понимаю, что от моего профессионализма зависят судьба и здоровье целой семьи. Мне выпало счастье видеть результат своего труда, начиная с курсов по подготовке и заканчивая рождением ребенка, видеть счастливые глаза матери, слышать слова благодарности. И это вызывает во мне неподдельное чувство гордости и осознания важности и значимости моей профессии.

1 ИЮНЯ – ПРАЗДНИК СЧАСТЛИВОГО ДЕТСТВА

Государство признает детство важным этапом жизни человека и исходит из принципов приоритетности подготовки детей к полноценной жизни в обществе, развития у них общественно значимой и творческой активности, воспитания высоких нравственных качеств, патриотизма и гражданственности.

Секция «Сестринское дело в педиатрии» Общероссийской общественной организации «Ассоциация медицинских сестер России» обратилась с предложением об организации региональных акций, приуроченных к Международному дню защиты детей, который ежегодно отмечается 1 июня. Этот день целиком и полностью был посвящен маленьким гражданам нашей необъятной Родины.

Многочисленные региональные ассоциации откликнулись на призыв специализированной секции РАМС «Сестринское дело в педиатрии» и провели акции, посвященные Дню защиты детей. В мероприятиях приняли участие более 6 тысяч медицинских сестер. Во Владимирской, Воронежской, Карельской, Кемеровской, Томской, Тюменской, Ростовской областях, Республике Марий Эл и Донецкой Республике в детских больницах, домах ребенка, в отделениях паллиативной помощи де-



тям, в детских дошкольных и школьных учреждениях прошли праздничные мероприятия.

Для детей были подготовлены развлечения и мастер-классы, культурные мероприятия, концерты и благотворительные акции, веселые старты, выставки детского творчества, подвижные игры и эстафеты, просмотры мультфильмов, викторины, шоу мыльных пузырей – с большим вниманием и заботой медицинские сестры подбিরали программу для своих подопечных, чтобы принести как можно больше радости и положительных эмоций.

В Савинском детском доме-интернате Республики Марий Эл воспитательницами ДРКБ была организована постановка кукольного спектакля «Что бывает», просмотр мультфильма «Мойдодыр», мастер-класс по изготовлению поделок «Стаканчик-пушка».

Члены Томской Ассоциации медицинских сестер из ТОГБУЗ «Моршанская ЦРБ» посетили Центр психолого-медико-социального сопровождения «Приют Надежды», чтобы поддержать детей, которые оказались в трудной жизненной ситуации. Учреждению оказали шефскую помощь в подготовке воспитанников к посещению летнего

лагеря, ребятам подарили одежду, средства личной гигиены, канцелярские товары.

В ассоциации медицинских сестер Кузбасса прошел флешмоб на тему «Защити своего ребенка. Сделай прививку». Мероприятие прошло с участием медицинских сестер детских поликлиник и волонтеров медицинского колледжа, было напечатано более 4000 листовок о пользе вакцинации.

Омская ассоциация собрала более 180 тыс. рублей, чтобы приобрести средства личной гигиены, предметы ухода, канцелярские товары, игрушки, одежду, обувь, книги, продукты питания, развивающие игры, принадлежности для детского творчества, сладкие подарки. Адресную материальную помощь получили несколько семей сотрудников ОКБ, оставшихся без матерей.

К акции присоединились и специалисты Донецкой области. Мероприятия, помощь, акции, праздники охватили маленьких пациентов в каждом детском учреждении ДНР, в каждом районе специалисты и волонтеры постарались сделать этот день ярким, радостным и запоминающимся. Помощь старались оказать индивидуально и адресно – для детей из школ-интернатов собирали детские вещи, обувь, игрушки, книги и канцтовары; для малышей – подгузники и средства гигиены; в ряде учреждений акцент сделали на продуктовых наборах и сладостях – как для маленьких пациентов на лечении, так и для малообеспеченных семей с детьми. Для детей-переселенцев из зоны боевых действий приятным сюрпризом стали билеты на просмотр доброго детского художественного фильма.

Практически во всех учреждениях здравоохранения, где находятся на лечении дети и подростки, были проведены и организованы выставки детского творчества, конкурсы рисунков на асфальте «Дети за мир», конкурсы стихов, подвижные игры и эстафеты, спортивные игры. Дети были отмечены призами в виде фруктов, сладостей.

Донецк, Шахтерский район, Ждановка, Макеевка, Енакиево, Кировское, Тельманово, Михайловка, Снежное, Ясиноватая, Докучаевск – это те населенные пункты ДНР, которые то и дело вызывают тревогу – там все еще неспо-



История праздника берет начало в далеком 1925 году, когда в Женеве проходила международная конференция по вопросу благосостояния детей. По одной из версий праздник приходится именно на первый день лета, потому что 1 июня 1925 г. в Сан-Франциско Генконсул Китая организовал фестиваль лодок-драконов для группы детей-сирот. Впрочем официально День защиты детей был впервые отмечен в 1959 году. Это произошло после конгресса женщин в Париже в 1949 году, где они провозгласили клятву об обеспечении мира для достижения детского счастья. Впоследствии инициативу поддержала ООН и выделила направление защиты жизни, здоровья и прав детей одним из приоритетов деятельности.

койно, там все еще идет настоящая война, там живут, выживают, и пытаются бороться с болезнями маленькие пациенты, и там круглые сутки для них работают самые смелые, решительные и бесстрашные медицинские работники.

1 июня в столичном Центральном парке культуры и отдыха имени А. С. Щербакова жители Республики приняли участие в международной акции «Ангелы» в память о безвинно погибших детях. В ходе акции в ночное небо Донецка были запущены сотни горящих фонариков, символизирующих души юных жертв вооруженного кон-

фликта. В парке собрались несколько тысяч человек. Мероприятие посетили депутаты Народного Совета, министры, представители общественных организаций, граждане и гости Республики.

Все мероприятия прошли в теплой, дружеской обстановке. Участники акции получили только положительные эмоции, приятно было видеть смех, улыбки и радость детей.

Специализированная секция ПАМС «Сестринское дело в педиатрии» благодарит всех участников за проявленную помощь, доброту и заботу и надеется на дальнейшее сотрудничество!



Солирующая скрипка

ОЧЕРКИ О МЕДИЦИНСКИХ СЕСТРАХ ИЗ ЦИКЛА «ПОРТРЕТ СОВРЕМЕННОЙ»

■ **И. Янминкуль**
Пресс-секретарь ТРОПСА

Она – современная, стройная и удивительно красивая женщина с большими, мудрыми и чуточку грустными глазами. Татьяна Серафимовна Григорьева – операционная медицинская сестра операционного блока детского стационара Областной клинической больницы № 2 г. Тюмени, высококлассный специалист в области операционного дела, владеющий современными и передовыми технологиями. Трудолюбие, целеустремленность, доброта, вера в успех начатого дела – эти важные качества помогают ей быть незаменимой в операционной бригаде. Все, что зависит от нее, она делает по максимуму.

Операционная бригада – это большая семья, где каждому члену команды определена своя роль. Успех любой операции зависит от интуиции, умения рисковать и бесконечного доверия хирурга к своим коллегам. Поэтому уметь прочувствовать врача-хирурга по взгляду, движению головы и своевременно подать нужный инструмент, шовный материал – это уже большое искусство операционной сестры. Она в совершенстве должна знать и владеть ходом и этапами любой операции, вовремя подготовить все необходимое оборудование, проконтролировать соблюдение всех рутинных требований асептики и антисептики. Во многом от операционных сестер зависит исход операции. Высокоорганизованная операционная сестра на фоне «операционного оркестра» может быть солирующей скрипкой...

Трудясь в коллективе, состоящем из 47 человек, Татьяна Серафимовна отличается стремлением постоянно развиваться. Одна из первых она освоила работу на эндоскопическом оборудовании. Овладев новой технологией «лапароскопическая нефруретерэктомия», вместе с врачом оказывает помощь детям с диагнозом гидронефроз.



Она – активный участник внедрения системы менеджмента качества в своем подразделении. А ведь менеджмент качества – это, в первую очередь, требование к безопасности пациентов и персонала при оказании медицинских услуг, которые диктует современное здравоохранение.

тересов, вкусов, это умение порадоваться друг за друга и помолчать, не являясь обузой. Есть у нее несколько настоящих друзей, дружба с которыми органичная и совсем не тяготит. Еще очень любит Тюмень, город, в котором она живет уже много лет, за современность, открытость, постоянное развитие, молодость и комфорт. Взрослый сын Татьяны – ее главная любовь и достижение в жизни, также проживает в Тюмени. Он избрал в жизни свой, другой путь, параллельно мамин. Он вырос настоящим, добрым и целеустремленным, как она сама. Такими же она хочет видеть в будущем своих внуков.

Татьяна Серафимовна ценит в людях искренность и высокий профессионализм во всем. Именно поэтому она

«*Татьяна Серафимовна – универсальная операционная медсестра, которая сходу может встать на любую операцию, в том числе травматологическую.*»»

Профессии «Операционное дело» Григорьева Т.С. служит уже 32 года, причем все это время на одном рабочем месте. За годы работы она неоднократно подтверждала высшую квалификационную категорию по специальности. Татьяна Серафимовна участвует в областных сестринских конференциях и конкурсах профессионального мастерства. Являясь большой поклонницей лыжных гонок, она с коллегами даже приняла участие в спартакиаде по лыжным гонкам «Лыжня России».

Жизнь ее не закичивается на работе, Татьяна любит не только активный отдых, но и уединение в поисках гармонии в занятиях йогой. Поэтому шумной веселой компании она скорее всего предпочтет уединение и тишину, хотя, как и любому человеку, ей не чужды азарт и веселье.

Григорьева умеет дружить и понятие дружбы для нее – это единение ин-

с удовольствием смотрит и любит комедии Меньшова и Рязанова. Несмотря на то, что практически наизусть знает большинство монологов, каждый раз искренне хохочет над шутками любимых киногероев. А за виртуозной игрой на гитаре Виктора Зинчука она с упоением может наблюдать бесконечно. Он – профессионал, сделавший себя в профессии сам. И она такая же.

Прийти в профессию несложно, важно суметь в ней остаться и, достигнув определенных высот, занять свою нишу, доказав не только коллегам, но в первую очередь себе, свой уровень профессионализма. А не это ли является тем самым главным критерием, подтверждающим правильность выбора профессиональной стези?

Татьяна совсем не верит в приметы и в своей любимой профессии привыкла рассчитывать только на себя и, конечно же, на Бога.

РЕНТГЕНОЛАБОРАТОРНОЕ ДЕЛО: ПРОБЛЕМЫ, ДОСТИЖЕНИЯ, ИННОВАЦИИ



■ **Мананников Максим Геннадьевич**, рентгенолаборант БУЗ Омской области «ОКБ», председатель секции РАМС «Лучевая диагностика. Лучевая терапия»

В последние два десятилетия идет достаточно интенсивное оснащение лечебных учреждений различного профиля прецизионной аппаратурой – рентгеновскими мультиспиральными компьютерными и магнитно-резонансными томографами. Постоянно вводятся в строй современные цифровые рентгенодиагностические, денальные, маммографические и рентгенохирургические аппараты. Возрастает роль лучевых методов в диагностике, благодаря которым в значительной мере зависит успех оказания медицинской помощи в различных клинических ситуациях. Благодаря научно-техническому прогрессу лучевая диагностика значительно укрепила свой потенциал, обеспечивая постановку до 90% диагнозов. Постепенно вытесняются и пленочные методы исследований, но нам нельзя забывать про них, про специалистов, работающих в классической рентгенологии. Постоянно растет объем исследований, появляются и вводятся в практику новые методики: МСКТ и МРТ-перфузия, МРТ сердца, МСКТ-коронарография, МР- и МСКТ-колоноскопия и многие другие.

В связи с этим возникает острая необходимость в подготовке высококвалифицированного персонала для работы на данной аппаратуре. Особенности работы на ней существенно отличаются от работы на рентгенодиагностических аппаратах и отличаются от работы на пошаговых компьютерных томографах. Специфика заключается

в значительном усложнении самого технологического процесса сканирования, дополнительной рабочей нагрузки за счет проведения внутривенных болюсных контрастирований, постпроцессорной обработки изображений, документирования и архивация изображений, что многократно повышает ответственность рентгенолаборантов. Запись пациентов проводится на строго определенное время, и сами исследования должны выполняться вовремя, своевременно и на высоком профессиональном уровне.

В кабинетах МРТ и МСКТ должен работать рентгенолаборант, имеющий высшую и первую квалификационную категорию, а также прошедший специальный курс обучения по данным методам.

В зарубежной радиологической практике также актуальна тема, касающаяся особенностей подготовки и работы рентгенолаборантов. Отмечается даже профессиональный стресс у рентгенолаборантов, связанный с общением с пациентами, рабочей нагрузкой, работа со сложной аппаратурой, ионизирующим излучением и т. п. (D.E. Guy, V.V. Rai).

В нашей стране основным документом, регламентирующим проведение рентгенологических исследований, является Приказ МЗ РФ № 132 от 1991 года, который явно устарел и не отражает всех нюансов появившихся новых КТ- и МРТ-технологий. В связи с этим назрел ряд вопросов, касающихся нормативных документов и подготовки квалифицированных кадров для работы на высокотехнологичной аппаратуре.

В основной нормативный документ, каковым на сегодняшний день является Приказ № 132, требуются дополнения.

В частности, в данном Приказе отсутствует Положение о кабинете МСКТ, а технологический процесс при МСКТ

существенно отличается от технологического процесса при пошаговой компьютерной томографии. В настоящем Положении о кабинете рентгеновской компьютерной томографии отсутствуют задачи, определяемые новыми технологическими требованиями для персонала; не регламентированы взаимоотношения между специалистами кабинета МСКТ и анестезиологической службой, явно устарели и не соответствуют действительности временные нормы проведения различных МСКТ- и МРТ-исследований (нативные исследования значительно отличаются по временным затратам от исследований с болюсным контрастированием и других специальных методик).

В новом Положении имеет смысл указать, что в кабинетах МРТ и МСКТ должен работать рентгенолаборант, имеющий высшую и первую квалификационную категорию, а также прошедший специальный курс обучения по данным методам.

Во многих лечебных учреждениях с подачи руководства практикуется ротация кадров. Рентгенолаборантов раз в месяц переводят на работу в другой кабинет, на другую аппаратуру. Данное решение несет двойственную функцию: с одной стороны оно позволяет всему персоналу осваивать современную аппаратуру и новые методики, но с другой стороны, только при постоянном совершенствовании, изучении укладок и методик возможен рост профессионального мастерства. Нельзя забывать и про пресловутое в нашей действительности правило, что у каждой вещи должен быть один хозяин, именно тогда возможна полная сохранность оборудования и бережное отношение к нему.

Следует рассмотреть вопрос о подготовке рентгенолаборантов кабинетов МСКТ и МРТ. Кто и где должен готовить данные кадры? В настоящее время рентгенолаборантов готовят на циклах первичной специализации в училищах повышения квалификации средних ме-



дицинских работников. Продолжительность курса первичной специализации 3 месяца (432 часа), а тематического усовершенствования один месяц, что явно недостаточно для качественного освоения новой специальности и роста профессионализма. Да, на этих курсах отлично дается теория, изучается классическая рентгенография. Не назрела ли необходимость открывать отделения рентгенолабораторного дела на базе медицинских колледжей, а возможно и на базе медицинских вузов? Сейчас очень сложно организовать работу рентгенолаборанта на аппаратах МСКТ и МРТ из-за различающихся интерфейсов производителей аппаратуры, все обучение проходит на рабочих местах, под руководством аппликаторов за 2–3 рабочих дня.

На данный же момент, вероятно, для первичной специализации и усовершенствования рентгенолаборантов МСКТ и МРТ следует организовать учебные центры на базе ведущих вузов столичных городов и ведущих вузов отдаленных регионов (Сибирь, Урал, Дальний Восток) с проведением как очных курсов обучения, так и дистанционных форм обучения. Для этого важно составить программы первичной специализации и усовершенствований с привлечением и установкой специальных станций и симуляционных программ, чтобы помочь подготовить специалиста для работы на конкретном аппарате.

Нельзя не забывать еще одну острую проблему для рентгенолаборантов: практически полное отсутствие поступления «свежей крови». Из более чем 32 000 специалистов по всей стране, только пятая часть работников

не выработала свой профессиональный стаж по вредности. Профессия наша перестала быть престижной, молодежь не идет работать в рентгенологию. Причин множество: снятие профессиональной вредности одна из них, соответственно льготный период выхода на пенсию уже не актуален. С приходом новых технологий и установкой новых цифровых аппаратов практически уходит и вредное воздействие на человеческий организм. Но в нашей стране многие кабинеты и больницы еще могут только лишь мечтать о таких аппаратах, большинство же работает по старинке: темная комната, пленка, химические реактивы.

Особенно важным является и создание под эгидой Российской ассоциации медицинских сестер и региональных профессиональных сестринских Ассоциаций специализированных секций для рентгенолаборантов и специалистов, работающих в радиологических лабораториях. С 2017 года под эгидой РАМС создана секция «Лучевая диагностика. Лучевая терапия», где собраны специалисты с разных регионов Российской Федерации. Работа идет сложно, часто приходится сталкиваться с непониманиями на местах, в регионах. Но благодаря формированию этой секции стала появляться возможность чаще встречаться и проводить различные форумы и конгрессы именно для рентгенолаборантов. В ближайшее время секция и РАМС приступят к проведению вебинаров, которые помогут специалистам из удаленных уголков нашей страны быть в курсе всех современных тенденций. Требуется создание специализированных секций по всей

стране. Ведь работа в этих секциях также может быть расценена как форма повышения квалификации специалистов. Можно и нужно проводить заседания таких секций, в том числе и онлайн, привлекая в помощь все информационные технологии, доступные для каждого пользователя, где уделять внимание освещению вопросов по современным технологиям медицинской визуализации. Важно продолжать создание и издание новых стандартных операционных процедур (СОП), ведь отсутствие современных стандартов работы сильно затрудняет и сам диагностический процесс и любое разбирательство, связанное с недовольством пациентов. Большую лепту в развитие и рост профессионального мастерства должна внести система непрерывного медицинского образования (НМО). Благодаря ей и современным тенденциям развития научных достижений, принимать участие в современном процессе совершенствования смогут все рентгенолаборанты, в том числе и из самых отдаленных регионов нашей страны.

Обобщая все вышеизложенное, хочется подчеркнуть, что вопросы о пересмотре роли рентгенолаборанта в работе рентгенодиагностических отделений, повышение их профессиональной грамотности на современном этапе являются очень актуальными и должны обсуждаться в рамках Российских радиологических конгрессов и заседаниях Проблемной комиссии по лучевой диагностике. Ведь будущее в любой профессии только за грамотным и высококвалифицированным специалистом, любящим свою работу!

Электронный документооборот как способ улучшения взаимодействия между структурными подразделениями стационара



■ Лондаридзе София Михайловна

Старшая медицинская сестра отделения анестезиологии и реанимации № 1 ГБУЗТО «Областная клиническая больница № 1»

Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года содержит раздел 2.7 «Информатизация здравоохранения». В нем отмечается, что разработка и реализация программ информатизации здравоохранения в Российской Федерации ведется с 1992 года. На текущий период в стране созданы элементы информационно-коммуникационной инфраструктуры для нужд медицины, положено начало применению и распространению современных информационно-коммуникационных технологий в сфере здравоохранения. В проекте отмечается, что целью информатизации системы здравоохранения является повышение доступности и качества медицинской помощи населению на основе автоматизации процесса ведения персональных медицинских данных, поддержки принятия решений и информационного взаимодействия. До недавнего времени в российском здравоохранении почти полностью отсутствовали хоть какие-то признаки автоматизации. Карты, бюллетени, процедурные отчеты, учет пациентов, лекарственных препаратов – весь документооборот производился на бумаге. Это сказывалось на скорости, а следовательно, и качестве обслуживания пациентов, затрудняло работу врачебного, медицинского персонала, что вело



к врачебным ошибкам, большим затратам времени на заполнение карт, составление отчетов. Это также осложняло решение управленческих задач (отсутствие контроля работы подразделений, недостаток оперативной, аналитической информации) и работу контролирующих органов. В настоящее время внедрение информационных технологий в практику работы лечебно-профилактического учреждения признано одним из самых эффективных средств в повышении доступности и качества медицинской помощи. Такой результат достигается путем внедрения электронного медицинского документооборота и, как следствие, тотального учета и контроля всех процессов, происходящих в МО, повышению информативности, сохранности и доступности медицинской информации, существенном снижении трудозатрат персонала по оформлению учетной документации и формированию необходимой оперативной статистической отчетности. Важную роль играют такие возможности, как персонализированный учет лекарственных средств, финансово-экономический учет, планирование рабочего времени и другие функции. При этом в последнее время

все большее внимание уделяется клинически-ориентированным информационным системам, способным не просто реализовать административно-хозяйственный учет, но и предоставить возможность использования электронной истории болезни и функции повышения эффективности управления.

Внедрение системы на базе 1С в ОКБ № 1 ведется с июля 2015 года. На базе многофункциональной платформы «1С Медицина», создан прикладной программный продукт для медицинских учреждений.

В частности, построена новая локально вычислительная система на 1200 портов, развернуто около 800 новых информационных рабочих мест. Проведена подготовка к переходу на новую систему: обучение сотрудников, тестирование модулей системы. Был осуществлен переход на ERP-систему «1С Предприятия». В неё вошли модули «Больница», «Больничная аптека», «Бухгалтерия государственного учреждения», «Зарплата государственного учреждения», «Документооборот», «Диетпитание» и лабораторно-информационная система «Алиса». Тем самым в единой системе начали работать основные подразделе-

ления ОКБ № 1: Больничные стационары, Диагностические службы, ЦКДЛ, Финансово-экономический блок, Пищевые, хозяйственные и сервисные службы. Это позволило объединить все подразделения в единую информационную структуру.

Результаты введения электронной информационной системы

За счет внедрения электронной информационной системы удалось решить целый комплекс важнейших управленческих задач:

- Создать единое информационное поле в клинике путем использования одного программного продукта во всех сферах деятельности;
- Сохранить весь объем информации «бумажной» истории болезни в МИС (медицинская информационная система);
- Обеспечить обмен между двумя основными службами больницы: медицинской и хозяйственной;
- Обучить персонал работе в МИС «1С медицина»;
- Формировать заявки на закупки, согласовывать и утверждать электронной подписью, не используя бумажный носитель.

Опыт автоматизации в ОКБ № 1 показал, что один из ключевых моментов при внедрении системы – это работа с персоналом больницы, так как новые рабочие места потребовали новых знаний и умений. Перевод многих процессов в электронный формат заставил мыслить наших работников по новому. Обучение медицинского персонала инновационным технологиям является обязательным условием работы клиники.

Для пациентов внедрение этой технологии также оказывает благоприятное влияние. Пациент при обращении в клинику проходит идентификацию и получает браслет с уже занесенной на него первичной информацией об истории болезни. Приходя на осмотр к врачу, пациент прикладывает штрих-код к устройству, после чего в информационной системе специалиста сразу появляются все данные о пациенте и результаты исследований. Идентификация обеспечивает персонал больницы целым рядом дан-

ных о пациенте: информацией о пациенте (Ф.И.О., возраст, группа крови, резус-фактор и т. д.); сведениями о назначенных в рамках лечения медикаментах; сведениями о патологиях (если имеются); информацией о необходимом режиме питания пациента и др.; вся информация о работе медсестры. Врач в любое время может считать специальным устройством с браслета пациента необходимые данные и сведения о назначенных медикаментах, ходе лечения, физиологических параметрах, давлении и температуре, а также своевременности смены постельного белья и осмотре на педикулез. Это значительно упростило работу сотрудникам. Также точная система идентификации пациентов гарантирует надежную защиту от ошибок, точность поставленного диагноза и назначенной терапии.

В процедурном кабинете медицинская сестра в электронном виде открывает бланк-заказ, а затем с помощью сканера считывает штрих-код с распечатанной принтером самоклеящейся термоэтикетки, которую затем наклеивает на транспортный контейнер (пробирку, баночку, предметное стекло). Все опрошенные медицинские работники отмечают, что на маркировку транспортных контейнеров для биологических материалов тратится не более 30 секунд. Это нововведение облегчает труд медицинской сестры, создает удобство для чтения маркировки, а также снижает вероятность ошибок в маркировке биоматериала до минимума.

Электронная цифровая подпись (ЭЦП) в Тюмени используют как физические, так и юридические лица, ведь она придает документу юридическую силу, равную силе традиционного документа на бумажном носителе, заверенного печатью и подписанного рукой правомочного лица. Это основной инструмент, используемый программами криптографической защиты информации. Каждый сотрудник ГБУЗ ТО «ОКБ № 1», участвующий в лечебно-диагностическом процессе, подписывает документ своей ЭЦП.

Итоги внедрения новой информационной технологии

- Программа позволяет эффективно контролировать поток лекарст-

венных препаратов, списание. Вести персонифицированный учет лекарственных препаратов, осуществлять контроль срока годности препаратов, в постоянном режиме иметь информацию по остаткам препаратов в больничной аптеке и медицинского расходного материала на складе;

- Работа в едином информационном поле позволяет получить быстрый доступ ко всем медицинским документам. Своевременно получать статистические данные и медицинскую отчетность по необходимым параметрам: электронная форма 007 (сводка отделения), назначение лабораторных исследований в электронном виде, отображение всей информации о пациенте в системе, отправка и получение лабораторных исследований по штрих-коду;
- Оперативность заполнения истории болезни в ходе амбулаторного приема, быстрый доступ к информации о пациенте на протяжении всего периода обращения, а также к архивным данным по больному. Возможность оперативного предоставления пациенту информацию о его здоровье.

Заключение

В соответствии с новыми задачами, стоящими перед здравоохранением, меняются функции и организационные формы деятельности медицинских сестер. С развитием медицинской науки возрастает роль среднего медицинского персонала в системе здравоохранения. Для ухода за пациентами необходимо осваивать все более сложные медицинские и технические знания и овладевать новыми навыками, а также совершенствовать уже приобретенные. Применение инновационных технологий в ежедневной практической деятельности медицинской сестры делает ее работу более профессиональной, комфортной, обеспечивает безопасность и удобство выполнения основных профессиональных обязанностей, сокращает трудозатраты, позволяет быстро и качественно обеспечить реализацию лечебно-диагностического процесса.

ОСТАНОВИТЬ ТБ

В канун 24 марта региональные ассоциации РАМС были во всеоружии. Всемирный день борьбы с ТБ давно вошел в график регулярных мероприятий, который с каждым годом пополняется новыми акциями, мероприятиями и деятельностью специалистов по раннему выявлению ТБ, профилактике и разъяснительной работе, поддержке пациентов, для которых ТБ стал диагнозом.

Архангельск, Астрахань, Брянск, Вологда, Иваново, Карелия, Кузбасс, Курск, Крым, Киров, Ленинградская область, Марий Эл, Москва, Омск, Севастополь, Смоленск, Тамбов, Томск, Тюмень, Якутия – вот далеко не полный список регионов, которые активно реализуют мероприятия в этот День.

Общие цифры впечатляют – в акциях были задействованы более 15 тысяч специалистов – и сами больше узнали о ТБ, и смогли познакомить с этой информацией других, а именно пациентов, из числа которых более 12 тысяч человек прослушали лекции, более 11 тысяч прошли флюорографические обследования и получили более 10 тысяч приглашений для своих близких и друзей, и десятки тысяч тех, кто получил буклеты и брошюры о профилактике ТБ, раннем выявлении ТБ у детей и взрослых, о здоровом образе жизни, сотни человек просмотрели видеоролики и фильмы, тысячи прослушали передачи по радио и на телевидении. Пожалуй, только ленивый мог не узнать, что за день такой – 24 марта!

В одном только Омске в рамках акции прошёл массовый флэш-моб с участием 81 медицинской организации, ко-

торый транслировался сразу несколькими телевизионными каналами. Медицинские сестры провели 6387 бесед с пациентами на актуальные темы: «Как уберечь себя от туберкулеза», «Профилактика туберкулеза», «Будьте здоровы!», «Особенности питания пациентов при туберкулезе», «Ранняя диагностика туберкулеза», «Питание при химиотерапии». Сами медики тоже получили возможность освежить свои знания о современном состоянии дел в борьбе с инфекцией – активисты организовали для своих коллег 188 лекций.

Ряд мероприятий были направлены на самих медицинских работников – прошли интересные конференции, специалисты узнали о новых препаратах, освежили знания по сан-эпид. режиму, отработали правила сбора образцов мокроты для дальнейших лабораторных исследований.

Актуальность ТБ в мире и в Европейском регионе сохраняется, поэтому важен и обмен опытом между странами, и политическая поддержка действий национальных медицинских служб. России есть, чем поделиться – в канун Всемирного дня борьбы с ТБ нами была подготовлена соответствующая информация для информационных ресурсов ВОЗ, посвященная использованию Скайп-технологий на амбулаторном этапе лечения пациентов с МЛУ-ТБ.

Технология оказалась востребованной – пациентам, проходящим длительное лечение, достаточно непросто ежедневно к определенному времени приезжать в ТБ диспансер для проведения контролируемого лечения. А еще технология оказалась мотивиру-

ющей – для пациентов, которые осознали, что если строго соблюдать режим в период госпитализации, стать для врачей и медсестер партнером в своем лечении, то дальнейший амбулаторный этап может стать гораздо более щадящим, экономически выгодным, освобожденным от ежедневных поездок в диспансер.

Этот пример практики уже стал распространяться из Томска в различные регионы России и получил большое признание в европейском регионе ВОЗ. В канун Всемирного дня борьбы с ТБ организация опубликовала на своем сайте репортаж о процедуре лечения по скайпу, дабы проинформировать о новом подходе максимальное число специалистов и руководителей здравоохранения.

Возвращаясь к акциям и мероприятиям, организованным 24 марта, отметим, что во многих регионах специальные события шли в течение месяца. Одним из интересных мероприятий стал квест, состоявшийся в Томской области.

Надо сказать, что медицинские сестры фтизиатрической службы не перестают удивлять своей находчивостью, привнося в процесс освоения знаний о заболевании современные подходы, привлекательные для потенциальных «учеников» из самых разных возрастных групп. Вот и на этот раз медицинские сестры отличились! Надеемся, что их опыт будет полезен не только коллегам по фтизиатрической службе, но и всем тем, кто связан с информационной работой и обучением пациентов. Итак, в чем же заключался квест?

Квест проходил с 18 по 22 марта в официальной группе Томского базового медицинского колледжа в социальной сети Вконтакте. Участники должны были сохранить себе «Путевой лист», в котором зашифрована некая секретная фраза, и каждый день выполнять задания. Ответив правильно на вопрос, участник в личном сообще-

нии получал очередную букву для «Путевого листа».

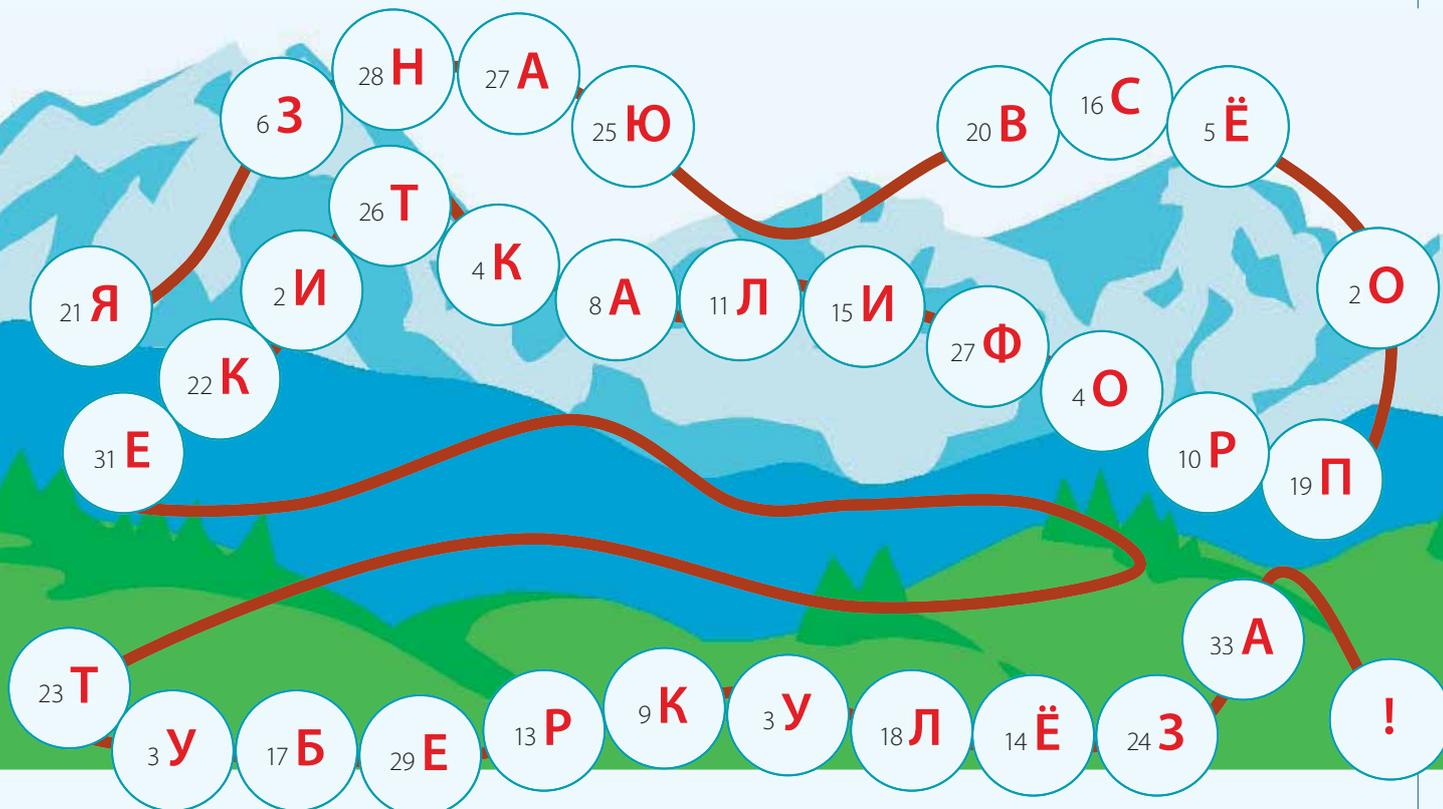
Чтобы поддерживать азарт, интерес и соревновательный дух, периодически участникам задавали бонусные вопросы, за правильные ответы на которые выдавали призы.

Ответы представлялись в комментариях. По завершению квеста

в комментариях каждого вопроса появлялся правильный ответ с пояснениями.

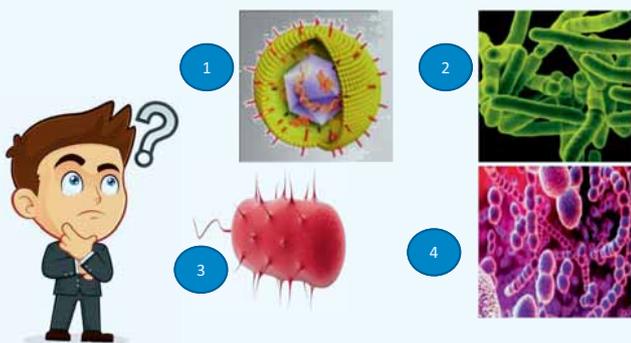
Первый опыт онлайн Квеста оказался успешным, в нем приняли участие более 100 человек. Подобные квесты могут стать отличной идеей для различных тематических акций, проводимых как среди медицинских работников, так и среди населения.

ПУТЕВОЙ ЛИСТ КВЕСТА «ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА»



Станция №2

Перед тобой возбудители различных заболеваний, найди возбудителя туберкулеза?



Станция №3

Выбери правильное определение туберкулеза:



- 1) Туберкулез – это неинфекционное заболевание, вызываемое бактерией *Mycobacterium tuberculosis*
- 2) Туберкулез – это инфекционное заболевание, вызываемое вирусом.
- 3) Туберкулез – это инфекционное заболевание, вызываемое бактерией *Mycobacterium tuberculosis*.

Станция №4

К группе повышенного риска заболевания туберкулезом НЕ относятся:



- 1) Пациенты с другими заболеваниями (таким как диабет, лейкемия и алкоголизм), снижающими защитные силы организма, направленные на борьбу с инфекцией.
- 2) Пожилые люди
- 3) Медицинские работники.
- 4) Люди которые часто проходят флюорографию.
- 5) Лица, живущие в неудовлетворительных социально-бытовых условиях (например, бездомные).

Станция №5

Что НЕ относится к свойствам возбудителя туберкулеза?



- 1) Чрезвычайно агрессивный.
- 2) Может попасть в организм человека с пищей.
- 3) Попав в окружающую среду сразу погибает.
- 4) Способен длительное время выживать в окружающей среде.
- 5) Передается воздушно-капельным путем.

ГЛОБАЛЬНЫЕ ВЫЗОВЫ — СОВМЕСТНЫЕ ОТВЕТЫ



ЛИДЕРЫ НАЦИОНАЛЬНЫХ АССОЦИАЦИЙ СТРАН БРИКС ВСТРЕТИЛИСЬ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ, ЧТОБЫ ОБСУДИТЬ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ СТРАТЕГИИ ПРЕОДОЛЕНИЯ БРЕМЕНИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



■ Серебrenникова Н.В.

канд. полит. наук,
директор по международному сотрудничеству РАМС

22–23 мая состоялись самые масштабные в истории современного сестринского дела России мероприятия. Они охватили сразу 15 российских регионов и более 10 тысяч участников, а их эпицентром по праву можно считать Санкт-Петербург.

22 мая ровно в 10:00 по Московскому времени был дан старт пленарному заседанию V Международного саммита медицинских сестер. В Таврическом дворце по приглашению Ассоциации медицинских сестер России собрались более 700 делегатов из многочисленных российских регионов, руководители российского здравоохранения – Т.В. Семенова, заместитель министра здравоохранения, Д.Г. Лисовец, председатель Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга и его первый заместитель А.М. Сарана, С.В. Вылегжанин, председатель Комитета по здравоохранению Ленинградской области, а также лидеры крупнейших в мире национальных ассоциаций медицинских сестер стран БРИКС – Бразилии, Индии, Китая и Южной Африки.

РОССИЯ

За минувшие 20 лет многие страны уже реализовали соответствующие реформы. В частности, в связи с беспрецедентным ростом – по сути эпидемией – неинфекционных хронических заболеваний – были пересмотрены профессиональные роли медицинских работников, среди которых самую крупную категорию составляют медицинские сестры. Во многих странах специалистам были переданы новые профессиональные полномочия по ведению пациентов с хроническими заболеваниями в состоянии ремиссии, по обучению пациентов самоконтролю, мотивации на непрерывное и тщательное соблюдение назначенной терапии, а также решению рутинных задач – выписке рецептов, направлений на исследования и анализы. Перенос значительной доли стандартизированных действий от врача медицинской сестре и акушерке был обозначен термином *task-shifting* (таск-шифтинг) и уже получил поддержку в многочисленных рекомендациях и стратегических руководствах ВОЗ.

В основе рекомендаций – данные научных исследований, которые подтверждают, что благодаря выполнению медицинскими сестрами новых задач пациенты получают помощь более высокого качества, она становится более доступной, достигается высокий уровень самоконтроля имеющегося заболевания, снижается частота обострений, вызовов скорой медицинской помощи, госпитализаций.

БРАЗИЛИЯ

Надя Ромальо, вице-президент Совета медсестер Бразилии поведала участникам пленарного совещания о том, что в ее стране профессия регулируется двумя законами – от 1955 и 1986 гг. Кроме того, есть приказы Минздрава и Резолюции Совета сестер, которые конкретизируют и могут расширять полномочия медсестер с течением времени.

Смертность от НИЗ в Бразилии превышает 70%, в стране реализуется государственная программа снижения бремени НИЗ, подразумевающая целый комплекс мер – от снижения потребления табака и соли, до охвата населения программами скрининга. Например, ежегодно растет охват женщин процедурами маммографии, тестированием на наличие патологий шейки матки, ставится задача 100% лечения выявленных предраковых состояний. В реализации скрининговых программ ведущую роль играют медицинские сестры.

Первичная помощь опирается на модель семейной медицины, здесь пациенты получают все виды помощи – от профилактики до ухода в конце жизни. Однако проблем еще много – и они так знакомы российским коллегам. Пока что в здравоохранении преобладает медицинский подход; внедрение пациент-ориентированной модели помощи требует иного содержания образовательных программ. Специалистам нужны хорошие знания и навыки работы в мультидисциплинарной команде.

Уже на следующий день делегаты стран БРИКС встретились на своем III Форуме с лидерами РАМС и ее региональных отделений, чтобы более детально рассмотреть угрозы, которые несет эпидемия НИЗ, реализуемые в странах реформы, и первые их успехи, а также оценить потенциал сестринских исследований применительно к задачам профилактики хронических заболеваний и повышения эффективности, качества и доступности помощи пациентам.

Решения о проведении данных мероприятий были приняты еще год назад. Тогда были достигнуты первые договоренности между РАМС и ассоциациями-партнерами по Альянсу БРИКС, а также Высшей медицинской школой – основным организатором Саммита о ведущей теме меро-

приятий – Преодоление бремени неинфекционных хронических заболеваний (НИЗ): достижение прогресса путем расширения роли медицинской сестры.



«Еще на этапе планирования саммита мы решили посвятить его обсуждению роли медицинской сестры в преодолении бремени НИЗ. Опыт работы с коллегами во всем мире давно привел нас к выводу о необходимости решительных действий именно в этом направлении, – только так система здравоохранения может справиться с растущим запросом общества на эффективную, доступную и качественную медицину», – отметила Валентина Саркисова, президент РАМС.

Во всем мире НИЗ являются ведущей причиной смертности, достигая 70% и более. Для России и стран БРИКС бремя НИЗ несет особые риски и угрозы, связанные не только с уровнем здоровья населения, продолжительностью и качеством жизни, но и с развитием экономики. Обеспечить непрерывность и стабильность экономического роста на фоне растущего бремени заболеваний крайне сложно.

В марте 2018 года Президент РФ Владимир Путин сформулировал важнейшие политические цели в области социальной политики, политики здравоохранения, политики развития государства – это повышение ожидаемой продолжительности и качества жизни россиян, вхождение России в клуб «80+». Достижение таких целевых показателей требует комплексных мер в различных направлениях и сферах государственной политики, одной из которых является здравоохранение.

Приветствуя участников Саммита и Форума БРИКС от имени ВРИО губернатора Санкт-Петербурга, Председатель городского Комитета по здравоохранению Дмитрий Лисовец отметил исторический вклад Санкт-Петербурга в становление сестринского дела в современной России: *«Уже тогда, в середине XIX века, стремительное развитие профессиональной сестринской помощи позволило качественно улучшить результаты лечения больных, сократить смертность от инфекций. Мы с гордостью отмечаем небывалый рост потенциала профес-*





ИНДИЯ

В Индии разрабатывается новый закон о сестринской практике, в рамках закона будет утвержден и профессиональный стандарт, который станет правовой основой более широких профессиональных полномочий. Сейчас новые полномочия реализуются на основании полученного образования. В стране с населением более 1,2 миллиарда человек действуют 1904 технические школы для подготовки младших сестер; 3212 училищ, предлагающих среднее профессиональное образование для сестер и акушерок; 1968 университетских колледжей с программами бакалавриата; 778 программ бакалавриата для обучения медсестер со средним образованием без отрыва от работы; 653 магистерские и 272 последиplomные специализированные программы. Расширенные полномочия медсестер реализуют в рамках ПИЛОТНЫХ проектов. Например, в провинциях открываются программы паллиативной помощи под руководством сестер. Если на сотни километров вокруг врача нет, это не значит, что пациент должен оставаться без помощи... Для пациентов с хроническим заболеванием в глубокой стадии действует программа сестра-навигатор. Специалист посещает пациента раз в одну или две недели, уточняет потребности и проблемы, направляет и координирует оказание помощи. Зачастую пациенты не знают, на какую помощь могут рассчитывать. Медсестра все объяснит, научит самоходу, поможет преодолеть тягостные симптомы. Результаты уже заметны – снижается процент госпитализаций, повышается уровень удовлетворенности помощью.

сий медицинской сестры, фельдшера, акушерки и уверены, что, опираясь на уникальные возможности крупнейшей научной базы Санкт-Петербурга, они будут не только расти профессионально, но и вносить все более весомый вклад в оказание помощи пациентам и преодоление бремени неинфекционных хронических заболеваний».

Для изменения функционального содержания сестринской практики в России многое уже сделано. В частности, осуществляется подготовка специалистов не только на уровне среднего профессионального, но и высшего образования. Сестра-бакалавр – именно тот специалист, на которого могут быть возложены новые функции. Она может не только выполнять сложные медицинские манипуляции, но и стать для пациента своего рода педагогом и наставни-

ком. С 2018 года медицинские сестры вошли в процесс аккредитации и непрерывного медицинского образования, а это еще один из мощных факторов поддержки специалистов в выполнении новых функций.

«Мы давно стремились уйти от устаревшей модели повышения квалификации один раз в пять лет. В медицине знания нужны здесь и сейчас. Появилось новое оборудование – необходимо провести обучение, появились новые профессиональные задачи – система образования должна гибко отреагировать», – подчеркнула Татьяна Семенова, заместитель министра здравоохранения РФ.



Делегаты Саммита познакомились с опытом стран БРИКС, где реформы по расширению профессиональной роли медицинских сестер уже реализованы или находятся в самом разгаре. *«В Бразилии медицинские сестры ведут хронических больных, могут выписывать направления на анализы и исследования, на прием к специалистам, медсестры со специализацией в акушерстве ведут физиологически протекающую беременность и принимают неосложненные роды, забота о здоровье детей первого года жизни, не имеющих заболеваний, – также задача медицинской сестры»,* – отметила в своем выступлении Надя Ромальо, вице-президент Совета медсестер Бразилии.



В Индии сестринский персонал – это основа в достижении всеобщего охвата населения медицинской помощью. *«В рамках проводимой реформы в стране появятся 150 тысяч центров амбулаторной помощи, которые будут работать под руководством медицинской сестры»,* – подчеркнул Дилип Кумар, президент Совета медсестер Индии.



Китай идет по пути развития сестринского образования и новых специализаций: *«Мы работаем над созданием новых образовательных программ, уже появились медицинские сестры – специалисты по лечению ран, по уходу за диабетической стопой. Мы рассматриваем самые острые проблемы медицинской помощи и в этих направлениях развиваем новые сестринские роли»,* – озвучила в ходе пленарного совещания Чжен Ли, вице-президент Ассоциации медсестер Китая.





Саймон Хлунгвани, президент Демократической сестринской организации ЮАР поделился с делегатами информацией о том, что в стране медицинским сестрам переданы огромные полномочия: **«Медицинские сестры ЮАР обладают большой степенью автономии в лечении как хронических, так и инфекционных заболеваний. Медсестры получили право постановки диагноза ВИЧ и ТБ и право назначения терапии. Пациенты стали гораздо быстрее получать нужную помощь. Ожидаемая продолжительность жизни выросла на 10 лет, с 54 до 64 лет. Мы уверены, что и в преодолении бремени НИЗ сестры сыграют огромную роль».**



В России для подобных перемен сложились все предпосылки. Более того, есть конкретные примеры, которыми поделился с аудиторией собравшихся Андрей Сарана, первый заместитель председателя Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга: **«Санкт-Петербург активно внедряет технологии фаст-трек (fast-track) в оказании хирургической помощи. Данная технология применяется уже в целом ряде клиник и отделений, позволяя пациентам получать необходимую помощь за 2–3 дня госпитализации. Развивается и такая технология, как сестринский триаж. Медицинская сестра проводит базовую оценку пациентов, назначает необходимые исследования. Это радикально сокращает время ожидания врачебной помощи пациентами в тяжелом состоянии».**



Курс на расширение роли медицинской сестры уже давно взят на вооружение во многих российских регионах. О преобразованиях в Ленинградской области рассказал Сергей Вылегжанин, председатель областного Комитета по здравоохранению: **«В области реализуется целый ряд проектов с опорой на сестринские кадры – создается новая модель организации первичной помощи, работают сестринские бригады для оказания помощи маломобильным группам населения. Принципиально и важно, что этими проектами также руководит медицинская сестра, главный специалист по сестринскому делу региона. Управление такими переменами должно быть в руках профессионалов, имеющих соответствующий практический и профессиональный потенциал. Это противоречит сложившимся традициям – прерогатива управления здравоохранением принад-**



КИТАЙ

Вне всяких сомнений Китай – это страна технического прогресса, в том числе в здравоохранении и сестринском деле. Особенностью страны с точки зрения НИЗ является высокий процент пациентов, страдающих ХОБЛ (99,9 млн пациентов или почти 10% всего населения страдает астмой или ХОБЛ). Для оказания помощи в таких масштабах можно опираться только на сестринские кадры. Медсестра-менеджер (в китайском варианте это клинический менеджер, который руководит оказанием помощи конкретному пациенту или группе пациентов) использует в своей работе современные средства связи, виртуальное пространство, наделяет пациента всей необходимой информацией и всегда на связи.

В ведении пациентов с ХОБЛ активно применяются и методы традиционной китайской медицины, а медсестра-менеджер должна отлично владеть навыками упражнений по системе Тай Чи, в которой только от одних названий веет успокоением и гармонией – «Вычерпывание моря, наблюдение за небом», «Толкание волн», «Летающий орел».

Для каждого пациента медсестра определяет индивидуальный план занятий, их частоту и интенсивность, обучает дыхательным упражнениям; регулярно оценивает функцию дыхания с помощью спирометрии и, конечно, ведет всю необходимую медицинскую документацию.

лежала долгое время врачам, но новые проекты в области сестринского дела должны быть в руках именно сестер. Поэтому мы оказываем медицинским сестрам в управленческой роли хорошую административную поддержку».

Пленарное совещание саммита позволило обсудить с собравшимися ряд острых вопросов, многие из которых были обращены к Татьяне Семеновой и касались участия специалистов в непрерывном медицинском образовании (НМО) – где найти время и средства для обучения, кто должен финансировать новую статью расходов? Отвечая на вопросы, заместитель министра подчеркнула: **«Ответственность за наличие у работника действующего сертификата, а с внедрением аккредитации – свидетельства об аккредитации лежит на работодателе. Это не значит, что клиника по первому желанию работника опла-**





ЮЖНАЯ АФРИКА

Саймон Хлунгвани, президент Ассоциации медсестер ЮАР, поделился с коллегами – да, успехи есть, особенно в борьбе с ВИЧ. Однако помощи, в том числе по хроническим заболеваниям, не хватает. И не всегда виной тому собственная система здравоохранения. Дело в том, что границы ЮАР прозрачны. И сегодня ничто не мешает жителям сопредельных государств пересечь границу в случае вооруженного конфликта или просто по причине того, что нужна медицинская помощь.

Хотя и проблема дефицита ресурсов стоит остро. И если десятилетия международные организации доноры помогают вести борьбу с ВИЧ, то аналогичных программ преодоления бремени НИЗ попросту нет. Продолжительность жизни медленно, но верно растет. А с ней возникают и новые приоритеты в здравоохранении. В частности, все большая часть населения страдает от диабета (13% населения) и гипертонии (7%). Диагностику и лечение проводят в основном медицинские сестры. Специалистов не хватает, тем не менее они стремятся реализовать не только стандартные программы, но и сформировать группы самопомощи. Движение – жизнь – именно такому принципу соответствует созданная медсестрами футбольная команда из числа пациентов солидного возраста, страдающих от ревматических заболеваний.

тит его участие в подобном саммите. Но это значит, что, как и прежде, работодатель обязан направить работника на обучение по образовательным программам. Что касается конференций, то мы видим сегодня отличный пример использования новых технологий – нас видят и слышат в 15 регионах России. Никуда ехать не нужно. Формат вебинаров также активно развивается. И в том случае, если для работника и его профессиональных обязанностей мероприятие является актуальным, для оплаты могут и должны быть задействованы средства Теркома ОМС. Они заложены, но пока не расходуются эффективно».

В ходе мероприятий в аудиториях Таврического дворца состоялись десятки научно-практических лекций и семинаров, были представлены примеры расширения полномочий

сестринского персонала. Примеры разные, касающиеся как работы первичного звена, так и стационаров, но объединенные важнейшим обстоятельством – такие примеры, с одной стороны, дают пациенту возможность получения более качественной помощи, повышают ее доступность. Пациент становится более информированным о лечении, вовлекается в процесс как полноправный участник. С другой стороны, эти примеры становятся настоящим окном возможностей для сестринского персонала. Казалось бы, что меняется? Вчера медсестра не могла направить пациента на базовые исследования, а сегодня может (так реализуется триаж в стационарных отделениях скорой помощи). В действительности медсестра принимает ежедневно ответственные решения – кто из пациентов нуждается в экстренном внимании врача, а кому небольшое ожидание не нанесет вреда. И уже в одном этом новом принципе построения работы заложено снижение рисков для пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям.

Такие примеры практики активно обсуждались в ходе III Форума сестринских ассоциаций стран БРИКС, где по ряду направлений реализуются государственные программы расширения роли медицинских сестер, создания новых специализаций.

А еще большой интерес вызвали сестринские исследования. В каждой из стран на сегодняшний день разные возможности для развития такой работы. В Китае, Индии, Бразилии выделяется финансирование, достаточно широко распространены программы магистратуры и аспирантуры, – в своей исследовательской работе медсестра руководствуется не только личной инициативой, но опирается на выработанные практическим здравоохранением приоритетные направления исследований, получает административную и методическую поддержку. Нам в направлении исследовательской работы предстоит сделать еще очень многое. И очень радует, что на этом пути мы будем взаимодействовать с коллегами из стран БРИКС, которые уже сегодня планируют совместные исследовательские проекты.

В завершение мероприятий руководители Альянса сестринских ассоциаций стран БРИКС подписали Санкт-Петербургскую декларацию, которая послужит основой совместных действий по преодолению бремени НИЗ и расширению профессиональных полномочий сестринского персонала.





Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

ИНФОРМАЦИОННЫЙ ОБЗОР ПО ПЕРЕДОВОМУ ОПЫТУ

ТЕЛЕМЕДИЦИНА В КАЗАХСТАНЕ: преодоление разрыва между городскими и сельскими районами в обеспечении профилактики, диагностики, лечения и контроля за неинфекционными заболеваниями

Clayton Hamilton¹

Резюме

С момента создания в 2004 году сети телемедицины, Казахстан постепенно выстраивает платформу по оказанию медицинских услуг, отвечающую всем мировым стандартам и являющуюся ключевым компонентом национального подхода к укреплению системы предоставления медицинских услуг в сельских районах и достижению цели обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения. Сеть телемедицины, созданная для обеспечения доступности специализированной медицинской помощи населению сельских районов, предоставляет ряд телемедицинских консультаций, в том числе разработанных специально для диагностирования и лечения неинфекционных заболеваний (НИЗ).

Через национальную сеть телемедицины правительство Казахстана успешно реализует свое видение «эффективной и доступной системы здравоохранения, отвечающей потребностям населения», закрепленное в стратегическом плане действий Министерства здравоохранения на 2017-2021 годы. Правительство считает, что расширение сети телемедицины будет иметь решающее значение для дальнейшего повышения качества медицинской помощи в сельских районах к 2050 году.

Решение проблемы НИЗ в сельских общинах

Бремя преждевременной смертности от четырех основных групп НИЗ - сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, хронических респираторных заболеваний и рака - в Казахстане очень высокое; в 2014 году на эти заболевания приходилось 84% всех смертей в стране. Многих из этих хронических заболеваний можно избежать

¹ Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья

Ключевые выводы

- Телемедицина может быть ключевым компонентом укрепления системы медицинского обслуживания и достижения цели всеобщего охвата услугами здравоохранения.
- Хорошо управляемая национальная сеть телемедицины может быть эффективным инструментом своевременной профилактики, диагностики, управления и лечения НИЗ.
- Расширение масштаба применения телемедицины требует многогранного подхода, включая определение надлежащего использования, применение стандартов, обеспечение подготовки медицинских специалистов, разработку соответствующей политики и интеграцию медицинской информации.
- Государственно-частные партнерства могут быть полезны для расширения масштабов телемедицины и внедрения рамок интегрированного медицинского обслуживания, ориентированного на нужды пациентов, однако общественные интересы должны быть защищены надлежащим образом.
- Информационные и коммуникационные технологии могут содействовать решению ранее неразрешимых проблем в области политики, таких как доступ сельского населения в крупных, малонаселенных странах к медицинскому обслуживанию и специализированной помощи.

путем обеспечения доступа к хорошо функционирующей сети учреждений первичной медико-санитарной помощи и национальной сети телемедицины для надлежащей своевременной профилактики, диагностики, управления и лечения. Низкая плотность населения сельских районов и география страны являются одними из основных проблем обеспечения эффективного медицинского обслуживания в Казахстане. Страна также сталкивается с другими проблемами, включая численность, специализацию и распределение кадровых ресурсов здравоохранения по всей стране. В сельских и отдаленных районах по-прежнему наблюдается нехватка медицинского персонала. Ряд других стран Европейского региона ВОЗ сталкиваются с подобными проблемами и найдут пример для подражания в казахском подходе.

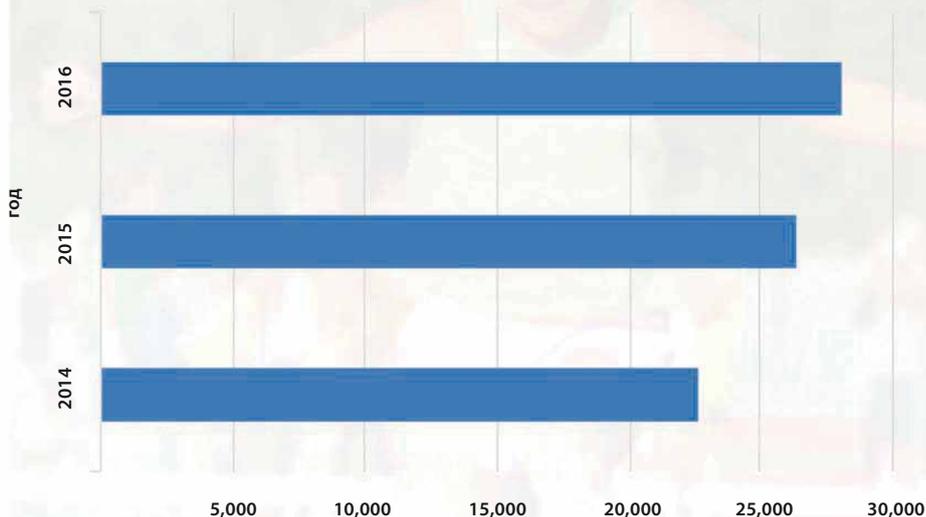
Национальная сеть телемедицины Казахстана

Национальная сеть телемедицины представляет собой стратегическую долгосрочную инвестицию Казахстана. Она является ключевым звеном расширения охвата услугами здравоохранения и укрепления здоровья всех граждан, независимо от их местонахождения. В рамках национальной «Стратегии-2050» правительство намеревается продолжить усовершенствование сети и внедрить услуги «смарт-медицины», онлайн-профилактику и лечение, а также дальнейшее расширение масштабов цифрового здравоохранения.

Сеть телемедицины была создана Министерством здравоохранения в 2004 году в рамках долгосрочной реформы сектора здравоохранения для целей обеспечения всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами. Министерство признало, что телемедицина - это совершенствующаяся технология, которая может стать частью более широкой стратегии предоставления медицинских услуг в сельских общинах, и может позволить преодолеть географические проблемы и нехватку медицинского персонала. Сеть постепенно расширяется за счет развития коммуникационной инфраструктуры и уже включает 209 учреждений здравоохранения на районном, региональном и национальном уровнях. Вместе с Республиканским центром по санитарной авиации, транспортной медицинской помощи, инициативами по оказанию помощи при бедствиях и сетью передвижных аптек, сеть телемедицины предоставляет сельским гражданам полный доступ к медицинскому обслуживанию. Количество телемедицинских консультаций ежегодно увеличивается (рис.1). Сеть используется не только врачами для оказания клинической помощи пациентам, но также специалистами медицинских университетов, научно-исследовательских институтов и национальных центров для подготовки и проведения лекций и семинаров по различным заболеваниям с целью подготовки медицинских работников в региональных и районных больницах.

«Телездоровье» включает дистанционные медицинские услуги, в том числе дистанционную клиническую диагностику и мониторинг, необходимые для профилактики заболеваний, пропаганды здорового образа жизни и целительных элементов здоровья. Сюда также могут быть включены электронные подходы к общественному здравоохранению, управлению, научным исследованиям и медико-санитарному просвещению.

Рисунок 1. Количество телемедицинских консультаций, проведенных в Казахстане в 2014-2016 гг.



Источник: Министерство здравоохранения Казахстана

Воздействие

Своевременная, правильная диагностика и лечение с помощью телемедицины позволяют специалистам здравоохранения Казахстана своевременно и быстро оказывать скорую медицинскую помощь пациентам, снижать расходы, связанные с выездами на место для оказания медицинской помощи, а также уменьшить сложность процесса сопровождения пациентов с полиморбидными заболеваниями в региональные или государственные клиники.

В 2016 году специалисты 15 региональных больниц, областной детской клинической больницы Шымкента и 14 государственных клиник провели 28 060 телемедицинских и видео-консультаций, из которых 26 252 были проведены региональными больницами и 1808 - государственными клиниками. В тот же период сеть телемедицины использовалась для проведения 7477 радиографических, 7498 электрокардиографических и 1563 ультразвуковых исследований.

Отражая растущее бремя НИЗ в Казахстане, наиболее частыми телеконсультациями в 2015 году были консультации в области кардиологии (16,7% всех консультаций), пульмонологии (13%) и неврологии (9,7%). Телемедицина чаще всего используется в Карагандинской, Южно-Казахстанской и Акмолинской областях. Государственными клиниками, которые чаще всего проводят телеконсультации, являются Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней, Национальный научно-медицинский центр и Научный центр педиатрии и детской хирургии.

В настоящее время Министерство здравоохранения изучает вопрос о возможностях предоставления дополнительных средств расширения масштабов национальной сети телемедицины государственно-частными партнерствами.

Извлеченные уроки

- Соответствующая структура управления для стандартизации и постепенного расширения масштабов телемедицины обеспечивает ее долгосрочную устойчивость.
- Принятие телемедицины также требует нетехнической поддержки, включающей разработку соответствующей политики, регулирование и переориентацию системы оказания медицинских услуг.
- Инвестирование в непрерывную профессиональную подготовку и поддержку медицинского персонала в области использования телемедицины является катализатором дальнейшего расширения сети телемедицины.
- Применение системы телемедицины может выходить за рамки клинической помощи и включать информационный обмен, профессиональную подготовку и научные исследования.
- Межсекторальный подход, используемый для связи телемедицины с другими видами медицинской помощи в сельских районах (например, санитарной авиацией, транспортной медицинской помощью, неотложной помощью, сетью передвижных аптек), повышает качество и эффективность реагирования системы здравоохранения.
- Интеграция телемедицины в национальную информационную систему здравоохранения позволяет обеспечить доступ к медицинской информации для предоставления дистанционных услуг и избежать информационной разобщенности.

Библиография

Стратегический план Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2017-2021 гг. Астана; 2017 г.

Министерство здравоохранения Казахстана. За последние 13 лет в Казахстане проведено более 133 тысяч телемедицинских консультаций. Астана; 2016 г.

Европейское региональное бюро ВОЗ. От инноваций к внедрению: электронное здравоохранение в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген; 2016 г.

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-systems-response-to-NCDs>



ЛИДЕРСТВО В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ



■ Бабурина Олеся Сергеевна

канд. мед. наук, член Правления РАМС,
президент Кировской областной
общественной организации
«Ассоциация медицинских сестер»



■ Мышкина Людмила Витальевна

канд. мед. наук, медицинская сестра
палатная отделения реанимации
и интенсивной терапии № 3,
преподаватель отдела ДПО КОГБУЗ
«Кировская областная клиническая
больница»



13 июля 2019 года свой юбилей отмечает главная медицинская сестра КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница» Суслопарова Галина Ивановна, заслуженный работник здравоохранения РФ.

В далеком 1966 году она приступила к работе в должности санитарки Кировской областной клинической больницы, где ее мама работала старшей медицинской сестрой операционного блока.

В 1970 году Галина Ивановна окончила Кировское медицинское училище, а с 1969–1972 гг. работала медицинской сестрой диагностического отделения областной детской больницы. В апреле 1972 года вернулась в Кировскую областную клиническую больницу уже в качестве палатной медсестры глазного отделения, затем операционной медсестры. По прошествии 10 лет, накопив солидный практический опыт, Галина Ивановна стала старшей сестрой отделения абдоминальной хирургии, а в 1989 году – главной медицинской сестрой КОКБ.

Поднять престиж профессии медицинской сестры, добиться слаженной работы коллектива удалось объединенными усилиями созданных ею советов: старших медицинских сестер, процедурных, перевязочных, операционных, сестер-хозяйек – внедрением новых технологий, постоянным обучением персонала, контролем за исполнением функциональных обязанностей среднего и младшего медперсонала по основным направлениям работы как в дневное, так и в ночное время, в выходные дни. Вследствие этого в областной больнице сложились прекрасные традиции культуры оказания помощи, профессиональной этики, милосердия.

Галина Ивановна обладает незаурядными творческими и организаторскими способностями. Как талантливый и инициативный руководитель сумела создать в большом коллективе дружную и рабочую атмосферу, где каждый член команды чувствует свою необходимость. Упорно работает над собой, совершенствуя профессиональные качества. Галина Ивановна – прирожденный лидер, человек активный и жизнерадостный, всегда готовый прийти на помощь больному или коллеге. Под руководством Галины Ивановны в больнице разработаны и внедрены стандарты работы медсестры процедурного кабинета, медсестры по переливанию крови и ее компонентов, палатной медсестры, перевязочной медсестры, а также алгоритмы действий

медицинской сестры при различных манипуляциях. Создана и утверждена единая по больнице документация старшей, палатной, процедурной, перевязочной и операционной медицинских сестер. У старшей медицинской сестры сформирована рабочая папка специалиста, которая включает все необходимые для работы документы.

Галина Ивановна является преподавателем медицинского колледжа и членом областной аттестационной комиссии. Она стояла у истоков создания Кировской ассоциации медицинских сестер и является ее членом с 2001 года. В 2009 году Галина Суслопарова награждена Почетным знаком РАМС «За верность профессии», в 2014 году стала призером всероссийского конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием» в номинации «За верность профессии».

Галина Ивановна – постоянный участник научно-практических конференций, обучающих семинаров, деловых совещаний, круглых столов с целью распространения передового опыта и достижений в сестринском деле. Благодаря постоянному внедрению инновационных практик Кировская областная клиническая больница является Школой передового опыта для сестринских служб других медицинских организаций города Кирова и Кировской области.

Под руководством Галины Ивановны медицинские сестры занимают науч-

но-исследовательской работой, представляют свои доклады на конференциях областного, регионального, федерального уровней, готовят методическую литературу, памятки для пациентов, осуществляют медико-профилактическую работу.

За многие годы работы Галины Ивановны в больнице сложилась система, обеспечивающая рост профессионализма средних медработников, складывающаяся из нескольких этапов: зачетов, семинаров, научно-практических конференций, прохождения повышения квалификации один раз в пять лет, конкурсов профессионального мастерства.

Сегодня для работы Кировской областной клинической больницы харак-

терна интенсивная инновационная политика в сфере сестринской деятельности – постоянно осуществляются нововведения, на одном из которых хотелось бы остановиться подробнее.

Приоритетным направлением сестринской помощи является профилактика заболеваний и их осложнений, повышение качества жизни населения. В КОКБ это направление реализуется посредством активного обучения пациентов. Пожалуй, трудно найти другую подобную медицинскую организацию, где медицинские сестры успешно вели бы занятия по такому числу направлений и заболеваний! А Галине Ивановне со своим коллективом это удалось! С опорой на модель «Менеджер сестринского дела – медсестра –

пациент» (рис. 1) в кардиологическом отделении создана школа «Артериальной гипертензии и ИБС», в пульмонологическом – «Астма-школа», в ревматологическом – школа «Ревматоидный артрит», «Остеопороз», в эндокринологическом – «Диабет-школа», в нефрологическом – «Школа здоровья при заболеваниях почек и мочевыводящих путей», в гастроэнтерологическом – «Школа для пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки», в неврологическом отделении – «Школа здоровья при остеохондрозе» и «Школа артериальной гипертензии», в отоларингологическом – «Школа здоровья для пациентов с отитом и гайморитом», в отделении искусственной почки – «Школа для пациентов с перитониальным диализом», что существенно повысило уровень знаний пациентов о заболевании и принципах здорового образа жизни, привело к изменению отношения пациентов к собственному здоровью.

Идея работы по данной модели была подкреплена приказом главного врача, были определены ответственные за работу – главная медицинская сестра и менеджер сестринского дела (медицинская сестра с высшим сестринским образованием). На них были возложены задачи по решению всех организационных, методических и психолого-педагогических вопросов. В их обязанности вошла разработка организационно-управленческой системы работы, подготовка медицинских сестер к обучению пациентов. Большую роль сыграли дипломные работы старших медицинских сестер, которые прошли обучение на повышенном уровне образования в медицинском колледже. Был подготовлен перечень учетно-отчетной документации, по которому для школ здоровья разработаны: расписание занятий, журнал регистрации пациентов, обучающихся в школе здоровья (отметка о присутствии пациента на занятии сопровождалась записью фамилии пациента и медицинского работника, проводящего занятие), учебные пособия для медицинских сестер по обучению пациентов, а также пособия для пациентов с целью закрепления уровня знаний, полученных в школе здоровья. Организаторы провели анкетирование медицинских сестер с различным уровнем образова-



Рис. 1. Модель обучения «Менеджер сестринского дела – медсестра – пациент».

ния, которое показало, что эффективно заниматься обучением пациентов, по мнению самих медицинских сестер, может медицинская сестра, специально подготовленная менеджером сестринского дела. В связи с этим в Кировской областной клинической больнице была разработана и прошла апробацию программа обучения пациентов по модели «Менеджер сестринского дела – медсестра – пациент».

Палатные сестры прошли подготовку – педагогическую и психологическую, – с тем чтобы гармонично войти в новую роль педагога и консультанта. Особое внимание уделялось вопросам сестринской педагогики и психологии, чтобы медицинская сестра могла реализовать такие педагогические функции, как гностическую (систематизация данных, полученных при сестринском обследовании пациентов с оценкой их интеллектуального уровня, социальных условий), информационную (умение доступно, грамотно, последовательно излагать информацию в форме беседы), инструктивно-методическую (обучение пациентов приемам самоухода, способам приема лекарственных препаратов), корректирующую и контрольную (оценка результатов обучения).

В клинике были организованы обучающие конференции, техн. учебы в отделениях, где рассматривались особенности общения медицинских сестер с персоналом, пациентами, правила поведения медперсонала, вопросы конфиденциальности, профессионального выгорания и пути их преодоления, а также работа с медицинской документацией по обучению пациентов. Организуя процесс обучения, главная медицинская сестра и менеджер сестринского дела направляли познавательную деятельность каждой медсестры, обеспечивая высокое качество оказания медицинской помощи пациентам. В процессе проведения занятий методики обучения постоянно совершенствуются, идет подборка нового материала по просьбе пациентов, даются ответы на их вопросы, повышается доступность изложения материала.

Уже подготовленные медицинские сестры проводят обучение пациентов в школах здоровья. Формой проведения занятий является групповая работа

(количество участников группы 10–12 человек) в виде беседы. Групповая форма обучения позволяет пациентам обмениваться опытом, видеть положительную динамику в течении заболевания на примере других пациентов. Это придает им уверенность в собственных силах. Пациенты имеют возможность обмениваться опытом, получить поддержку.

Продолжительность занятий составляет 45 минут. Цикл обучения состоит из 4–5 занятий, которые включают в себя теоретическую и практическую часть. При необходимости проводятся индивидуальные консультации.

Круг изучаемых в школе здоровья вопросов включает информацию о заболевании, о профилактике прогрессирования и развития осложнений заболевания, организации лечебного питания, рекомендации по составлению меню на день, сведения о здоровом образе жизни (о вреде курения и алкоголя, о роли физической активности,

«Практика показала, что медсестра может ответить на вопросы, интересующие пациентов, включиться в решение проблем пациентов, помочь им адаптироваться к изменению состояния своего здоровья.»

режиме труда и отдыха, преодолении стресса, сведения о безопасном использовании фитотерапии, правилах приема лекарственных препаратов).

Во время практической части занятия пациентов обучают правилам пользования пикфлоуметром, ингалятором, небулайзером, тонометром (для контроля артериального давления), при сахарном диабете пациенты учатся пользоваться глюкометром (для контроля сахара крови), технике введения инсулина, обучаются самостоятельно составлять в домашних условиях точное меню, заниматься лечебной физкультурой, оказывать помощь при неотложных состояниях, определять свой индекс массы тела, вести дневник самоконтроля своего состояния.

При подведении итогов каждого занятия медицинская сестра подчеркивает основные аспекты темы занятия, обязательно отмечает успехи пациентов и задает вопросы по усвоению материала.

В больнице проводится круглый стол с отделениями, где организованы школы здоровья, с участием главной медсестры, старших медсестер, менеджера сестринского дела и палатных медицинских сестер. Участники круглого стола делятся опытом обучения пациентов. Даются рекомендации и пожелания по совершенствованию работы.

На одном из круглых столов медицинские сестры высказали мнение, что сначала негативно относились к организации школ здоровья, оценивая это как дополнительную нагрузку на сестру. Но после проведения нескольких занятий осознали, что повышается не только уровень знаний пациентов, но, прежде всего, самих медицинских сестер. Медицинской сестре нужно перечитать много материала, чтобы дать нужную информацию, правильно ответить на вопросы, находящиеся в их компетенции. Кроме того, повысился престиж работы медицинской сестры, а роль этих сотрудников как партнеров врача в лечебном процессе возросла.

После обучения в школах здоровья отмечена позитивная динамика в психоэмоциональном статусе пациентов, который характеризуется повышением самочувствия, активности и настроения. Также повысился уровень знаний пациентов о своем заболевании.

Обучение пациентов в школах здоровья позволило улучшить медицинское обслуживание, удовлетворить потребности пациентов и, в конечном итоге, – повысить уровень общественного здоровья. Нами доказано, что обучение пациентов, формирование у них навыков здорового образа жизни более эффективно осуществляют специалисты сестринского дела, имеющие специальную педагогическую и психологическую подготовку. Развитие новой грани профессиональной деятельности медицинской сестры – обучение больных с хроническими заболеваниями, несомненно важно с точки зрения цели преодоления бремени НИЗ, достижения высокой продолжительности и качества жизни.

Таким образом, организация школ здоровья по модели «Менеджер сестринского дела – медсестра – пациент» показала свою эффективность за счет достижения высокого уровня комплаенса – приверженности к выполнению рекомендаций врача и медицинской сестры.

Уменьшение болевого синдрома у пациентов после операции на органах брюшной полости и малого таза в раннем послеоперационном периоде



■ **Жлудова Юлия Александровна,**
 Медицинская сестра-анестезист
 отделения анестезиологии
 и реанимации № 1 БУЗОО «Областная
 клиническая больница», г. Омск



■ **Литвинов Александр Евгеньевич,**
 Врач анестезиолог-реаниматолог
 отделения анестезиологии
 и реанимации № 1 БУЗОО «Областная
 клиническая больница», г. Омск

Актуальность темы. Актуальной проблемой при хирургических вмешательствах на органах брюшной полости и малого таза в раннем послеоперационном периоде является лечение боли.

Цель исследования: уменьшение болевого синдрома у пациентов после операции на органах брюшной полости и малого таза в раннем послеоперационном периоде.

Задачи исследования:

1. Исследовать эффективность обезболивания неопиоидными анальгетиками в первые часы после операции.
2. Оценить качество лечения боли у пациентов, перенесших операции на органах брюшной полости и малого таза.
3. Провести сравнительный анализ болевого синдрома у пациентов

на введение кеторолака, парацетамола и кетопрофена.

Критерии включения:

- пациенты в возрасте от 20 до 60 лет, вне зависимости от пола и социального положения;
- пациенты с массой тела от 50 до 90 кг;
- пациенты после комбинированной анестезии (тотальная внутривенная анестезия + ингаляционная анестезия севораном) с проведением искусственной вентиляции легких;
- пациенты, которым проводилось оперативное вмешательство на органах брюшной полости, малого таза лапаротомическим или лапароскопическим доступом.

Критерии исключения:

- пациенты, которым противопоказано введение анальгетика (согласно инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата);
- пациенты в возрасте до 20 лет и старше 60 лет, с массой тела до 50 кг и больше 90 кг;
- пациенты после сочетанной, местной или регионарной анестезии;
- пациенты, которым не проводилась лапаротомия или лапароскопия.

При подготовке к исследованию разработаны следующие документы:

- карта наблюдения за пациентом в палате пробуждения (сведения о важности лечения послеоперационной боли);
- кодовая таблица диагнозов и операций;
- сводные таблицы карт наблюдения

Методы исследования:

- сбор данных на основе плана оперативных вмешательств и истории болезни пациента;
- инструкции по применению лекарственных препаратов;
- наблюдение (по данным карты наблюдения);
- оценка боли по 5-балльной вербальной шкале;
- анализ статистических данных (карта наблюдения, сводные таблицы № 1 и 2 карт наблюдения).

Ход исследования. Исследование проводилось медицинскими сестрами-анестезистами в отделении анестезиологии и реанимации № 1 БУЗОО «ОКБ», в палате пробуждения с апреля по июнь 2018 года.

В исследовании приняло участие 70 пациентов, из отделения гинекологии – 45 человек, из отделения хирургии – 25 человек (21 женщина и 4 мужчин) (рис. 1).



В исследовании участвовало три группы пациентов в течение трех месяцев:

– 1 группа – апрель месяц, пациентам из исследуемой группы (22 человека) с целью обезболивания после операции назначался кеторолак 30 мг внутривенно болюсно;

– 2 группа – май месяц, пациентам из исследуемой группы (24 человека) с целью обезболивания после операции назначался парацетамол 100 мг внутривенно капельно;

– 3 группа – июнь месяц, пациентам из исследуемой группы (24 человека) с целью обезболивания после операции назначался кетопрофен 100 мг внутримышечно.

Таким образом, в исследовании применялось три препарата для обезболивания: кеторолак, парацетамол и кетопрофен.

Пациентам при поступлении из операционной в палату пробуждения с целью обезболивания, по назначению врача анестезиолога-реаниматолога, вводился неопиоидный анальгетик. Опрос пациента о наличии и интенсивности болевых ощущений, оценка боли проводилась медицинской сестрой-анестезистом через 30 минут, через 1 час после введения анальгетика и при транспортировке пациента в профильное отделение. Все данные фиксировались в карте наблюдения за пациентом.

Оценка боли проводилась согласно 5-балльной вербальной шкале оценки боли (Frank A.J. M., Moll J.M. H., Hort J.F., 1982).

5-балльная вербальная шкала оценки боли

0 Нет боли

1 Слабая боль

2 Боль средней интенсивности

3 Сильная боль

4 Очень сильная боль

5-балльная вербальная шкала оценки боли позволяет оценить интенсивность выраженности болевого синдрома путем словесной оценки. Интенсивность боли определяется в диапазоне от 0 (нет боли) до 4 (очень сильная боль). Из предложенных вербальных характеристик пациенты выбирают ту, которая лучше всего отражает испытываемые ими болевые ощущения.

Возраст всех пациентов, которым обезболивание проводилось в палате пробуждения:

1) из отделения хирургии: от 20 до 30 лет – 3 человека, от 30 до 40 лет – 5 человек, от 40 до 50 лет – 7 человек, от 50 до 60 лет – 10 человек (рис. 2);

2) из отделения гинекологии: от 20 до 30 лет – 4 человека, от 30 до 40 лет – 15 человек, от 40 до 50 лет – 13 человек, от 50 до 60 лет – 13 человек (рис. 2).

Наибольшее количество пациентов, из исследуемой группы, были в возрасте от 50 до 60 лет – 23 человека и наименьшее от 20 до 30 лет – 7 человек. Средний возраст – от 30 до 60 лет.

В ходе исследования фиксировалась масса тела пациентов, наибольшее число пациентов вошли в категорию от 70 до 80 кг, наименьшее – в категорию от 50 до 60 кг (рис. 3).

За время проведения исследования обезболивание в палате пробуждения проводилось:

1) из отделения хирургии – 25 пациентам (22 пациента после лапароскопии и 3 пациента после лапаротомии), рис. 4;

2) из отделения гинекологии – 45 пациентам (24 пациента после лапароскопии и 21 пациент после лапаротомии), рис. 4.

Вывод: Лапароскопических операций пациентам из исследуемой группы проводилось намного больше, чем лапаротомий, так как лапароскопия относится к малотравматичному и щадящему методу оперативного вмешательства.

Главным преимуществом такого вмешательства является быстрое восстановление пациентов и минимум послеоперационных потерь.

Сравнительная оценка обезболивания анальгетиками через 30 минут (рис. 5):



Рис. 4. Методы оперативного лечения

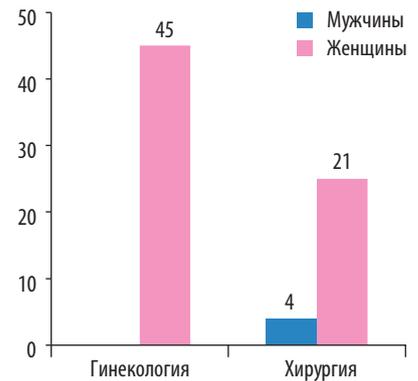


Рис. 1. Обезболивание кеторолаком, кетопрофеном и парацетамолом

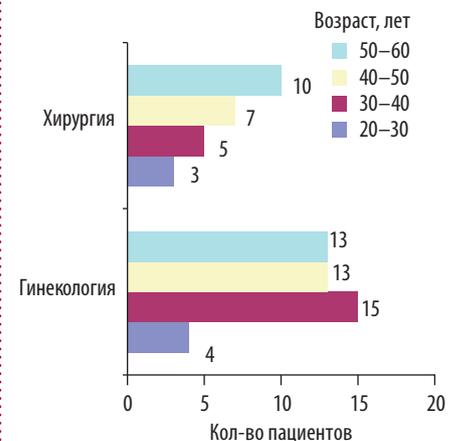


Рис. 2. Возраст пациентов



Рис. 3. Масса тела пациентов



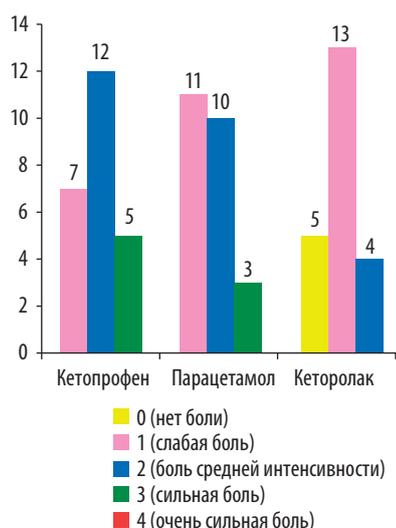


Рис. 5. Оценка обезболивания кеторолака, парацетамола и кетопрофена по 5-балльной вербальной шкале боли через 30 минут после инъекции

1) отсутствие боли (0) отметили 5 человек после внутривенного введения кеторолака;

2) слабую боль (1) отметили 31 человек (13 человек после внутривенной инъекции кеторолака, 11 человек после внутривенной инфузии парацетамола и 7 человек после внутримышечного введения кетопрофена);

3) боль средней интенсивности (2) отметили 26 человек (4 человека после введения кеторолака, 10 человек после инфузии парацетамола и 12 человек после инъекции кетопрофена);

4) сильную боль (3) отметили 8 человек (3 человека после введения парацетамола и 5 человек после инъекции кетопрофена).

Вывод: Через 30 минут после обезболивания большинство пациентов – 31 человек отметили слабую боль. Очень сильной боли у пациентов после обезболивания не было.

Уменьшение болевого синдрома (отсутствие боли или слабая боль) через 30 минут после введения кеторолака 30 мг внутривенно болюсно отмечалось у 81,82% пациентов, после введения парацетамола 100 мл внутривенно капельно у 45,83% пациентов и после введения кетопрофена 100 мг внутримышечно у 29,17% пациентов.

Сравнительная оценка обезболивания анальгетиками через 1 час (рис. 6):

1) отсутствие боли (0) отметили 7 человек (5 человек после внутривенного введения кеторолака и 2 чело-

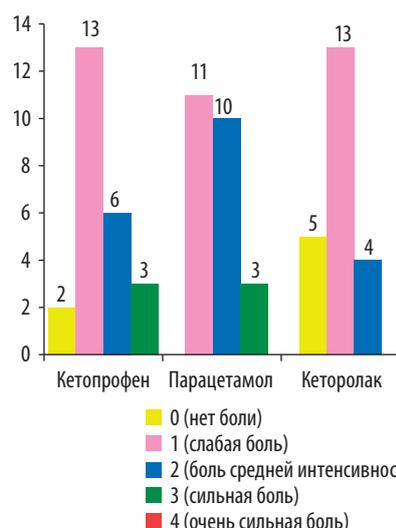


Рис. 6. Оценка обезболивания кеторолака, парацетамола и кетопрофена по 5-балльной вербальной шкале боли через 1 час после инъекции

века после внутримышечной инъекции кетопрофена);

2) слабую боль (1) отметили 37 человек (13 человек после инъекции кеторолака, 11 человек после введения парацетамола и 13 человек после введения кетопрофена);

3) боль средней интенсивности (2) отметили 20 человек (4 человека после введения кеторолака, 10 человек после инфузии парацетамола и 6 человек после инъекции кетопрофена);

4) сильную боль (3) отметили 6 человек (3 человека после введения парацетамола и 3 человека после инъекции кетопрофена).

Вывод: Через 1 час после обезболивания большинство пациентов – 37 человек, отметили слабую боль. Очень сильной боли после обезболивания у пациентов не было.

Уменьшение болевого синдрома (отсутствие боли или слабая боль) через 1 час после введения кеторолака внутривенно болюсно отмечалось у 81,82% пациентов, после внутримышечного введения кетопрофена у 62,5% пациентов и после внутривенной инфузии парацетамола у 45,83% пациентов.

Следует отметить, что современные препараты для парентерального введения из группы нестероидных противовоспалительных средств – НПВС (кеторолак, кетопрофен) были более эффективны для уменьшения боли после лапароскопических операций. Следовательно, чем массивнее повреждение тканей, тем более выражена сопро-

ждающая его воспалительная реакция, и тем более интенсивен послеоперационный болевой синдром.

Один из не менее важных факторов по применению лекарственных средств в медицине является их стоимость.

В исследовании был проведен анализ закупочных цен аптеки БУЗОО «ОКБ» используемых анальгетиков (кеторолак, парацетамол и кетопрофен), для того чтобы узнать, можно ли приобрести недорогие и эффективные лекарства с аналогичным действующим эффектом, с реальной экономией затрат.

Из трех представленных анальгетиков был выделен лекарственный препарат с наименьшей стоимостью, по сравнению с другими. Стоимость применяемых анальгетиков выглядит так: кеторолак – 46,09 руб (10 ампул), кетопрофен – 88,03 руб. (10 ампул), парацетамол – 750,60 руб. (10 флаконов).

Вывод: НПВС – кеторолак, по сравнению с другими анальгетиками, в соотношении «затраты – эффективность», обладает приемлемой эффективностью и не требует дополнительных затрат, что является существенно важным в лечении.

Заключение. Уменьшение болевого синдрома у пациентов после операции на органах брюшной полости и малого таза в первые часы после операции можно достичь назначением не только опиоидных анальгетиков, но и НПВС. Из трех анальгетиков, применяемых в исследовании, кеторолак является лекарственным средством с выраженным анальгезирующим эффектом, который в большинстве случаев оказывает спокойное, безболезненное пробуждение, а по силе анальгезирующей активности и в соотношении «затраты–эффективность» он превосходит кетопрофен и парацетамол.

Внедрение кеторолака в анестезиологическую практику позволит добиться как значительного экономического эффекта, так и повысить качество анестезиологического пособия.

За время проведения исследования у пациентов после обезболивания в палате пробуждения не было отмечено влияния анальгетиков на показатели гемодинамики и дыхания, не отмечались и другие побочные явления.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ. ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ



■ Баранова Елена Александровна

Старшая медицинская сестра организационно-методического кабинета ГБУЗ «ГВВ № 2 ДЗМ», председатель специализированной секции «Анестезиология и реаниматология» РООМС, г. Москва

«Анестезиология и реаниматология» сравнительно молодая специальность. Первые анестезисты в нашей стране появились в середине 60-х годов прошлого века.

Данная специальность имеет некоторые особенности:

- специфика работы требует от специалистов, имеющих среднее профессиональное образование по специальностям «Сестринское дело», «Акушерское дело», «Лечебное дело», наличия переподготовки по специальности «Анестезиология и реаниматология»;

- структура отделения может быть разная. В учреждениях встречаются отделения «Анестезиологии», «Реанимации», отделения, где имеется и анестезиология, и реанимация;

- отдельно можно выделить профильные отделения в детских стационарах, так как работа с детьми имеет свои особенности и регламентируется отдельным приказом Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2012 г. № 909н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «Анестезиология и реаниматология».

С целью изучения проблем в работе медицинских сестер анестезистов специализированная сестринская секция «Анестезиология и реаниматология»



Региональной общественной организации города Москвы провела анкетирование среди медицинских сестер, работающих в анестезиологии и реаниматологии.

В задачи анкетирования входили:

- анализ кадрового состава средних и младших медицинских работников отделений анестезиологии и реанимации;
- определение нагрузки на медицинских сестер;
- выявление самооценки синдрома профессионального выгорания.

В анкетировании приняли участие 736 респондентов из разных регионов нашей необъятной родины, среди которых 475 специалистов, работающих в отделениях реанимации и 261 специалист отделений анестезиологии.

По должностям респонденты распределились следующим образом:

- 103 старшие медицинские сестры;
- 375 медсестер анестезистов;
- 283 медсестры палатные.

Большинство опрошиваемых имеют стаж работы в профильных отделениях свыше 5 лет.

При выявлении кадрового дефицита среднего медицинского персонала незначительный дефицит отметили свыше 45% опрошенных респондентов, работающих в анестезиологии,

и свыше 36% респондентов из отделений реанимации. Ряд специалистов отмечают значительный дефицит среднего медицинского персонала.

Находясь в стационаре, пациент получает не только лечение, но и необходимый уход, который не обходится без участия младшего медицинского персонала.

В ходе анкетирования выяснилось, что не во всех отделениях имеется в наличии младший медицинский персонал. Отсутствие младшего медицинского персонала отметили больше половины опрошиваемых из отделений анестезиологии и 11% медсестер отделений реанимации.

При этом 60% респондентов, работающих в анестезиологии, считают наличие должностей младшего медицинского персонала (санитара или младшей медицинской сестры) в своих отделениях целесообразным.

Респонденты из отделений реанимации и интенсивной терапии отмечают дефицит младшего медицинского персонала: незначительный отметили 38% опрошиваемых, а значительный – почти 22%.

Если говорить об условиях работы в отделениях анестезиологии, то большая часть медсестер анестезистов работает в дневном графике, так как основная работа осуществляется в плано-

вом режиме. При этом многие анестезисты работают больше, чем на одну ставку, что связано с кадровым дефицитом.

Нагрузка на средний персонал в отделениях анестезиологии выражается в работе одновременно в двух операционных и за счет задержек после рабочего времени по инициативе работодателя в связи с продолжающейся операцией. Если работать в двух операционных приходится не часто, то постоянную задержку после работы отмечают 45 % респондентов.

В отделениях реанимации медицинским сестрам тоже приходится работать выше ставки, так как у них так же, как и в анестезиологии, имеется дефицит кадров. При этом процент работающих выше одной ставки больше, чем в анестезиологии. Еще медицинским сестрам в реанимации приходится во время рабочей смены выполнять функции младшего персонала. 30% опрошиваемых выполняют эту работу регулярно, а 28% выполняют функции младшего персонала иногда.

Нагрузка на средний медицинский персонал в отделениях реанимации зависит от количества пациентов на одну медсестру. Согласно приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 919н от 15.11.2012 г. «Порядок оказания помощи взрослому населению по профилю «Анестезиология и реаниматология» рекомендуемое штатное расписание регламентирует на 1 медсестру 2 пациента. В реальности на медицинскую сестру зачастую приходится более трех пациентов, что является более негативным фактором в работе медицинской сестры – чем выполнение функций младшего медицинского персонала или работа с большим потоком пациентов.

Высокую нагрузку отмечают все медицинские сестры и работающие в анестезиологии и работающие в отделениях реанимации.

Высокая нагрузка на средний медицинский персонал приводит к неудовлетворенности своей работой. Согласно данным анкеты почти 34% медицинских сестер, работающих в реанимации, не удовлетворены своей работой. Среди медицинских сестер анестезиологов неудовлетворенность отмечает лишь 14,6% опрошенных.

Высокая нагрузка и неудовлетворенность в работе способствуют раз-



витию синдрома профессионального выгорания, который больше всего отмечается у медсестер отделений реанимации – у половины опрошенных. В анестезиологии синдром выгорания отмечается лишь у 26% респондентов. Это связано с тем, что медсестры реанимации больше времени уделяют пациентам и сталкиваются с негативом, а анестезисты наблюдают пациента

30% сестер отделений реанимации регулярно выполняют работу младших медсестер»

только во время операции. Так же в реанимации персонал чаще сталкивается с летальностью. В анестезиологии летальные исходы являются единичными.

В ходе проведенного анкетирования выявились следующие проблемы в работе медицинских сестер отделений анестезиологии и реанимации:

- высокая нагрузка на средний медицинский персонал;
- неудовлетворенность своей работой и как следствие профессиональное выгорание;
- дефицит среднего медицинского персонала;
- наличие должностей медицинских сестер палатных в отделении реанимации.

Конечно, всем хочется, чтобы в отделениях анестезиологии и реанимации увеличили штатное расписание и привели в соответствие нагрузку на медицинский

персонал. Но надо понимать, что в условиях продолжающейся оптимизации здравоохранения это практически невозможно. Необходимо искать другие пути решения выявленных проблем.

Что можно сделать для улучшения сестринской деятельности в отделениях анестезиологии и реаниматологии? Возможные пути решения проблем:

- рациональная расстановка кадров и оптимизация графика работы;
- пересмотр логистики рабочих процессов;
- организация психологических тренингов для предотвращения профессионального выгорания;
- подбор будущих сотрудников среди студентов 4 курсов среднего профессионального образования.

С целью рациональной расстановки кадров и оптимизации графика работы в анестезиологии можно рассмотреть вариант работы в сменном графике по 12 часов в плановых операционных, где регулярно происходит удлинение рабочего дня.

Также можно равномерно распределять нагрузку между анестезистами, проводя периодическую ротацию по операционным. Это позволит работать в операционных, в которых происходят частые задержки, по очереди.

Снизить нагрузку в реанимации позволит введение дополнительной дневной ставки медсестры. Обосновать это можно тем, что нагрузка на средний медицинский персонал в дневное время больше, чем в ночное. Много ставок администрация одно-



значно не даст, но одну ставку в учреждении найти реально.

С целью улучшения логистики рабочих процессов целесообразно оснастить все палаты реанимации или операционные по единому принципу, вплоть до комплектации шкафов, манипуляционных столов и т. д. Это позволит сэкономить трудозатраты и время на поиски всего необходимого во время работы.

Так же логистика рабочих процессов включает в себя работу по СОПам. Стандартные операционные процедуры предусматривают все нюансы выполнения той или иной манипуляции, что позволяет сразу подготовить все необходимое при комплектации наборов, накрытии инструментального столика и не тратить время на доукомплектацию непосредственно при выполнении процедуры.

Предотвращению профессионального выгорания у медицинских сестер может способствовать проведение различных психологических тренингов. Если в организации есть штатные психологи, то вполне реально воспользоваться их помощью. В случае отсутствия психологов можно обучиться проведению тренингов на мастер-классах и проводить занятия собственными силами.

В 2016 году при инициативе Департамента здравоохранения города Москвы были организованы тренинги для среднего медицинского персонала столичного здравоохранения. Тренинги проводились на наиболее актуальные темы, такие как «Жизненные позиции», «Кривая принятия», «Коммандо-

бразование», «Пациент-ориентированность». В рамках этого проекта была проведена программа «Наставники», в задачи которой входила реализация каскадного принципа обучения: «Обучился сам – обучи других». В некоторых медицинских организациях города Москвы эта программа успешно

Порядок оказания помощи взрослому населению по профилю «Анестезиология и реаниматология» рекомендует организацию помощи из расчета двух пациентов на одну медицинскую сестру. В реальности на медицинскую сестру отделения реанимации зачастую приходится более трех пациентов

работает в настоящее время.

С 2019 года Региональная общественная организация медицинских сестер города Москвы начала проведение подобных тренингов, посетить которые может любой желающий. Для решения проблемы дефицита кадров в отделениях анестезиологии и реанимации необходимо подбирать себе сотрудников из числа студентов 4 курса среднего профессионального образования.

Для желающих в перспективе работать в отделениях анестезиологии и реанимации можно организовать целевую практику в течение последнего года обучения. То есть всю практику, которая проходит на 4 курсе, студент проходит в отделении анестезиологии и реанимации.

В конце своего обучения по основной специальности выпускник проходит переподготовку по специальности «Анестезиология и реаниматология».

Не секрет, что с течением времени сроки переподготовки постепенно уменьшались и на текущий момент составляют всего 252 часа.

Целевая практика поможет быстрее освоить новую специальность будущему молодому специалисту и влиться в коллектив, а работодателю подобрать себе достойную кандидатуру на вакантную должность.

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 919н «Порядок оказания помощи взрослому населению по профилю «Анестезиология и реаниматология» регламентирует в штатном расписании отделений анестезиологии и реанимации только должности медсестер анестезистов. Несмотря на это в некоторых отделениях реанимации до сих пор работают медицинские сестры палатные.

Сравнивая работу медсестры палатной отделения реанимации и работу медсестры анестезиста в отделении в анестезиологии, можно найти много общего: работа с наркозно-дыхательной и следящей аппаратурой, помощь врачу при интубации, при постановке центрального венозного и эпидурального катетеров, работа с определенным перечнем лекарственных препаратов. Все это говорит в пользу того, чтобы в палатах реанимации работали медсестры анестезисты.

Медицинские сестры, работающие в отделениях анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, – это специалисты, обладающие большим объемом знаний и умений не только по своей специальности. От качественного выполнения их обязанностей во многом зависит процесс выздоровления пациентов. Наличие различных проблем в специальности делает ее менее привлекательной как для уже сформировавшихся специалистов, так и для выпускников медицинских колледжей.

Всемирная организация здравоохранения объявила 2020 год Годом медицинской сестры. Хочется надеяться, что это значимое событие поможет медицинским сестрам объединиться, попытаться решить все насущные проблемы и поднять престиж нашей профессии.

ЧИСТЫЕ РУКИ – ЗАЛОГ ЗДОРОВЬЯ

В ПРЕДДВЕРИИ ДНЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА ЗАПУСТИЛИ ШИРОКОМАСШТАБНУЮ АКЦИЮ ПОД ДЕВИЗОМ «ЧИСТЫЕ РУКИ – ЗАЛОГ ЗДОРОВЬЯ».

В медицинских организациях, детских садах и школах были проведены санитарно-просветительские мероприятия, разъяснительные беседы и семинары. В некоторых районах к процессу подошли творчески: медики и студенты в зажигательном танце продемонстрировали необходимую последовательность движений при мытье рук.

Основная цель акции – привлечь людей к участию в изменении привычек, показать, как простое мытье рук водой с мылом помогает эффективно бороться с многочисленными заболеваниями. Наши руки – это наша визитная карточка, а их мытье – занятие настолько очевидное, что, кажется, здесь нет и не может быть никаких неожиданностей и секретов. Посыл всему обществу состоит в том, что руки должны быть чистыми. Это залог нашего здоровья, а для медицинских работников – это основа основ.

Ежегодно сотни миллионов пациентов во всем мире подвергаются воздействию инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Такие инфекции относятся к числу самых распространенных неблагоприятных последствий лечения. Точные данные по масштабу вреда, наносимому ВБИ, отсутствуют.

Большинство инфекций, связанных с медико-санитарной помощью, можно предотвратить благодаря надлежащей гигиене рук: работники здравоохране-



ния должны мыть руки в надлежащее время и надлежащим образом.

Сформировать хорошую привычку регулярно и правильно мыть руки важно не только для медицинских работников, но и для населения в целом. По данным ВОЗ ежедневное мытье рук резко снижает заболеваемость и смертность у детей, поэтому медицинские работники детских садов и школ постоянно проводят обучение среди учащихся.

Такая простая гигиеническая процедура, как обычное мытье рук, не только помогает предупредить заражение организма вредоносными вирусами и инфекциями, но и делает нашу жизнь более комфортной, приятной и безопасной.

Акция «Чистые руки – залог здоровья» охватила практически всю территорию Ленинградской области. В ее проведении приняли участие 33 меди-

цинские организации Тосненского, Выборгского, Приозерского, Кингисеппского, Тихвинского, Ломоносовского, Гатчинского, Сланцевского, Волховского, Лодейнопольского, Лужского, Бокситогорского, Волосовского, Подпорожского, Киришского и Всеволожского районов.

К проведению марафона чистых рук присоединились сотрудники ЛОГБУЗ Детской клинической больницы, ГБУЗ ЛОКБ, Областного регионального Центра крови, противотуберкулезного и психоневрологического диспансеров, а также волонтеры – студенты филиалов Выборгского, Тихвинского медицинских колледжей, Всеволожского филиала Ленинградского областного медицинского техникума.

Заботьтесь о здоровье своем и здоровье Ваших близких – регулярно мойте руки с мылом! Помните, чистые руки – залог Вашего здоровья!



ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ – ОБЩЕЕ ДЕЛО КЛИНИЧЕСКОГО И ЛАБОРАТОРНОГО ПЕРСОНАЛА

■ Воробьева Татьяна Алексеевна

Медицинский лабораторный техник
лаборатории клинической
микробиологии ГБУЗ «ГКБ им.
В.М. Буянова ДЗМ»

Работая на протяжении многих лет в лаборатории клинической микробиологии многопрофильного стационара Москвы, я и мои коллеги часто сталкиваемся с проблемой эффективности медицинской помощи. В данной статье хотелось бы рассмотреть особенности преаналитического этапа забора крови на стерильность на примере пациентов реанимационных отделений. В основном это пациенты с тяжелыми пневмониями и инфекциями дыхательных путей, с подозрением на бактериемию и сепсис, а также инфекционный эндокардит.

При наличии у пациентов в критическом состоянии признаков системного воспаления отличить сепсис от неинфекционных синдромов довольно трудно. Приоритетным мероприятием при бактериемии или сепсисе по-прежнему считается ранняя противомикробная терапия, а точная идентификация порой является жизненно важной в диагностике и лечении заболевания. Распознавание этиологии инфекционного процесса и его возможных осложнений лежит в основе успешного лечения больного и является важнейшим условием при постановке диагноза. Посев крови на стерильность применяется как основной инструмент в выявлении бактериемии и фунгемии. Неотъемлемой частью гемокультуривирования является не только грамотность выполнения исследования, но и соблюдение правил преаналитического этапа, при этом грамотный подход медицинской сестры в разы повышает эффективность работы лабораторной службы и приводит к более рациональному лечению в дальнейшем.

Для начала разберем, что такое культура крови или гемокультура. Культура крови является лабораторным



анализом, где кровь, взятую у пациента, вносят во флакон, содержащий питательную среду для дальнейшего установления отсутствия или наличия бактерий или грибов в кровотоке.

В идеале забор крови должен проводиться до назначения системной антимикробной терапии, поскольку анти-

« В идеале забор крови должен проводиться до назначения системной антимикробной терапии, поскольку антимикробные препараты снижают высеваемость микроорганизмов. »

микробные препараты снижают высеваемость микроорганизмов. Если же пациент уже получает антимикробную терапию, важно произвести забор крови непосредственно перед следующим введением антибиотика. Одним из критически важных этапов гемокультуривирования является забор образца крови, поскольку возможна контаминация образца микрофлорой кожи. Обычные кожные микроорганизмы редко вызывают тяжелые бактериальные инфекции, но и они в 20% случаев могут иметь клиническое зна-

чение, к примеру, инфекционные эндокардиты, особенно при протезировании клапанов сердца, могут быть вызваны флорой с кожи. Клиническую значимость и качество гемокультуривирования можно значительно улучшить, соблюдая общепринятые методические рекомендации по взятию культуры крови.

Правильная обработка персоналом рук перед манипуляцией, а также обработка пунктируемой вены исключит контаминацию. Важно помнить, что пальпация вены после обработки места венепункции категорически запрещается.

Правильное хранение флаконов, их визуальный осмотр перед использованием, обработка резиновой пробки перед посевом крови, расположение флакона с пробой при посеве образца должно быть только вертикальным.

При заборе можно использовать иглу размера 21 со шприцом, объем которого на 5–10 мл больше необходимого объема крови, первым при заборе наполняют «аэробный» флакон. Соблюдение соотношения крови и среды 1:10 также играет немаловажную роль. Здесь от объема крови зависит эффективное выделение бактерий и грибов

присутствующих в небольшом количестве, а снижение разведения крови средой менее чем в 5 раз снижает возможный рост микробов. Для исключения ошибки можно нанести метку на флакон перед забором образца.

Важно понимать, что необходимость избегания забора крови из внутрисосудистых катетеров (кроме случаев, когда предполагается сепсис катетерного происхождения) обусловлена миграцией бактерий с кожных покровов и колонизацией ЦВК, а также образованием биопленок, представляющих собой несколько слоев микроорганизмов. ЦВК занимают особое место в качестве возможного источника инфекции. Например, связь сепсиса с инфицированным катетером по данным разных авторов составляет от 20 до 55%. Но и тут имеет значение тип используемого катетера и, конечно, длительность его использования. Правильное назначение лабораторных тестов и соблюдение правил преаналитического этапа персоналом клинических подразделений являются неперенными условиями для получения адекватной лабораторной информации.

Современная лабораторная диагностика и правильное лабораторное заключение – залог адекватной терапии, что не только определяет исход лечения, но и сокращает пребывание пациента в стационаре. Клинические лабораторные исследования являются общим делом клинического и лабораторного персонала. Разделение функций между ними заключается в том, что лабораторный персонал выполняет необходимые аналитические процедуры, оценивает достоверность и правдоподобие результатов исследований, а клинический персонал осуществляет назначение лабораторных тестов, подготовку пациентов к их проведению, взятие образцов биоматериалов и транспортировку их в лабораторию, окончательную интерпретацию результатов исследований и принятие на их основе клинических решений.

Постоянное взаимодействие клинического и лабораторного персонала на всех этапах проведения клинических лабораторных исследований необходимо для обеспечения их качества для эффективного оказания медицинской помощи пациентам.



Организация работы центрального стерилизационного отделения в учреждениях травматологического профиля

- **Головатюк С.С.,**
Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом ФГБУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена»
- **Мурень Е.Л.,**
Врач-эпидемиолог
- **Такмакова Ю.А.,**
Старшая медицинская сестра отделения № 11

В ФГБУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена» МЗ РФ центральное стерилизационное отделение является важным структурным подразделением, обеспечивающим безопасность оказания медицинской помощи.

ВБИ являются одной из актуальных проблем современного здравоохранения. Борьба с ВБИ возможна различными методами, понимая, что затраты на профилактику ВБИ медикаментозными методами гораздо выше затрат на адекватную стерилизацию медицинских изделий.

Целью создания современного центрального стерилизационного отделения в ФГБУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена»

стало предупреждение ВБИ с парентеральным механизмом передачи.

Клиника рассчитана на 760 коек и имеет 20 клинических отделений, из которых травматолого-ортопедических – 17, отделение гнойной хирургии, отделение лечения позвоночника, отделение восстановительной медицины, в каждой из которых имеются перевязочная и процедурная.

Кроме того, в клинике института имеются приемное отделение, отделения анестезиологии и реанимации, операционные блоки (29 залов), центральная клиничко-диагностическая лаборатория, отделение лучевой диагностики, переливания крови, клинической фармакологии, консультативно-диагностическое, патологоанатомическое отделение, дезкамера, отделение консервации тканей, центральное стерилизационное отделение, аптека, отдел по экспертизе качества медицинской помощи.

В настоящее время институт является одним из крупнейших в стране клинических, научных и учебных учреждений в области травматологии и ортопедии, ведущим центром по оказанию



020

екого профиля

нию ВМП в области эндопротезирования крупных суставов.

Основные направления работы института – эндопротезирование крупных суставов конечностей; современные методики остеосинтеза; артроскопическая диагностика и оперативное лечение; реконструктивные микрохирургические операции; лечение заболеваний и травм позвоночника; онкологическая ортопедия; гнойная остеология; реабилитация в травматологии и ортопедии.

Основой качества медицинской помощи в учреждении является его безопасность, связанная с профилактикой возникновения и распространения внутрибольничных инфекций.

Исходя из большой коечной мощности института, специфики контингента поступающих больных (большинство – это люди пожилого и старческого возраста), высокого уровня оперативной активности и приема пациентов по скорой помощи – наш стационар является (в эпидемическом плане) объектом высокого риска для возникновения ВБИ.

Ежегодно в институте оперативно лечение проходят порядка 20 тысяч че-

ловек. За 2018 год в институте прооперировано 928 пациентов с парентеральными инфекциями, из них: 49 ВИЧ инфицированных и 879 пациентов с положительными маркерами вирусных гепатитов «В» и «С», это 4,2% от всех прооперированных за 2018 год.

При этом случаев ВБИ не зарегистрировано, в чем немалая заслуга сотрудников Центрального стерилизационного отделения.

Именно поэтому особую актуальность для лечебного учреждения имеет качество дезинфекционных и стерилизационных мероприятий.

Работа ЦСО ранее была построена на приеме уже готовых и упакованных наборов и биксов для проведения непосредственно стерилизации. Мойка и упаковка инструментария производилась ручным методом в предоперационных, стерилизация – в автоклавной ЦСО в трех стерилизационных комплексах ЦСУ-1000.

В связи с увеличением оперативной активности выросло и количество подлежащих обработке медицинских изделий.

За 2018 год в институте прооперировано 928 пациентов с парентеральными инфекциями. При этом случаев ВБИ не зарегистрировано, в чем немалая заслуга сотрудников ЦСО.

В сентябре 2013 года была проведена реконструкция ЦСО с целью введения процесса централизованной дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации инструментария, принятого непосредственно после использования в операционных института, а также для комплектации, упаковки и стерилизации индивидуальных упаковок (инструментов и перевязочного материала), для обеспечения проведения инвазивных манипуляций в отделениях клиники, что несомненно является гарантией качества лечения пациентов и безупречности репутации РНИИТО.

Ежедневно в институте проводится около 100 операций. Общее количество специальных наборов, необходимых для обеспечения высокотехнологичных оперативных вмешательств, порядка 350 в день.

Например, для проведения одной операции – эндопротезирование коленного сустава – в центральном стерилизационном отделении необходимо подготовить 1 набор, в состав которого входят от 5 до 13 контейнеров со специальным инструментарием, 1 контейнер с силовым оборудованием и контейнер с общехирургическим инструментарием.

Чтобы ЦСО могло в полной мере выполнять возложенные на него задачи, оно должно быть оборудовано современными техническими средствами, подобранными под конкретные нужды, и укомплектовано штатом подготовленных специалистов, способных должным образом эксплуатировать доверенные им технические средства и обеспечить эффективную обработку и стерилизацию медицинских изделий и перевязочного материала.

В штат центрального стерилизационного отделения входят 1 старшая медсестра, 11 медицинских сестер, 2 дезинфектора, 2 транспортировщика, техник.

Несколько медицинских сестер отделения имеют большой опыт работы в качестве операционных медсестер операционного блока института, что, несомненно, имеет огромное значение для обучения медперсонала ЦСО.

График работы отделения – двухсменный. Первая смена начинается в 7:30; вторая смена заканчивается в 23:00. Критерием окончания работы является подготовка чистого инструментария к стерилизации.

Весь персонал ЦСО имеет хорошую теоретическую подготовку, практические навыки использования современных средств и методов дезинфекции и стерилизации медицинских изделий.

Важным фактором для обеспечения качества работы ЦСО является благоприятный психологический климат в коллективе, положительная оценка администрацией клиники труда сотрудников ЦСО как вносящих огромный вклад в инфекционную безопасность пациентов и медицинского персонала.

Порядок работы в ЦСО организован следующим образом.

Медицинские инструменты из операционных залов в универсальных контейнерах транспортируются специальным лифтом, курсирующим ме-



жду ЦСО и операционным блоком к месту мойки, дезинфекции и стерилизации.

Центральное стерилизационное отделение делится на три зоны: «грязная», «чистая», «стерильная».

«Грязная» зона представлена помещением для приема использованных МИ и моечным помещением.

В моечном помещении производится разбор инструментария, загрузка его в дезинфекционно-моечные машины для проведения дезинфекции и предстерилизационной очистки.

При этом очень важно соблюдать аккуратность в обращении с инструментами при загрузке, чтобы избежать повреждения. Инструменты, имеющие замки, перед закладкой должны быть обязательно открыты.

Процесс обработки каждой партии фиксируется протоколом.

В клинике установлено 5 дезинфекционно-моечных машин «ДЭКО-2000», емкостью по 55 литров.

Ультразвуковые мойки – DGM-QX-1200 для обработки оптики и световодов.

Отличительной особенностью ЦСО стала уникальная автоматизированная загрузочная система, которая позволила упростить перемещение и загрузку инструмента и как следствие увеличить производительность ЦСО.

Использование современного дезинфекционно-моечного оборудования требует применения индикаторов контроля качества очистки изделий медицинского назначения нового поколения, таких как индикаторы TOSI, что позволяет контролировать предстерилизационную очистку всего обработанного инструментария, а не 1%

медицинских изделий, подлежащих контролю при проведении аэопираммовой пробы.

В «чистой» зоне находятся уже чистые, но еще нестерильные инструменты. Эта зона отделяется от «грязной» барьером в виде проходного дезинфекционно-моечного оборудования.

В «чистой» зоне производится:

- выгрузка чистого инструментария из дезинфекционно-моечных машин;
- сушка МИ;
- контроль предстерилизационной обработки МИ;
- упаковка МИ;
- комплектация и упаковка индивидуальных наборов хирургических инструментов для операционных в отдельных контейнерах (срок годности – 60 суток) и индивидуальных упаковок, перевязочного материала;
- подготовка их к стерилизации.

В клинике установлено 3 сушильных шкафа – ДС-2200, емкостью по 790 литров.

Для обеспечения надлежащего и надежного функционирования инструментов в течение многих лет необходимо строгое соблюдение регламента, рекомендованного изготовителем по очистке и стерилизации каждого инструмента. Для поддержания МИ в должном состоянии в штат ЦСО введена ставка техника, ответственного за обслуживание силового медицинского инструментария, без которого не обходится практически ни одна операция травматологического профиля.

Подготовкой индивидуальных наборов занимаются специалисты сте-

рилизационного отделения, согласно разработанным «Стандартам специальных упаковок». Состав индивидуальной упаковки варьируется в зависимости от назначения. Состав и количество индивидуальных наборов определяется сотрудниками тех отделений, которые делают заказ исходя из собственной потребности. Обязательным условием содержания упаковки является совместимость материалов по режиму стерилизации.

Да и сами пациенты, видя индивидуальную стерильную упаковку, с большим доверием относятся к проводимым манипуляциям.

Комбинированный упаковочный материал успешно пришел на смену биксам и позволяет облегчить упаковку, таким образом, достигается снижение физической нагрузки на медицинскую сестру.

Использование надежных современных упаковочных материалов позволяет стерилизующему агенту беспрепятственно проникать внутрь на глубину всего изделия. В качестве упаковки медицинских изделий для стерилизации в нашем отделении используются различные виды материала: бумажно-пленочные пакеты, крепированная бумага, нетканый материал и универсальные контейнерные системы.

Для работы с инструментарием, предназначенным для хирургических вмешательств, применяются стерилизационные контейнерные системы, которые обеспечивают хранение инструментов в стерильном состоянии до 60 суток, что позволяет избежать повторной стерилизации неиспользуемых в течение длительного срока хирургических наборов.



Для специализированных наборов инструментов в качестве упаковки используется крепированная бумага и нетканый материал со сроком сохранения стерильности в течении двух месяцев.

Фиксация упаковочной бумаги производится лентой-индикатором 1 класса с изменением цвета после окончания цикла стерилизации. Таким образом, липкая индикаторная лента выполняет сразу две функции: фиксации упаковки и индикации стерилизации.

Далее формируется транспортная тележка для каждой операционной с наборами к определенной операции.

ЦСО должно обеспечивать стерилизацию медицинских изделий всех видов и материалов – как термоустойчивых, так и термолабильных. В связи с этим в институте применяется паровой и плазменный методы стерилизации.

Самым надежным и самым быстрым методом термической стерилизации является паровой.

В институте используют 5 форвакуумных паровых стерилизаторов марки «LTE – Touchlave Systems 2 SCF 28», емкостью по 800 литров каждый.

Наличие автоматической регистрации цикла стерилизации и ошибок имеет большое значение, так как полученные данные являются юридическим документом. В журнале регистрации стерилизации указывается вместе с датой и номером цикла номер стерилизатора, а также перечень стерилизуемых в конкретном цикле изделий.

Стерилизацию инструментов, чувствительных к нагреву и увлажнению, а также различных полимеров и оптики решил стерилизационный комплекс STERRAD-100S, емкостью по 100 литров каждый.

«Стерильная» зона предназначена для хранения стерильного материала и инструментов. Она отделяется от «чистой» зоны проходным стерилизационным оборудованием.

Простерилизованные медицинские изделия и перевязочный материал размещаются на складе стерильных МИ для полного остывания. Остывшие упаковки и наборы доставляются в экспедиционную для выдачи отделениям.

Операционная сестра нашего института освобождена от необходимости проводить обработку инструментария.

Отвечая требованиям времени, стерилизационные отделения не только осуществляют стерилизационную деятельность, но и призваны освобождать медицинских сестер от формирования наборов для различных манипуляций, тем самым давая возможность уделять больше внимания элементам ухода для улучшения качества обслуживания пациента в стационаре.

В первую очередь это ощутили на себе операционные сестры. Являясь высокоорганизованным отделением института, операционный блок предъявляет высокие требования к нашему сотрудничеству. Использование индивидуальных наборов для каждого пациента значительно упрощает работу операционной сестры.

Индивидуальные укладки на каждую операцию, включая стандартный набор и отдельно упакованные инструменты, являются альтернативой стерильных столов.

Подводя итоги, хочется отметить и подчеркнуть, что с введением централизации процессов стерилизации и обработки инструментария в ЦСО ФГБУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена» МЗ РФ удалось решить целый комплекс задач.

Выросло качество и надежность стерилизации медицинских изделий многократного применения.

Были разработаны и внедрены в работу стандарты укладок для перевязочных и процедурных, в зависимости от потребностей отделений и сложности планируемых манипуляций, что несомненно является залогом успешной профилактики внутрибольничных инфекций.

Использование комбинированного упаковочного материала позволило облегчить упаковку и тем самым снизить физическую нагрузку на медицинскую сестру и отказаться от стерилизационных коробок-биксов.

Применение стерилизационных контейнерных систем для хирургического инструментария обеспечило хранение инструментов в стерильном состоянии до 60 суток и позволило избежать повторной стерилизации неиспользуемых в течение длительного срока хирургических наборов.

Медперсонал операционного блока освободился от выполнения работы, связанной с проведением дезинфекционных и стерилизационных мероприятий по обработке инструментария, что обеспечило проведение большего количества операций.

Сократился риск профессионального заражения гемоконтактными инфекциями при обработке использованного инструментария из-за уменьшения количества людей, участвующих в данном процессе.

Поздравляем с юбилеем!



ДЕРЖАТЬ МАРКУ НЕПРОСТО

17 июня свое 65-летие отмечает одна из лучших медицинских сестер фтизиатрии, главная медицинская сестра Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Астраханской области «Областной клинический противотуберкулезный диспансер» Карпушева Людмила Васильевна.



тельности, психологии сестринского дела.

Современный руководитель сестринской службы – это специалист, который умело контролирует важнейшие процессы и мероприятия – от инфекционной безопасности и профилактики ВБИ до экономики

ЛПУ, маркетинга и выбора наиболее оптимальных предложений с целью приобретения и использования медицинской аппаратуры, инвентаря, расходных материалов, от проверки и контроля лечебного питания, до хранения и учета лекарственных и наркотических средств.

более оптимальных предложений с целью приобретения и использования медицинской аппаратуры, инвентаря, расходных материалов, от проверки и контроля лечебного питания, до хранения и учета лекарственных и наркотических средств.

За 43 года успешной работы во фтизиатрической службе Людмила Васильевна заслужила уважение и любовь своих коллег. Служивцы высоко ценят ее за преданность своему делу, профессионализм, глубокую порядочность, отзывчивость и доброту. Главное в ее работе – учеба и воспитание сестринского персонала.

Людмила Васильевна с успехом реализует себя и в психолого-педагогической деятельности в роли наставника, являясь преподавателем и куратором практики студентов медицинского колледжа, активно сотрудничает с Астраханской региональной общественной организацией «Профессиональная сестринская ассоциация».

Под руководством Людмилы Васильевны в диспансере внедряются новые сестринские технологии ухода, проводятся разнообразные мероприятия по обмену опытом, ведется работа по непрерывному повышению квалификации специалистов.

Прекрасный руководитель, замечательная мама и бабушка – Людмила Васильевна щедро дарит окружающим свое внимание и любовь.

Карпушева Л.В. отлично ориентируется в проблемах своей должности, в организационных взаимосвязях между подразделениями и службами диспансера. Под ее непосредственным руководством для каждой медицинской сестры разработаны должностные инструкции, разработаны и внедрены экспертные карты оценки качества работы сестринского персонала, тестовая система, позволяющая определить уровень теоретических знаний медсестер по разделам медицины катастроф, оказанию экстренной доврачебной помощи, правилам и нормам санитарно-эпидемиологического режима ЛПУ. Проводятся занятия по обучению стандартам практической дея-

Совет медицинских сестер ГБУЗ АО «ОКПТД» поздравляет с юбилеем Людмилу Васильевну, желает ей и дальше гармонично сочетать в себе женскую мудрость, интуицию, профессиональный подход к делу, сильную волю, умение принимать решения, воплощать в жизнь творческие планы. Искренне желает ей крепкого здоровья, долгих лет жизни, сохранить творческую активность в трудовой деятельности и успехов на долгие годы.

Л.А. Саламахина,
заместитель председателя
Совета медицинских сестер ГБУЗ
АО «ОКПТД», старшая медицинская
сестра стационара № 5 ГБУЗ
Астраханской области
«Областной клинический
противотуберкулезный
диспансер»

■ Швецова Н.С.

Внештатный специалист
по управлению сестринской
деятельности при ДЗ ТО

■ Янминкуль И.

Пресс-секретарь ТРОО ТОПСА

2018 год для сообщества руководителей сестринским персоналом медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения Тюменской области, был ознаменован внедрением рейтинга, включающего ключевые разделы работы, определяющие общую результативность работы сестринского персонала.

Элемент соревновательности является одним из важных стимулов профессиональной деятельности не только главных медицинских сестер, но и сестринского персонала в целом. Предоставленная возможность проявить себя позволяет повысить престиж профессии, дает возможность ставить серьезные цели и идти к их достижению, расширяя границы компетенции и открывая все новые возможности. При ежеквартальном подведении итогов рейтинга главных медицинских сестер можно было не только проследить командную работу всего сестринского персонала МО, но и оценить активную позицию и деловую инициативу лидеров.

Когда в конце марта 2018 года на Дне главной медицинской сестры главным внештатным специалистом по управлению сестринской деятельностью при Департаменте здравоохранения Тюменской области Швецовой Н.С. и Председателем Правления ТРОО ТОПСА Куликовой Р.М. было объявлено согласованное с директором Департамента здравоохранения ТО Куликовой И.Б. решение о внедрении среди главных меди-

цинских сестер рейтинга, это вызвало определенный интерес и в то же время настороженность. Все новое всегда таит неизвестность. Поскольку все разделы рейтинга и оценочная шкала, необходимая для подведения итогов, были разработаны, главным сестрам оставалось, вернувшись в свои МО, лишь занести результаты работы, которая была проведена ими с сестринским персоналом в 1 квартале. Как из песни слова не выкинешь, так и уже проделанной работы ни убавить, ни добавить невозможно. Большая часть главных медицинских сестер МО сразу активно и с азартом включились в рейтинг, другая часть – проигнорировала, допуская, что это нововведение не приживется.

Одним из пунктов рейтинга значились новые сестринские практики, внедренные в работу сестринского персонала. На ежеквартально проводимых днях главной медицинской сестры организаторы сестринским персоналом медицинских организаций, которые, не боявшись сопротивления сестринского персонала, решили ввести в своих организациях новые должности, расширить компетенции, в 2017–2018 гг. выступали перед коллегами с докладами. Не все складывается гладко, поначалу просчитываются экономические показатели и эффективность, большая работа проводится с персоналом, ведь с внедрением сестринских практик приходится во многом совершенствоваться, оттачивать новые навыки. Медицинским сестрам предоставляется великолепный шанс стать профессионально богаче, грамотнее, мыслить шире, с перспективой на будущее, осваивать современные информационные технологии, примерять на себя требования, которые диктует здравоохранение сегодняшнего и завтрашнего дня.

Выполнение плана аттестации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием заведено в рейтинг главной медицинской сестры не случайно. Кто, как не лидер, может грамотно и обоснованно замотивировать своих подчиненных на повышение квалификации. Ведь количество медицинских сестер, равно как и врачей, имеющих квалификационные категории, работает на имидж лечебного учреждения в целом. Тем более высокие требования в данном направлении предъявляются к самим сестринским



лидерам. Более половины главных медицинских сестер в начале 2018 года сами не имели категории по специальности «Организация сестринской деятельности» или «Управление сестринской деятельностью». Когда на этом был сделан упор главным внештатным специалистом по управлению сестринской деятельности при ДЗ ТО, как говорится, лед потихоньку, но все же тронулся. Но и до сих пор процент главных сестер без категории остается высоким. Только личным примером можно привлечь коллег к этому непросто шагу, ведь мало написать хороший аттестационный отчет, раскрывающий специалиста как профессионала, нужно в совершенстве отточить практические навыки по проведению сердечно-легочной реанимации, работе со стерильным материалом, гигиенической обработке рук, освежить в памяти огромное количество нормативной документации, на которой базируется ее профессиональная деятельность. Но и это не критично. Самым «страшным зверем», по мнению медицинских сестер, которым предстоит аттестация, является общение с аттестационной комиссией. Мифы успешно развеиваются, когда квалификационная категория присваивается специалисту первично или повторно.

Количество не аттестованных (в том числе с просроченной аттестацией) специалистов со средним медицинским образованием – это та «непаханная почва», над которой главным сестрам в будущем предстоит серьезно потрудиться. Это и молодые специалисты (до трех лет стажа), и сотрудники, находящиеся в декретном отпуске или отпуске по уходу за ребенком, и работники, находящиеся на длительном листе нетрудоспособности, ну и, конечно, категория людей, которых «на аркане не затянешь». Они настолько не уве-

рены в своих знаниях, что боятся себе самим признаться, из-за чего не хотят высунуться из собственной тени.

Система непрерывного профессионального образования для врачей, медицинских сестер и младшего медперсонала, где в еженедельном режиме происходит повышение профессиональных знаний, заполняются каждым сотрудником чек-листы, проводится оценка знаний старшими медицинскими сестрами и заведующими отделениями, в Тюменской области внедрена еще с 1 сентября 2017 года. Так вот, непосредственно анализ вовлеченности персонала МО в систему непрерывного профессионального развития, обученных в отчетный период в абсолютных цифрах и процентном соотношении, также является одним из важных критериев рейтинга главных медицинских сестер.

Нельзя не принимать во внимание и участие специалистов со средним медицинским образованием в работе областных, городских, региональных, международных обучающих мероприятий в течение года, причем большее количество баллов наберет та главная медицинская сестра, у которой сотрудники готовят серьезные доклады и выступают перед делегатами на мероприятиях различного уровня.

Чего стоит раздел рейтинга, где к главным сестрам и медперсоналу, находящемуся в ее подчинении, предъявляются требования о публикациях статей в СМИ (журналах, газетах). Да, не каждому дано грамотно излагать свои мысли, но ведь мы хотим развиваться в своей профессии!

Но еще более энергетически затратно для медицинского персонала – это участие во всероссийских, региональных, областных или городских конкурсах профессионального мастерства. В случае согласия на участие медицинской се-

стре предстоит не на один месяц лишать себя личного свободного времени и спокойного сна, углубляясь в профессию, включая все внутренние резервы, фантазию, талант при создании конкурсных работ. Причем проигрывать не хочется никому, а призовых мест – ограниченное количество. В таком случае опускать руки – это значит расписаться в собственном бессилии. Если ты честолюбив и силен духом – ты улучшишь свои результаты, а значит, и профессионально станешь выше. Роль главных медицинских сестер – помочь коллегам поверить в свои силы, что, несомненно, даст новый стимул прийти к победе.

Ну, и, конечно, роль и участие специалистов со средним медицинским образованием в работе, направленной на первичную профилактику инфекционных и неинфекционных заболеваний, как очень важный момент профилактической работы персонала, являющийся частью в структуре функциональных обязанностей. Участие сестринского персонала в социальных всеобучах, победителях конкурса президентских грантов: «Гипертония, стоп!» и «Нет раку груди!», стали важнейшими массовыми мероприятиями, которые проводятся медицинскими сестрами во всех населенных пунктах: городах, селах, областном и районных центрах. Охват этой

широкомасштабной работой просто потрясает сознание и превзошел все ожидания организаторов не только по охвату, но и по результатам. Кроме того, участие в различных акциях, организуемых РАМС и ТРОО ТОПСА, проведение школ здоровья, все это направлено в первую очередь на оздоровление населения Тюменской области. Это ли не высокие цели?

Стабильно высокие результаты рейтингов при подведении в ежеквартальном режиме показывали лидеры лишь ряда лечебных учреждений. Потому что марку держать сложно и эти результаты – огромный труд непосредственно самих главных медицинских сестер.

1-е место завоевали три главные медицинские сестры, набравшие равное количество баллов (47,75) по итогам рейтингов за все четыре квартала 2018 года:



Тарасова Елена Витальевна, главная медицинская сестра Тюменского противотуберкулезного диспансера;



Девятова Алина Анатольевна, главная медицинская сестра ГБУЗ ТО «Областная больница № 19» (г. Тюмень);



Янминкуль Ирина Викторовна, главная медицинская сестра ГБУЗ ТО «Областная больница № 14 имени В.Н. Шанаурина» (с. Казанское).

2-е место поделили главные медицинские сестры, получившие по итогам года 41,75 баллов:



Шульдешова Татьяна Викторовна, главная медицинская сестра ГБУЗ ТО «Областная больница № 9» (с. Вагай);



Пермякова Наталья Николаевна, главная медицинская сестра ГБУЗ ТО «Областная больница № 15» (с. Н-Тавда).

Предложение Правления ТРОПСА за стабильно высокие показатели в работе о премировании этой дружной команды командировкой в г. Москву на VII Международный конгресс «ОргЗдрав-2019. Эффективное управление в здравоохранении», было принято на ура.

Победителей не судят. Победителей награждают!



МЕТОДИЧЕСКАЯ ЛИТЕРАТУРА АССОЦИАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ



Подробная информация о методической литературе Ассоциации и способах приобретения доступна на сайте РАМС www.medsestre.ru в разделе: Информационные ресурсы Литература

Вы сможете узнать о том, какие издания есть в наличии, скачать бланк заявки на литературу, заполнить его и направить в адрес Ассоциации.

Справки по телефону Ассоциации: 8 (812) 575-80-51

Заявки можно направлять на электронную почту: julia@medsestre.ru

Дезактив-Гель

АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО

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

ОПИСАНИЕ

Готовый к применению гель в виде прозрачной вязкой жидкости.

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

СОСТАВ

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

НАЗНАЧЕНИЕ

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

Срок годности средства—3 года.



ПРИМЕНЕНИЕ

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

Обработка рук хирургов, операционных медицинских сестер, 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.

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.



ПЕДИКУЛИЦИДНЫЕ СРЕДСТВА СЕРИИ «МЕДИЛИС»



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



МЕДИЛИС - СУПЕР

24% ФЕНТИОН

МЕДИЛИС - ПЕРМИФЕН

4% ПЕРМИТРИН + 16% ФЕНТИОН

МЕДИЛИС - МАЛАТИОН

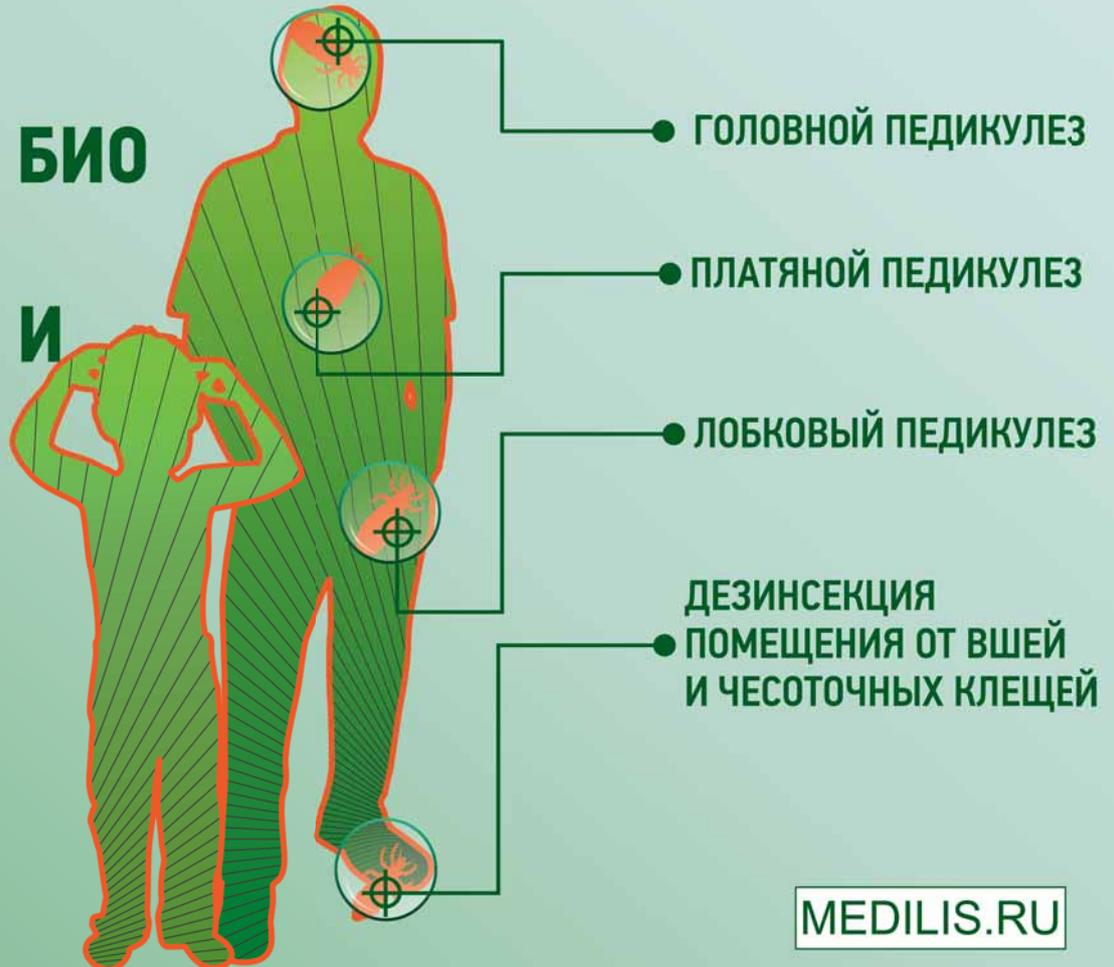
40% МАЛАТИОН

МЕДИЛИС - БИО

ГВОЗДИЧНОЕ МАСЛО

МЕДИЛИС - И

5% ПЕРМИТРИН



MEDILIS.RU