

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 4/43 2019



ОТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ.
*Итоги конгресса Международного
совета медсестер*



стр. 28

Сестринские исследования:
*профилактика пневмонии
в отделениях ОАР(ИТ)*



стр. 6

Внимание – ГРИПП! Опыт
*преодоления эпидемии
в Астраханской области*



стр. 26

Эстафета здоровья: Роль
*фельдшера в обеспечении
медицинской помощи
в системе РЖД*



ЛИЗОФОРМ

ВАША БЕЗОПАСНОСТЬ - НАШ ПРИОРИТЕТ

210x148 мм
LOT 13082018

ПОВРЕЖДЕННУЮ УПАКОВКУ
НЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ!

ISO 11607

САНИМЕД
Россия

Дата стерилизации

коричневый зеленый

ЭО **ФОРМ**

=простерилизовано

коричневый

ПАР

=простерилизовано

ПАР

↓

ПАР

САНИМЕД

ИНДИКАТОР СТЕРИЛЬНОСТИ ВАШИХ ИНСТРУМЕНТОВ

Группа компании «Лизоформ», 195220, Санкт-Петербург, пр. Непокоренных, д.16, корп.1, лит. Б, тел.: +7 (812) 347-71-15 (16), sales@lysoform.ru, www.lysoform.ru

Представительство в Москве — ООО «Клиндез», Россия, Москва, 111024, ул. 5-ая Кабельная д.2, стр. 6, Тел.: (495) 741-54-42, 771-25-64, 771-27-64, klindez@lysoform.ru / klindez@yandex.ru



«Вы – наши главные герои, от которых зависит достижение целей устойчивого развития, достижение всеобщего охвата населения услугами здравоохранения, и это для меня большая честь быть здесь с вами», отметил генеральный директор ВОЗ, обращаясь к многотысячной аудитории участников конгресса Международного совета медсестер.

Уважаемые коллеги и дорогие читатели «Вестника»!

По традиции поделимся самыми последними новостями из жизни Российской ассоциации и событий регионального, национального и мирового масштаба, которые уже оказали влияние на вектор развития сестринской профессии, а в перспективе могут существенно изменить статус и положение медицинских сестер и акушерок во всем мире.

В первую очередь это касается серии мероприятий, событий, решений глобального масштаба, которые призваны вывести дискуссию о роли специалиста сестринского и акушерского дела на самый высокий политический уровень. В преддверии 2020 года – Года медицинской сестры и акушерки – это наша ведущая задача.

Начало этой работе положено конгрессом Международного совета медсестер, состоявшимся в Сингапуре. От здравоохранения к здоровью – так была обозначена организаторами тема конгресса, символизирующая как медицину по-сингапурски, так и роль медицинских сестер в обеспечении здоровья, способность системы здравоохранения гибко реагировать на проблемы здоровья населения, опираясь на свой основной кадровый ресурс – медицинских сестер. К 2020 году готовятся не только профессиональные ассоциации, Международный совет, но и Всемирная организация здравоохранения. Напомним, что инициатива отметить 2020 год, как год, посвященный нашей профессии, принадлежит ее руководителю, генеральному директору ВОЗ д-ру Тедросу. Поэтому неудивительно, что ради личного участия в конгрессе медицинских сестер он внес кардинальные изменения в свой график и прибыл для встречи с тысячами специалистов сестринского дела. «Вы – наши глав-

ные герои, от которых зависит достижение целей устойчивого развития, достижение всеобщего охвата населения услугами здравоохранения, и это для меня большая честь быть здесь с вами», отметил д-р Тедрос в ответ на бурные приветствия и овации со стороны многотысячного зала. Он уже успел заслужить глобальную поддержку медицинских сестер, ведь за сравнительно небольшой срок пребывания в должности главного лица мировой медицины одним из первоочередных приказов открыл должность главной медицинской сестры ВОЗ.

Конгресс позволил больше узнать о всевозможных международных инициативах, согласовать участие в них российской ассоциации медицинских сестер, достичь договоренности о тех событиях, участниками которых вполне возможно станете и вы, дорогие читатели «Вестника». Не будем забегать вперед и раскрывать детали той работы, которая сейчас ведется, но скажем, что наши усилия будут направлены и на поддержку молодых специалистов, и на поощрение их наставников, на общенациональное обсуждение роли медицинских сестер и привлечение к этому диалогу руководителей здравоохранения, руководителей клиник, пациентов, общества и, конечно, самих специалистов.

Мы не можем не отметить, что растет число руководителей клиник, которые осознают разрыв в возможностях, статусе, полномочиях и сфере клинической ответственности медицинских сестер в нашей стране и за рубежом. Без глубокой оценки и изменений, затрагивающих правовые основы практики, перераспределения полномочий и зон ответственности между врачами и медицинскими сестрами, сложно вести речь о прогрессе и повышении эффектив-

ности медицинской помощи. Вопросы к системе возникает все больше, и задаются ими уже не только медицинские сестры, но и руководители ведущих клиник. Что же касается медицинских сестер, то мы становимся свидетелями очередных прорывов и достижений, утверждающих высочайшую квалификацию специалистов и готовность к серьезной клинической ответственности.

Так, настоящими защитниками жизни сегодня становятся фельдшера СМП. В ходе прошедшей в Санкт-Петербурге конференции мы могли познакомиться с передовым опытом работы СМП в разных уголках России. Будь то условия Крайнего Севера и вечной мерзлоты, или раскаленных цехов и промышленных площадок крупнейших в России предприятий, или многокилометровых железнодорожных путей, – везде и всюду в случае опасности, травмы, острого и внезапного заболевания на помощь придут специалисты, которые день и ночь отработывают навыки диагностики и помощи на догоспитальном этапе, чтобы в нужную минуту оказаться рядом и спасти.

Расширяются направления образовательной и исследовательской работы медицинских сестер. Специалисты вносят вклад в результативность лечения, снижение неблагоприятных исходов, повышение качества и совершенствование организационных и управленческих процессов.

Одним словом, с каждым днем сестринская практика становится ярче, открывает новые перспективы и широкие горизонты для талантливых и увлеченных специалистов. Уверена, что читатели «Вестника» принадлежат к их числу и с увлечением не только познакомятся с опытом своих коллег, но и смогут реализовать новые идеи на своих рабочих местах!



На обложке: президент МСМ Аннет Кеннеди, президент Сингапура Халима Якоб, министр здравоохранения Сингапура Ган Ким Йонг и участники конгресса Международного совета медсестер, фото Международного совета медсестер

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ	
Медицинские сестры в защиту здоровья. Медицинские сестры Марий Эл отметили профессиональный праздник конкурсом агитбригад	стр. 3
КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Внимание – грипп. Опыт Астраханской области по преодолению эпидемии	стр. 6
Специфика работы медицинской сестры в специализированном офтальмологическом отделении	стр. 23
Эстафета здоровья. Особенности оказания помощи пассажирам в пути следования железнодорожным транспортом	стр. 26
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ	
Симпозиум РАМС в рамках IX Международного конгресса «Актуальные направления современной кардио-торакальной хирургии»	стр. 5
МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО	
От здравоохранения к здоровью. Итоги конгресса Международного совета медсестер	стр. 11
Глобальная кампания «Сестринское дело сейчас – Россия»	стр. 18
ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ	
Расширение ответных мер ПМСП для решения проблемы сахарного диабета: комплексная программа раннего выявления нарушений зрения у больных диабетом в Андалузии. Роль медицинских сестер	стр. 19
ИННОВАЦИОННАЯ ПРАКТИКА	
Современный подход к стерилизации изделий медицинского назначения особенности выбора и использования современных упаковочных материалов	стр. 35
СЕСТРИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	
Роль сестринских исследований в профилактике ИСМП на примере пневмонии	стр. 28
Профилактика повторных переломов у пациентов психоневрологического профиля с остеопорозом	стр. 32

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 26.09.2019. 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»

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ В ЗАЩИТУ ЗДОРОВЬЯ

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ МАРИЙ ЭЛ ОТМЕТИЛИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПРАЗДНИК КОНКУРСОМ АГИТБРИГАД

Мероприятия, посвященные Международному дню медицинской сестры, проходят повсеместно, исключением не стала и Республика Марий Эл, где организаторами события стали Республиканская ассоциация и Министерство здравоохранения.

По традиции торжество началось словами благодарности в адрес медицинских сестер и признания самых лучших. Заслуженные награды специалистам республики от имени Минздрава РФ вручила министр здравоохранения республики Марина Викторовна Панькова. Нагрудным знаком «Отличник здравоохранения» награждена старшая медсестра Республиканского кожнодиспансера Ирина Безденеж-

ных. Благодарность министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой объявлена старшей медицинской сестре Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн Марине Дорофеевой.

Почетные знаки РАМС «За верность профессии» вручила председатель Ассоциации средних медицинских работников Республики Марий Эл Евгения Яковлевна Кузьминых. Награды получили: старшая медсестра хирургического отделения Медведевской ЦРБ Нина Торопова; старшая медсестра отделения новорожденных Перинатального центра Рамиля Мухаматгалиева; процедурная медсестра ЛОР-отделения Детской республиканской клинической больницы Манефа Охотникова и медсестра приемного отделения Республиканского онкодиспансера Галина Федотова.

Победителям регионального этапа Всероссийского конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием» 2019 года по семи номинациям были вручены Почетные грамоты Министерства здравоохранения республики (фото 1).

Глава городского округа «Город Йошкар-Ола», председатель Собрания депутатов А.Н. Принцев вручил медали «За заслуги перед городским округом "Город Йошкар-Ола"» главной медицинской сестре Детской республиканской клинической больницы Василе Салахутдиновой и главной акушерке

Приехали на конкурс в приподнятом, праздничном настроении. Мы выступали вторыми и очень волновались, как все пройдет. Но нас поддержали ведущие и коллеги, которым тоже предстояло выступать. После выступления, конечно, нас «отпустило». Хоть наша агитбригада и не завоевала призового места, но приз нам достался очень хороший «облучатель-рециркулятор».

*Участник конкурса
Корнилова Н. –
фельдшер-лаборант КДЛ
Куженерской центральной
районной больницы*

Сюжеты, подготовленные командами, заставили задуматься над своим образом жизни, здоровьем, вызвали желание стать чище, добрее, повернуться лицом к другу, улыбнуться, протянуть открытую ладонь. А это уже победа над собой.

*Е. Алкина,
медицинская сестра по физиотерапии;
О. Николаева,
медицинская сестра постовая
неврологического отделения
Республиканской больницы
восстановительного лечения*

Перинатального центра Марьянбану Гиниятовой (фото 2).

После торжественной части на сцене столичного Дворца культуры имени В.И. Ленина по инициативе Ассоциации средних медицинских работников Республики Марий Эл состоялся первый республиканский конкурс агитбригад медицинских организаций Марий Эл «Мы за ЗОЖ!», направленный на пропаганду здорового образа жизни «Наше здоровье – забота каждого!».

На предложение Ассоциации принять участие в конкурсе откликнулись



Фото 1



Фото 2



Фото 3



Фото 4

18 коллективов, в том числе – медперсонал Карлыганского дома-интерната для престарелых и инвалидов, который в систему Министерства здравоохранения не входит. Отчего ж не принять гостей с интересным номером! Кстати, их сценка «Бой с врагами организма» имела успех у зрителей.

Девиз «Мы за здоровый образ жизни!». Кто же лучше медицинских работников сможет рассказать о том, как вредные привычки мешают нам жить долго и счастливо! В результате фантазия конкурсантов разыгралась вовсю: зрители получили информацию о ЗОЖ в виде сценок, флешмонов, сказок, реалити-шоу, танцев в стиле «Зумба».

На сцене разыгрывались такие азартные, красочные, веселые массовые действия, что зрителям было очень сложно удержаться и не подпевать участникам состязаний, а уж горячих аплодисментов хватало на долю всех артистов!

Кстати, в составе агитбригад, помимо медицинских работников среднего звена, участвовали врачи (в том числе – главные и их заместители!), программисты, юристы, инженеры, водители, психологи. Словом, подготовка к конкурсу сплотила коллек-

тивы медорганизаций, и они выступили едиными сыгранными командами.

Право выступить первыми было предоставлено секции Ассоциации «Операционное дело» – команде «Волшебные ручки». Старшие операционные сестры разных МО города Йошкар-Олы представили пример своего отношения и пропаганды ЗОЖ в свободное от работы время, с семьями, с коллегами на свежем воздухе, в тренажерных залах, на рыбалке и флешмоб «Чистые руки – залог здоровья».

Все команды заслужили добрые слова, почти четыре часа весело и непринужденно рассказывая зрителям о пользе здорового питания, вреде курения и алкоголя. В итоге в пятерку лучших вошли агитбригады Сернурской ЦРБ, Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн, поликлиники № 1 г. Йошкар-Олы, детской поликлиники № 2 Йошкар-Олинской детской городской больницы и Детской республиканской клинической больницы (фото 3, 4).

Ассоциация средних медицинских работников нашла спонсоров и подготовила достойные призы абсолютно для всех! Среди призов – телевизоры

Мне понравились выступления всех команд, но больше всего запомнились команды поликлиники № 1 г. Йошкар-Олы и Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн. Также очень яркое выступление было у Республиканской станции скорой помощи – 40 фельдшеров скорой помощи на сцене смотрелись великолепно, как один слаженный механизм. Самое главное, что без приза не осталась ни одна команда.

*Е. А. Сулова,
главная медицинская сестра
ГБУ РМЭ «Республиканский
наркологический диспансер»;
председатель секции по этике
РОО «АСМР Республики Марий Эл»*

и ноутбуки, автоматические тонометры и аппараты для обеззараживания воздуха, комплекты палок для скандинавской ходьбы и наборы спортивного инвентаря. Две команды получили абонементы в фитнес-центр для каждого участника.

Еще долго после окончания мероприятия в адрес Республиканской ассоциации медсестер со всех уголков Республики сыпались слова благодарности за великолепный праздник, который позволил специалистам раскрыть свой творческий потенциал, порадовать своими талантами коллег, сплотить собственные коллективы и дать всем присутствующим огромный заряд положительных эмоций!

Все выступления получились яркими, талантливыми и совершенно не похожими друг на друга, несмотря на общую тему. Каждый номер отличался артистизмом, глубиной раскрытия вопроса, красочностью. Красной нитью через все выступления прошла мысль, что жизнь человеку дается один раз, и каждый из нас делает свой выбор – какой будет эта жизнь.

Все команды справились с поставленной задачей, проявив творческую инициативу и показав яркие выступления.



Симпозиум РАМС в рамках IX Международного конгресса «Актуальные направления современной кардио-торакальной хирургии»



■ **Л.А. Гордиевская**

Председатель специализированной секции РАМС «Операционное дело, стерилизация»

28 июня в Санкт-Петербурге в рамках IX Международного конгресса «Актуальные направления современной кардио-торакальной хирургии» состоялся ежегодный сестринский симпозиум РАМС, в котором приняли участие более 140 делегатов из 24 регионов России. Практикующие операционные сестры, среди которых были как опытные специалисты с весомым опытом и стажем, так и молодые, но высокомотивированные коллеги, представили 17 докладов по различным аспектам операционной практики, анестезиологии, обеспечению безопасности и организации помощи. К числу растущей аудитории участников этого ежегодного события в этом году помимо операционных сестер, сестер отделений стерилизации и анестезистов присоединились палатные медицинские сестры, в задачу которых входит как подготовка

пациента к предстоящему оперативному лечению, так и осуществление ухода после операции.

Значительную часть программы симпозиума участники посвятили обсуждению технологических аспектов оперативной помощи. Так, специалисты познакомились с устройством и принципами работы робот-ассистированной системы Да Винчи. Татьяна Деменчук, старшая операционная сестра Санкт-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии, рассказала об опыте сестринского коллектива учреждения по участию в робот-ассистированных операциях. Интересным и познавательным оказался видеофильм, подготовленный коллегами. Несмотря на то, что робот Да Винчи – не самая распространенная и доступная технология, специалисты должны быть осведомлены и знакомы с его работой. С ростом финансирования и развитием современных технологий роботизированные процессы станут неотъемлемой частью здравоохранения будущего.

Знать и уметь операционной сестре с каждым днем необходимо все больше. Операционный зал – это место повышенного риска, поэтому регулярная и непрерывная учеба на рабочих местах, тестирование и сдача зачетов – это стандартная практика организации работы для обеспечения безопасности в оперблоке. Именно таким опытом поделилась с участниками симпозиума

Наталья Чернова, операционная сестра отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ФГБУ «ФЦВМТ» г. Калининград.

Оказание хирургической помощи пациентам осуществляется как в узкоспециализированных стационарах, так и в крупных многопрофильных, где требуется полнота знаний по различным профилям оказания помощи. Юлия Полетова, операционная сестра ГБУЗ «НИИ-ККБ № 1» г. Краснодара, рассказала участникам о хирургической онкологии при лечении рака легкого, опухолей средостения, рака пищевода, опухолей диафрагмы и вилочковой железы, стеноза трахеи и метастазов опухолей других органов в легкие, выполняемых в ККБ № 1. Все сестры клиники – универсалы, потому что проходят одинаковое обучение как по кардиохирургии, так и по торакальной хирургии, обладают достаточным уровнем знаний, умений и навыков для участия в симультанных операциях.

Блок лекций по организации работы ЦСО представили Юлия Угловская, старшая медицинская сестра ЦСО БУЗ ВО «Медико-санитарной части «Северсталь» г. Череповец, Ирина Кожура, старшая медицинская сестра ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ РФ г. Красноярск, Лариса Мезеря, старшая медицинская сестра ЦСО ГБУЗ «НИИ-ККБ № 1», г. Краснодар. Специалисты поделились опытом цен-



трализации осуществления сложного медико-технологического процесса, организации учета и мониторинга стерилизации на разных этапах работы – от поступления инструментов из операционной до выхода стерильных комплектов и их возвращения в операционный блок, рекомендациями по выбору упаковочного материала.

Как стремительно меняется се- стринская практика в операционных. Сегодня у клиник появляются возможности обеспечения оперблоков одно- разовым операционным бельем. Современные материалы обладают сверх возможностями и выступают в каче- стве дополнительного барьера на пути распространения инфекций, служат цели обеспечения безопасности паци- ентов и персонала. Опытм безопас- ной работы с операционным бельем и хирургической одеждой с участни- ками симпозиума поделилась Ирина Климова, старшая сестра ГБУЗ «Крае- вая детская клиническая больница № 1», г. Владивосток.

Безопасность – это, пожалуй, самый волнующий операционных сестер во- прос. Недаром процесс оперативных вмешательств часто сравнивается с авиацией, где выверенным и точным должно быть каждое решение, каждое действие. В том числе действие, по- дразумевающее работу с электрохи- рургическим оборудованием. Елена Корепина, старшая операционная ме- дицинская сестра ГБУЗ Астраханской области «Александро-Мариинской об- ластной клинической больницы», по- делилась с участниками методически- ми рекомендациями по безопасной эксплуатации высокочастотных эле- ктрохирургических аппаратов для ме- дицинского персонала операционных блоков.

Специалисты обсудили множество специализированных вопросов хирур- гической помощи, среди которых при- менение энергетических платформ и их роль в ускорении процесса выздо- ровления, стратегии выбора шовного материала и гемостатических матери- а-

лов, особенности организации работы при реализации принципов fast-track хирургии для проведения распро- странённых малоинвазивных операций на грудной клетке.

Многообразие выбранных тем и ши- рочайшая география участников сде- лали симпозиум исключительно цен- ным. Ведь одно дело знать о принци- пах реализации определенной задачи и обладать опытом своей медицинской организации и совершенно иное, – услышать о том, как работают специа- листы за тысячи километров. Порой именно благодаря таким мероприяти- ям рождаются новые идеи, которые специалисты спешат воплотить, вер- нувшись на рабочие места.

Как и все образовательные меро- приятия РАМС, данная конференция была аккредитована в системе непре- рывного медицинского образования. Слушатели приобрели шесть кредитов, которые войдут в образовательное портфолио, необходимое для пред- стоящей аккредитации.

ВНИМАНИЕ – ГРИПП!

ОПЫТ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ ЭПИДЕМИИ



■ Андреева Светлана Александровна
Исполнительный директор
АРОО «ПСА»



Грипп – одно из самых тяжелых ви- русных заболеваний, которое пе- редается воздушно-капельным путем и может одновременно по- ражать большие группы населения.

Ежегодно Роспотребнадзор Астра- ханской области во время подготовки к сезону эпидемий информирует жите- лей о широком распространении ви- руса гриппа. Из года в год специалисты настойчиво рекомендуют прививаться

от гриппа, так как своевременно сде- ланная прививка снижает частоту забо- леваемости в среднем в два раза, бо- лезнь протекает легче и не приводит к развитию серьезных осложнений.

Грипп склонен к эпидемическому рас- пространению, а осложнения, которые часто бывают при этом заболевании, мо- гут привести к летальному исходу.

Если рассматривать классификацию данного вируса, то по состоянию

на 2019 год ученые выделяют 4 типа ви- русов гриппа – А, В, С и D. В свою оче- редь, эти 4 типа вирусов гриппа подразделяются на более чем 2000 разновидностей – серотипы, линии, штаммы, отличие которых состоит в ан- тигенном спектре. Разные вирусные штаммы вызывают различную картину болезни.

Ежегодно во всем мире в осенне- зимний период сезонные эпидемии бо-

лезни вызывает циркуляция вирусов гриппа А и В.

Разновидности вируса типа А – «птичий» и «свиной грипп» – вызывают среднее или тяжёлое течение болезни. Вирус типа А коварен способностью к мутированию – он способен менять свою антигенную структуру. В настоящее время среди людей распространяются вирусы гриппа подтипов А(Н1N1) и А(Н3N2).

Вирус гриппа типа В отличается от гриппа А меньшей агрессивностью и выраженностью и не вызывает столь тяжёлых эпидемий. Вспышки гриппа В носят, как правило, локальный характер, предшествуют эпидемиям гриппа типа А или наслаиваются на них.

Вирус гриппа типа С выявляется реже, чем тип А и тип В. Заболевание передается от человека к человеку. Течение болезни при гриппе данного типа обычно легкое. Поэтому он не представляет особой проблемы для общественного здравоохранения.

Вирусы гриппа типа D не представляют опасности для людей, так как инфицируют только крупный рогатый скот.

Эпидемический сезон в разгаре

На начало 2019 года свыше половины территорий пяти федеральных округов России были охвачены эпидемией гриппа, исключением не стала и Астраханская область.

Из года в год вирус гриппа дает о себе знать примерно в одно и то же время. По обыкновению это конец осени и начало зимы. И именно на это время года приходится огромное количество обращений и госпитализаций пациентов с ОРВИ в Областную инфекционную клиническую больницу им. А.М. Ничоги г. Астрахани. Самый пик заболеваемости ОРВИ приходится на февраль–март. Данные мониторинга заболеваемости ОРВИ и гриппа в феврале и начале марта 2019 года показали, что в области заболеваемость составила 72,3 случая болезни на 10 тысяч человек, что превышало эпидемический порог (57,9) на 24,8 %.

Инфекционная больница находится в круглосуточной «боевой» готовности. Госпитализация в ОИКБ осуществляется в основном по экстренным и эпидемиологическим показаниям по направлениям врачей лечебно-профилактических учреждений Астрахан-

ской СМП, а также по самообращению граждан.

Коечная мощность ОИКБ составляет 370 коек, размещенных в трех лечебных корпусах. Семь отделений рассчитаны на госпитализацию детей и три отделения – на госпитализацию взрослого населения. 80% всех больничных площадей больницы боксированы.

Отделение реанимации и интенсивной терапии ОИКБ имеет в своем составе – 9 коек (3 взрослых и 6 детских). Отделение обеспечено современным медицинским оборудованием: аппаратами искусственной вентиляции легких, мониторами слежения за параметрами жизненных функций пациентов, наркозно-дыхательными аппаратами. В составе отделения реанимации и интенсивной терапии имеется лаборатория, в которой в круглосуточном режиме работают высококвалифицированные фельдшера-лаборанты, помогающие в кратчайшие сроки установить диагноз и назначить адекватную терапию.

В эпидемический сезон число больных ОРВИ еженедельно растет, и инфекционный стационар не в состоянии принять на лечение всех больных. В этой связи большинство больниц города реперофилируют часть коек для госпитализации больных с острой вирусной инфекцией легкой и средней степени тяжести.

В особой группе риска по развитию осложнений и смерти, связанной с эпидемией гриппа, находятся беременные женщины.

Ежегодно в эпидемический сезон по гриппу в Александро-Мариинской областной клинической больнице г. Астрахани реперофилируются не менее 30 коек для госпитализации беременных женщин с признаками ОРВИ и гриппа. Беременные женщины Астраханской области в период эпидемического подъема заболеваемости госпитализируются именно в это многопрофильное лечебное учреждение, имеющее на своей базе перинатальный центр.

Находясь на лечении в условиях гинекологического стационара, беременные женщины не менее двух раз в день осматриваются врачом-терапевтом и врачом акушером-гинекологом, а также другими специалистами (по показаниям). Необходимость в частых осмотрах обусловлена быстрым разви-

тием тяжелых осложнений (пневмония) и высоким риском материнской смерти.

Медицинские работники Астраханской области отмечают, что в эпидсезон 2018–2019 г. ситуация с заболеваемостью гриппом и острыми респираторными инфекциями оказалась более благоприятной и находилась под контролем, нежели чем в 2009 году. Тогда так называемый «свиной грипп» только появился и сразил большое количество населения не только в Астраханской области, но и по всей России. Медицинские организации и специалисты не могли противостоять возбудителю новоявленной инфекции, так как нужные лекарственные препараты отсутствовали.

В тот самый страшный 2009 год вспышки гриппа Н1N1 в инфекционный стационар госпитализировались беременные женщины с тяжелой формой течения заболевания, которые пренебрегли обращением к медицинским работникам и находились на самолечении в домашних условиях. Такие пациентки госпитализировались сразу в отделение реанимации и интенсивной терапии, так как запущенная ОРВИ была отягощена пневмонией.

У беременных женщин на 2–3-е сутки от начала заболевания грипп А (Н1N1) приводит к развитию пневмонии, которая характеризуется быстрым прогрессированием дыхательной недостаточности и более тяжелым течением – беременность сокращает дыхательную поверхность легких и повышает нагрузку на сердечно-сосудистую систему. Такие пациентки нуждаются в длительной искусственной вентиляции легких, важным аспектом является правильный выбор антибиотиков, который зависит от возбудителя.

Среди других тяжелых осложнений гриппа, с которыми приходилось сталкиваться медицинским работникам инфекционной больницы, преждевременные роды у женщин в III триместре беременности. У таких пациенток рано изливались околоплодные воды, преждевременно отслаивалась плацента, возникали сильные кровотечения.

Для принятия родов в отделении реанимации и интенсивной терапии инфекционной больницы вызывают дежурную бригаду из перинатального центра Александро-Мариинской больницы, состоящую из акушера-гинеколога и акушерки. Также в принятии ро-

НУЖНА ЛИ МНЕ ПРИВИВКА ОТ ГРИППА?

ОТЛИЧНЫЙ ВОПРОС! ЭТА ПРОСТАЯ СХЕМА
ПОМОЖЕТ ВАМ ПРИНЯТЬ ПРАВИЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ!

ВЫ ЧЕЛОВЕК?

ДА

НЕТ

ЕСЛИ ВЫ – СОБАКА, ДОМАШНЕЕ РАСТЕНИЕ, КРЕСЛО-КАЧАЛКА ИЛИ ЧТО-ЛИБО ИНОЕ, ПОЗДРАВЛЯЕМ С ТЕМ, ЧТО ВЫ УМЕЕТЕ ЧИТАТЬ. ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ВПЕЧАТЛЯЕТ!

ВАМ БОЛЬШЕ 6 МЕСЯЦЕВ ОТ РОДУ?

ДА

НЕТ

МАЛЫШ, ТЕБЕ ПОКА РАНО ДЕЛАТЬ ЭТУ ПРИВИВКУ! НАСЛАЖДАЙСЯ СЛАДКИМ СНОМ! ОДНАЖДЫ ТЫ ЗАСКУЧАЕШЬ ПО ЭТОМУ ПРЕКРАСНОМУ ВРЕМЕНИ!

ВЫ КОГДА-НИБУДЬ БЫВАЕТЕ В ОБЩЕСТВЕННЫХ МЕСТАХ?

ДА

НЕТ

ВАМ НАДО ЧАЩЕ ВЫБИРАТЬСЯ. КОНЕЧНО, РИСК ЗАРАЖЕНИЯ В ЗАТОЧЕНИИ МИНИМАЛЕН, НО СТОИТ ЛИ ОНО ТОГО?

ВАМ ПОНРАВИЛАСЬ ЭТА СХЕМА?

ДА

НЕТ

ЭТО НЕ ВАЖНО.

ВАМ ВСЕ РАВНО НУЖНА ПРИВИВКА ОТ ГРИППА

63 319
БОЛЬНЫХ

было госпитализировано
за эпидсезон 2018/2019 гг.
по поводу гриппа и ОРВИ
в одной только Москве

1

МИЛЛИАРД
случаев гриппа
и ОРВИ
фиксируется
ежегодно
во всем мире



90%

такого уровня по
данным
многочисленных
исследований
достигает
эффективность
вакцинации

«ПРИВИВКА –
это самое важное,
что Вы можете
сделать, чтобы
защититься
от гриппа»

– это знает каждая
медсестра

ВАКЦИНАЦИЯ ОТ ГРИППА ДОСТУПНА ВСЕМ И КАЖДОМУ.
ОБРАТИТЕСЬ К СВОЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ!

дов принимают участие работники ОРИТ – врач анестезиолог-реаниматолог и медсестра-анестезистка.

Если начинались роды и физические силы женщины позволяли родить самой, то роды велись естественным путем на фоне мониторинга состояния роженицы и ребенка.

Решение о срочном кесареве сечении бригада акушеров-гинекологов принимала, если во время начавшихся родов неожиданно возникали осложнения или опасные ситуации, требующие срочного вмешательства, такие как отслойка плаценты, высокое артериальное давление, сильное маточное кровотечение. Кесарево сечение становится необходимостью, когда роды через естественные родовые пути невозможны и могут привести к гибели матери и ребенка. Весь медицинский персонал отделения реанимации боролся за жизнь мамочек и их детишек.

Несмотря на все коварство новоявленного гриппа, серьезных осложнений, летальных исходов не было, медики инфекционной больницы до победного конца боролись за жизнь людей, подвергшихся тяжелому инфекционному недугу.

Высококвалифицированные специалисты областной инфекционной клинической больницы успешно лечат инфекционные заболевания и помогают благополучно вынашивать беременность, сводя к минимуму неблагоприятное воздействие инфекции на организм матери и плода.

Большое значение в лечении тяжелых реанимационных больных приобретает сестринский уход, который включает целый комплекс лечебных, профилактических, гигиенических и санитарно-эпидемиологических мероприятий. Медицинские сестры-анестезистки ни на минуту не оставляют крайне тяжелых больных, заменяя друг друга на время отсутствия. Столь пристальный контроль обусловлен быстрым, и часто не в лучшую сторону, изменением состояния больных. Медицинские сестры-анестезистки отделения реанимации инфекционной больницы болеют душой и переживают за каждого пациента. Каждый спасенный больной человек – это их личная победа. Но особенно хочется отметить самоотверженный труд двух медицинских сестер ОАРИТ инфекционной

больницы – Бобковой Екатерины и Сахиповой Сабилы. Эти высококвалифицированные специалисты имеют достаточно знаний, навыков и уверенности, для того чтобы планировать, осуществлять и оценивать уход, отвечающий потребностям тяжелобольного пациента. Они не просто помощники врача и исполнительницы его назначений – они берут на себя важнейший объем работы и выполняют её профессионально и качественно.

Прививка – лучшая тренировка иммунитета

Ежегодно в декабре–марте на территории России наблюдаются эпидемические подъемы заболеваемости гриппом, нанося существенный ущерб здоровью населения и экономике регионов страны. На долю гриппа в период эпидемии приходится до 50 % временной нетрудоспособности населения. Осложнения, появляющиеся после перенесенного гриппа, приводят к длительной потере трудоспособности, а порой и к инвалидности.

Общепризнанным и наиболее эффективным методом профилактики гриппа является вакцинация.

Прививаться лучше всего до начала сезона гриппа. Оптимальным временем вакцинации против гриппа является период с сентября по ноябрь, то есть до начала сезонной активизации вируса, чтобы иммунитет успел сформироваться. Однако получить вакцину никогда не поздно, даже если грипп уже дал о себе знать, вакцинация повышает вероятность того, что человек не заболеет, а также снижает риск серьезных осложнений.

Противогриппозный препарат начинает стимулировать иммунитет человека примерно через 12–14 дней после введения и сохраняет его до 12 месяцев.

В Астраханской области показатель заболеваемости гриппом в предыдущем сезоне был одним из самых низких по сравнению с другими областями нашей страны. Низкая заболеваемость гриппом обусловлена профилактическими мероприятиями. Вакцинацией было охвачено 48,7 % жителей города и области. Особое внимание было уделено группам риска, а именно, детям, беременным женщинам, людям, имеющим хронические заболевания, лицам старше 60 лет, медицинским работни-

кам и работникам общеобразовательных учреждений.

В начале сентября этого года в Астрахани стартовала очередная прививочная кампания против гриппа. Астраханские медицинские работники запланировали привить не менее 516 тысяч человек. В том числе 146 тысяч детей. Это 51 % от совокупного населения.

Сделать прививку от гриппа при отсутствии медицинских противопоказаний каждый желающий может в поликлинике по месту жительства, по месту учебы или работы.

Польза от вакцинации заметна по всему миру. В России профилактика вируса гриппа является добровольной, и мнения граждан о вакцинации пока противоречивы, но во многих городах нашей страны с каждым годом болеет все меньшее количество людей.

Антипрививочное движение – это недоверие медицине

Оружием антипрививочников служат статьи в журналах и газетах, телевизионные передачи и неконтролируемые интернет-ресурсы. Целью антипрививочной информации является внедрение в сознание людей идеи бессмысленности и вредности иммунопрофилактики. Антивакцинальные статьи и видеоролики запугивают людей осложнениями, связанными с вакцинацией, отвергая преимущество прививок. В результате такого пагубного воздействия на умы граждан под угрозой оказывается не только взрослое население нашей страны, но и подрастающее поколение. Ведь именно родители принимают решение, прививать ребенка или нет. Самая главная причина отказа от вакцинации – недостаточное информирование населения именно медицинскими работниками.

Ежегодно миллионы людей вакцинируются от гриппа, безопасность вакцины была проверена временем. Вакцина предотвращает порядка 60 % случаев инфицирования у здоровых взрослых людей в возрасте 18–65 лет.

В Астраханской области ведущая роль в информировании населения о пользе вакцинации отведена работникам первичного звена здравоохранения.

Побороть антипрививочное движение можно только просветительской деятельностью и уважительной общественной дискуссией.

Мобильное решение LIV® для оперативной кислородной терапии

LIV® – кислородный баллон с интегрированным вентилем – легкое, мобильное, готовое к использованию изделие медицинского назначения. Данное устройство разработано с целью сделать работу медицинского персонала более эффективной. Использовать такой баллон очень просто, что позволяет немедленно начать кислородную газовую терапию и далее легко ею управлять.

**«ЛИНДЕ ГАЗ РУС» – ВПЕРВЫЕ ВНЕДРИЛА
БАЛЛОН С ИНТЕГРИРОВАННЫМ ВЕНТИЛЕМ
В РОССИЙСКОМ СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Применение баллона с интегрированным вентилем LIV® не требует установки и подключения дополнительного оборудования, что позволяет осуществлять непрерывный уход за пациентом. Также баллон оснащен регулятором давления, с ручным переключателем скорости потока газа, простым в использовании. Это облегчает операции, выполняемые медицинским персоналом, поскольку дополнительная установка регулятора давления не требуется – давление газа в баллоне точно контролируется и управляется. Благодаря широкому диапазону параметров настройки скорости потока газа можно легко и точно установить расход кислорода, соответствующий заданным требованиям и необходимый пациенту.

К неоспоримым преимуществам баллонов LIV® можно отнести:

- простоту и безопасность применения;
- возможность регулирования расхода подачи кислорода в соответствии с нуждами пациента;
- непрерывный контроль содержания газа в баллоне.

Эффективность и удобство использования интегрированного вентиля LIV® были по достоинству оценены ведущими российскими медицинскими учреждениями.

Инновационная продукция компании Linde позволяет облегчить ежедневный труд врачей и медицинского персонала и сделать его более безопасным.

LINDE – лидер на мировом и российском рынке в области производства промышленных и медицинских газов. Нам доверяют более 2000 медицинских учреждений, фармацевтических и специализированных компаний. «Линде Газ Рус» является крупнейшим в России производителем и поставщиком медицинских газов, медицинского оборудования и систем распределения газов для медицинских учреждений и имеет многолетний опыт долгосрочного сотрудничества с федеральными, муниципальными и ведомственными лечебными учреждениями на всей территории Российской Федерации.

**С БАЛЛОНОМ LIV®
ЛЕЧЕНИЕ ВСЕГДА ДОСТУПНО**

**LIV® - Интегрированный
вентиль LINDE.
Легко. Удобно. Надежно.**

Интегрированный вентиль LIV зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения как изделие медицинского назначения (Регистрационное удостоверение № ФСЗ 2011/09598 от 18 апреля 2011 года) и разрешен к применению в медицинской деятельности на территории Российской Федерации.

ОТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ



БОЛЕЕ 5 ТЫСЯЧ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ИЗ 140 СТРАН СТАЛИ УЧАСТНИКАМИ КОНГРЕССА МЕЖДУНАРОДНОГО СОВЕТА МЕДСЕСТЕР, СОСТОЯВШЕГОСЯ В СИНГАПУРЕ



■ **Серебренникова Н.В.**

канд. полит. наук
Директор по международному
сотрудничеству РАМС

Конгресс Международного совета медсестер (МСМ)

В самом конце июня медицинские сестры со всего мира, преодолев десятки тысяч километров, прибыли в Сингапур для участия в важнейшем событии – конгрессе Международного Совета Медсестер. Такие конгрессы проходят раз в два года – оптимальный срок, для того чтобы представить профессиональному сообществу достижения организации, прогресс в развитии профессии и решении проблем здравоохранения. Сотни спикеров – экспертов с мировыми именами, десятки политических деятелей и руководителей и тысячи заинтересованных коллег

работают вместе в течение нескольких дней, чтобы затем на своих рабочих местах сделать очередной шаг в будущее.

Для сестринских ассоциаций конгресс МСМ – это возможность «сверить часы» с коллегами из других стран, узнать об успешных проектах, скорректировать свои планы, посмотреть на свою ситуацию со стороны. А еще конгресс – это десятки важнейших вопросов и тем, которые рассматриваются с разных позиций и в разном масштабе. Одни – в ходе больших пленарных сессий, другие – в узком кругу экспертов в многочисленных залах для проведения параллельных сессий. Сама программа конгресса – это внушительного размера публикация из 135 страниц на трех официальных языках МСМ! Спланировать свой маршрут на конференции – ответственная и трудновыполнимая задача – конгресс полон сюрпризов, неожиданных встреч, знакомств и незапланированных заранее переговоров. Тем не менее готовиться надо, иначе можно легко потеряться среди многотысячной аудитории участников со всего мира. Работа в залах ведется на разных языках, по разным темам и регионам, но всем и каждому удастся получить не только ценные знания, но и важные контакты.

Высокий политический уровень

Как бы будущий участник не изучал программу и не планировал свое время – он должен быть готов к сюрпризам, да еще к каким!

Традиционно конгресс стартует с парада сестринских ассоциаций. В течение часа, пока тысячи медицинских сестер занимают свои места в зрительном зале, идет построение руководителей национальных ассоциаций для участия в параде. Времени никто даром не теряет. В своеобразной очереди на парад руководители знакомятся, обмениваются контактами и даже не замечают, как начинают обсуждать самые главные для себя вопросы – что у Вас с образованием? Какова обеспеченность кадрами? Есть ли в Вашей стране НМО? Обязательное? А как обстоят дела с оплатой труда? В каком возрасте медицинские сестры выходят на пенсию? Порой именно в таком диалоге можно с удивлением узнать, что реформы, предпринимаемые в Чили, как нельзя более отражают чаяния российских специалистов.

Пока президенты ассоциаций знакомятся и готовятся к своему «выходу», многотысячный зал не сидит на месте. Делегаты – в ярких национальных костюмах, – ведь это праздник, который

запомнится на всю жизнь! Потом будет так приятно показать коллегам – вот я с медицинскими сестрами из Никарагуа, а это – профессор и декан факультета Медицинского университета на Тенерифе, а вот коллеги из Израиля – да еще и говорят по-русски и благодарят Россию, – в этой стране тысячи российских медиков, получивших наше образование и сумевших вывести здравоохранение на одну из лидирующих позиций в мире.

Приятное ожидание парада прерывается торжественным объявлением – участников просят занять свои места, не пользоваться фотоаппаратами и телефонами и поприветствовать ни много, ни мало – Президента Сингапура!

Участие лидеров государств в проводимых в стране международных сестринских конгрессах не такое уж и исключительное событие. Но Президент Сингапура сделала его именно таким. «Человек, спасший одну жизнь, – герой, человек, спасший тысячи жизней, – медицинская сестра», отметила Президент Сингапура, открывая конгресс. Г-жа Халима Якоб говорила о безоговорочной ценности сестринской профессии для своей страны и для всего мира, о том, что без медицинских сестер недостижимы цели в области устойчивого развития и здоровья, о том, что политика государства по укреплению продолжительности и качества жизни населения это политика мощной поддержки сестринского персонала. Для Сингапура и всей Южной Азии поддержка медицинских сестер – это важнейший аспект гендерной политики, обеспечения женщин равными возможностями к профессиональному развитию. «Очень важно, чтобы мы не воспринимали сестринскую помощь как нечто должное, что ожидается от женщины. Нет, это трудная профессиональная задача и работа медицинских сестер должна достойно вознаграждаться», подчеркнула г-жа Якоб. Политика в отношении медицинских сестер – это государственная политика в отношении здоровья своего населения, своей экономики, прав женщин в своей стране.

Президент Сингапура обладает четким видением роли медицинской сестры в здравоохранении – это сохранение здоровья, реализация скрининговых программ, вакцинапрофилактика, сестринская помощь при острых состояниях и ведение пациентов при хронических заболеваниях, поддержка пациента и членов его семьи, взаимодействие с различными службами, паллиативная помощь. В профессиональной сестре лидер Сингапура видит специалиста, который оказывает качественную и безопасную помощь и каждый день вносит вклад в повышение эффективности национальной системы здравоохранения.

Анализ изменения структуры заболеваемости и возрастного состава населения привел Правительство Сингапура к принятию решения об экстренной необходимости увеличения кадрового состава здравоохранения. Для повышения привлекательности профессии стали создаваться видеоролики и целые сериалы, где главным персонажем стала медицинская сестра; были созданы специальные программы для смены профессии – если человек ранее приобрел другую специальность, то у него появилась возможность сменить ее и сделать новый выбор в пользу сестринского дела. Благодаря этому всего за 5 лет число студентов на образовательных программах по сестринскому делу выросло на 30 %.



Время сюрпризов, или кого можно встретить в холле конгресс-центра

Очередной день конгресса – участники собираются в конгресс-зале для обсуждения важной темы: предстоит выступление профессора Линды Айкен; мы узнаем о результатах новых исследований по вопросам безопасности медицинской помощи, о том, как изменение кадровой политики приводит к новым качественным результатам лечения, помогает спасти жизни, снизить частоту и продолжительность госпитализаций, и, в конечном итоге, требуя определенных затрат на начальном этапе или инвестиций в сестринские кадры, способно экономить системе здравоохранения значительные средства.

Делегаты собираются в зале, кажется, что все идет по строго намеченному плану, мы держим в руках программу конгресса, но все оказывается гораздо интересней.





Буквально за несколько минут до начала сессии совершенно случайно исполнительный директор МСМ встречает в холле конгресс-центра весьма известного во всем мире человека. Как вы думаете, кого? Им оказывается Генеральный директор ВОЗ, д-р Тедрос, который решил изменить свое рабочее расписание, чтобы сразу после работы с политическими деятелями и лидерами государств на полях G20 встретиться с ударной силой мирового здравоохранения – медицинскими сестрами.

Генеральный директор ВОЗ в особом представлении не нуждается, это человек, которого медицинские сестры всего мира уже успели узнать, это тот человек, который держит свои обещания! «Еще в период своей предвыборной кампании д-р Тедрос обещал, что в глобальной штаб-квартире ВОЗ появится главная медицинская сестра, – сказала президент МСМ, приглашая его в президиум, – пообещал и сделал!».



А еще д-р Тедрос инициировал и достиг взаимопонимания со всеми странами-членами ВОЗ в том, чтобы 2020 год стал Годом медицинской сестры и акушерки. И это случилось не только потому, что он любит и ценит медицинских сестер, но потому, что искренне верит, что именно сестры сыграют решающую роль в достижении здоровья для всех и универсальной доступности помощи.

«Настало время движения от здравоохранения к здоровью: медицинские сестры и акушерки сыграют огромную роль в этой глобальной трансформации, – заявил д-р Тедрос в своем обращении к многотысячному залу. – Ваш вклад всеобъемлющ, поэтому сегодня каждая страна должна признать медицинских сестер и акушерок в качестве ключевой силы здравоохранения, которая способна помочь своей стране достичь мечты о более высоком качестве помощи, и здесь даже не о чем спорить. Вот поэтому я здесь. Вы – та сила, с которой надо считаться, та сила, которая способна достичь универсальной доступности помощи, и это для меня большая честь быть здесь вместе с вами!».

Генеральный директор ВОЗ поздравил медицинских сестер с проведением конгресса, а Международный совет со 120-летием и объявил организацию ключевым партнером ВОЗ в реализации важнейших политических инициатив и разработке стратегических планов.

Д-р Тедрос прибыл на конгресс не только для того, чтобы поприветствовать медицинских сестер, но и принять участие в обсуждении тех вопросов, которые для профессионалов имеют первостепенное значение. Например, вопроса о кадровом обеспечении и соотношении «медицинская сестра – пациент». Как и ожидалось согласно программе, но с небольшим отступлением состоялась встреча участников мероприятия с профессором Линдой Айкен, в исследованиях которой безопасный уровень обеспечения клиник сестринскими кадрами занимает центральное место. На этот раз д-р Айкен представила гостям конгресса данные о стратегиях перемен за период с 2000 года и о том, к каким результатам они привели.

Первые проекты увеличения числа медсестер в штатном расписании клиник стали появляться с 2000 года. В штате Виктория, Австралия (2000), в Калифорнии, США (2004), и за последние пять лет такие реформы были реализованы в Великобритании (Уэльс и Шотландия), в Ирландии и в австралийском штате Квинсленд. В настоящее время реформы и внедрение законодательства о минимальном кадровом обеспечении рассматривается правительствами ряда австралийских штатов, Южной Кореи и Чили.

Что же стало результатом таких реформ?

В штатах Пенсильвания и Нью Джерси, в клиниках, которые по своему усмотрению (т.е. без принятия соответствующего закона) решили увеличить кадровые ресурсы, на 10–13 % снизился риск смерти пациентов после хирургического вмешательства в сравнении с теми клиниками этих штатов, которые сохранили прежнее соотношение сестер и пациентов.

В Ирландии исследователи изучили результаты труда сестер и пришли к выводам, что благодаря увеличению штатного расписания значительно (с 75,6 до 31,8 %) снизилось

количество рабочих смен, в которые медсестра не успела выполнить хотя бы одну задачу, связанную с уходом за пациентом, при этом удовлетворенность сестер работой выросла с 53 до 70 %.

В австралийском штате Квинсленд благодаря изменению штатного расписания нагрузка на сестер снизилась в среднем на 1–2 пациента в дневное время и на 1–3 пациента в ночное время. Среди достигнутых результатов: снижение риска госпитальной смертности на 9 %, снижение риска повторной госпитализации в течение 7 дней – на 9 %, сокращение срока госпитализации – на 3 %, снижение уровня синдрома эмоционального выгорания – на 7 %. Только за первые два года реализации новой кадровой политики в Квинсленде, как установили исследователи, удалось избежать 145 госпитальных случаев смерти пациентов, 255 повторных госпитализаций и более 29 тысяч койко-дней, что измеряется экономией порядка 20 млн долларов.

Медицинские сестры и безопасность помощи

Мы приблизительно осознаем, сколько пациентов страдает от медицинских ошибок, но знаем ли мы, сколько страдает медицинских сестер? С таким вопросом к аудитории обратился д-р Альхасауи и познакомил участников с историей медицинской сестры отделения реанимации детской больницы Сиэтла Кимберли Хайт, которая покончила с жизнью через 7 месяцев после трагического инцидента на работе. За 25-летнюю практику Кимберли не совершила ни одного проступка, регулярно отмечалась руководством, как одна из лучших сестер клиники, – еще бы, более 20 лет в детской реанимации – это неоспоримый факт и громадный опыт. Но настал тот день и час, когда Кимберли совершила роковую ошибку, – ввела новорожденному с патологией сердца хлорид кальция, в десять раз превысив дозировку.

Кимберли моментально все осознала, сразу же по горячим следам сообщила об этом коллегам, внесла запись в электронную базу больницы... Медики предприняли все возможные усилия, но помочь ребенку так и не смогли, спустя пять суток девочка скончалась. Кимберли вывели из клиники и посадили под домашний арест, вскоре уволили, приближался суд. Расследование, которое проводилось, пришло к заключению о невозможности сделать вывод о причинно-следственных связях относительно гибели ребенка. По мнению кардиолога, превышение дозировки при оказании помощи ребенку с тяжелой сердечной патологией внесло свой вклад в его гибель... Юристы штата склонялись к невозможности доказать прямую связь, так как состояние девочки и до инцидента было критическим. Однако Кимберли во всем винила себя, не справилась с ожиданием, не пережила отношения к себе со стороны клиники, не дождалась решения, которое, возможно, поставило бы крест на ее профессиональной деятельности... Она стала второй жертвой той роковой ошибки, жертвой, которую не привыкли считать и принимать во внимание.

Эта история случилась весной 2011 года. С тех пор многое изменилось, в том числе и в сфере профилактики медицинских ошибок. Многочисленные группы экспертов добились должного внимания к этой проблеме со стороны руководителей здравоохранения и руководителей клиник. Очередной



Одним из почетных гостей конгресса стал бывший премьер-министр Южной Кореи, г-н Ким Хван-Сик, возглавивший специальный комитет по выдвижению двух австрийских медицинских сестер на Нобелевскую премию мира. Эта инициатива возникла еще в прошлом году, когда Ассоциация медсестер Южной Кореи подготовила фильм о двух австрийских медсестрах, которые всю свою жизнь отдали помощи больным проказой и провели более 40 лет на острове Сорок. Красивейший остров, название которого переводится, как «надежда», действительно обрел надежду в их лице. Медицинские сестры Марианна и Маргарита прибыли туда с благотворительной миссией на несколько лет, но когда миссия

важнейшей вехой стал 2019 год, когда в ходе сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения было принято принципиальное решение о том, что ежегодно 17 сентября будет отмечаться Всемирный день безопасности пациента. Таким образом, в этом году Всемирный день безопасности пациента будет отмечаться впервые и пройдет под девизом «Безопасность пациента – глобальный приоритет здравоохранения». Проблематика безопасности пациента весьма обширна, ее важнейшими разделами являются безопасное кадровое

важнейшей вехой стал 2019 год, когда в ходе сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения было принято принципиальное решение о том, что ежегодно 17 сентября будет отмечаться Всемирный день безопасности пациента. Таким образом, в этом году Всемирный день безопасности пациента будет отмечаться впервые и пройдет под девизом «Безопасность пациента – глобальный приоритет здравоохранения». Проблематика безопасности пациента весьма обширна, ее важнейшими разделами являются безопасное кадровое





закончилась, они решили остаться с больными уже в качестве волонтеров – продолжая оказывать помощь и искать другие фонды и поддержку для своих подопечных. Подвиг медицинских сестер оценили не только пациенты, но все жители Южной Кореи, и сегодня под руководством бывшего премьер-министра комитет в поддержку выдвижения медицинских сестер на Нобелевскую премию мира имеет все шансы на успех. Само выдвижение запланировано на 2020 год – Год медицинской сестры и акушерки! Очень хочется верить, что весь мир присоединится к подписанию петиции, которая доступна и на русском языке. Еще год назад Ассоциация медицинских сестер России присоединилась к сбору подписей в поддержку номинации. Голосование доступно и сейчас на веб-сайте ПАМС: www.medsestre.ru.

обеспечение сестринским персоналом, адекватное ресурсное обеспечение, создание условий физической и психологической безопасности для медицинских сестер. ВОЗ давно поддерживает политику внедрения культуры безопасности, подразумевающей поддержку специалистов, заявивших о профессиональной ошибке или ее риске. Теперь организация связывает такими обязательствами страны-члены. Таким образом, практика ведущих мировых клиник в отношении системы безопасности в ближайшие годы будет активно рас-



пространяться, а медицинские сестры должны приложить все усилия, чтобы при формировании такой политики на уровне своей клиники, региона, страны учитывались те аспекты безопасности пациента, которые самым тесным образом связаны с деятельностью сестринского персонала.

На этот раз особую значимость конгрессу придал юбилей Международного совета – в этом году исполняется 120 лет с момента основания МСМ. По такому случаю была подготовлена историческая экспозиция, которая осветила основные периоды становления МСМ с момента ее основания. Пожалуй, в аудитории не осталось медицинских сестер, которые не сфотографировались бы рядом со своими коллегами из далекого прошлого, предложившими не только своим современникам, но, как уже показала 120-летняя история, будущим поколениям медицинских сестер, работать вместе, невзирая на различия и границы. Работать во благо пациентов и здоровья населения всей планеты, помогать друг другу, обмениваться опытом.

Сестринское дело сейчас

Конгресс МСМ – это тот самый момент, когда тысячи медицинских сестер говорят, размышляют, планируют и делятся своими действиями в поддержку здоровья. Так было десятилетиями, пока одному известному и влиятельному политику не пришла в голову светлая мысль – в больницах и клиниках о нас постоянно заботятся медицинские сестры, а кто-нибудь заботится о них? Изучив этот вопрос более пристально, тот самый политик, а им оказался лорд Найджел Крисп, член палаты лордов Британского парламента, пришел к выводу о глобальной несправедливости по отношению к сестринскому персоналу во всем мире. Труд специалистов явно недооценен, профессиональные и карьерные возможности часто ограничены, вообще сестринский уход зачастую воспринимается как нечто должное, не требующее специальных знаний, не требующее высокой оценки. Объединив свои усилия с Международным советом сестер, Всемирной организацией здравоохранения, лорд Крисп инициировал глобальную кампанию в поддержку сестринского персонала и сестринской помощи – «Сестринское дело сейчас». Кстати, одним из результатов этой кампании и в ходе ее планирования возникла идея о проведении 2020 года как Года медицинской сестры и акушерки.

Стартовав в феврале 2018 года, кампания уже успела набрать серьезные обороты, ее участниками стали 89 стран, многие из которых провели соответствующие мероприятия, другие их запланировали и приступили к подготовке. В ходе кампании Ассоциация имеет возможность вносить значимые для профессии предложения при поддержке международных организаций, что обуславливает более высокие шансы на успех. Предложения могут касаться как поддержки сестринского персонала (новые управленческие должности, новые системы оплаты труда и социальной поддержки, новые образовательные программы, привлечение

в профессию молодежи и более целенаправленные стратегии привлечения мужчин), так и роли медицинских сестер в реализации отдельных инициатив в поддержку здоровья населения (в странах Азии и Африки сделан максимальный акцент на оказание помощи уязвимым слоям населения, полномасштабные реформы сестринской практики, создание программ развития сестринской помощи). Каждая страна выбирает свой путь, но усилия всех вместе делают эту кампанию поистине глобальной и ведут нас к 2020 году, как году небывалых свершений!

От здравоохранения к здоровью – выбор Сингапура

Но для начала расскажем о тех новшествах, которые внедряются в здравоохранении с участием медицинских сестер, и что значит для сингапурцев политика от здравоохранения к здоровью. Итак, первичное здравоохранение страны – это государственные поликлиники и частные медицинские центры, причем на последние приходится порядка 80 % оказания помощи. С учетом демографических изменений (Сингапур входит в пятерку стран с самой высокой продолжительностью жизни) к 2030 году один из четырех жителей будет старше 65 лет. Чтобы справиться с наплывом пациентов завтра, правительство страны решило изменить формы оказания помощи уже сегодня. Так, во всех районах появились станции сестринской помощи, или сестринские посты. Приоритеты в работе таких постов определялись с учетом анализа ведущих причин инвалидизации – в Сингапуре это заболевания опорно-двигательного аппарата. А среди основных причин развития неинфекционных заболеваний и на первом месте – нездоровое питание.

Итак, какова же задача медсестры, работающей на районном посту? Первое, она должна знать свое население, знать своих пациентов и их заболевания. Медсестра также должна быть отлично осведомлена о вероятных маршрутах оказания помощи – сделать все возможное на своем посту, направить на госпитализацию, направить в реабилитационный центр или обратиться в социальную службу, – все это в ее компетенции. Вообще роль медсестры-координатора и медсестры-навигатора приобрела в этой стране особый смысл. Именно медсестра должна сделать так, чтобы при перемещении пациента между разными уровнями оказания помощи не было препятствий, ненужного простоя и лишней траты времени и ресурсов.

Первоочередные задачи медсестер первичного сектора:

1. Профилактика заболеваний среди пожилых (занятия ЛФК, встречи, беседы, оценка состояния здоровья, поощрение к здоровому образу жизни и помощь в отказе от вредных привычек).

2. Реализация программы профилактики падений. Здесь медсестра проводит оценку зрения пациентов, степени старческой астении, а также риска падений. В зависимости от полученных данных реализует обучение пациента, консультирует по поводу остеопороза, ношения специальной обуви, приглашает на групповые занятия ЛФК или направляет на лечение в клинику.

3. Поддержка пациентов с НИЗ, особо тщательный уход и внимание по отношению к недавно перенесшим

госпитализацию в связи с острым заболеванием, помощь пациентам из группы высокого риска. Медсестры первичного сектора максимально подготовлены для оказания основного и специализированного ухода на дому. При необходимости пациентам на дому выполняется внутривенное введение антибиотиков, подкожное введение химиопрепаратов, лечение трофических язв, а также весь комплекс обучения пациента и его близких. Для пациентов с диабетом, ХОБЛ, сердечной недостаточностью, перенесших перелом шейки бедра, острый инфаркт миокарда действует система поддержки с помощью телемедицины. Медсестры, прошедшие подготовку для такой работы, отслеживают результаты регулярных анализов таких пациентов, обучают их посредством телесвязи, рассказывают о значимых симптомах, которые свидетельствуют об ухудшении состояния здоровья. Система налажена таким образом, что медицинская сестра получает срочное уведомление, если кто-то из подопечных госпитализирован или если результаты анализов пациента отклоняются от нормы.

4. Паллиативная помощь. Для оказания паллиативной помощи медсестры проходят дополнительную подготовку, направленную на приобретение новых компетенций: оценка и планирование комплексного ухода, управление симптомами, коммуникация и навыков – подкожное введение препаратов, постановка очистительной клизмы, ректальное исследование, уход за полостью рта, наложение лейкопластыря с фентанилом, утилизация и обучение родственников. Подготовка подразумевает 2 дня очного или онлайн обучения теории, 20-часовую практику в хосписе и дальнейшее непрерывное образование.

Центральная больница Сингапура

В заключительный день конгресса у всех желающих была возможность посетить одну из 20 клиник, гостеприимно открывших свои двери перед медицинскими сестрами всего мира. Делегаты из России, Дании, США, Южной Кореи и ряда других стран единой командой познакомились с работой Центральной больницы Сингапура.

Это старейшее в стране медицинское учреждение с момента своего основания служило медицинской школой. И столетие назад и сегодня здесь обучают врачей и медицинских сестер. Современные технологии используются





Старшая сестра всегда рядом и, что примечательно, ее задача не столько контролировать сестер, сколько оценивать эффективность и безопасность всего процесса, определять новые направления и задачи для улучшения практики.

Рабочая смена медсестры длится не более 8 часов, а что, разве бывает больше, спрашивали нас коллеги из Сингапура... Бывает, бывает и больше 8 часов, и гораздо больше пяти пациентов.

Такой подход к организации труда вызывает восхищение, однако он обладает рядом сложных для медицинских сестер моментов. Так, декретный отпуск в стране не более 3–4 месяцев, далее за ребенком должны присматривать родственники. Пенсия наступает в 65 лет, но медицинская сестра имеет право работать дальше на условиях прохождения ежегодной оценки знаний и навыков. Если справляется, то это разрешено. Судя по всему, работать до очень почтенного возраста здесь принято, повсеместно можно встретить людей далеко за 80, выполняющих ту или иную работу. Так что вывод о том, что за высокими стандартами жизни и высочайшим уровнем здравоохранения стоит неутрачиваемая работа, напрашивается сам собой.

Что ж, знакомство с новой для нас системой здравоохранения состоялось. Более того, в ходе конгресса делегация РАМС во главе с президентом Валентиной Саркисовой провела переговоры с коллегами из Грузии, Дании, Норвегии, США, Сербии, Македонии, Китая, а также с главной медицинской сестрой ВОЗ Элизабет Иро, инициатором кампании «Сестринское дело сейчас» лордом Найджелом Крипом и президентом Международного совета медицинских сестер Аннет Кеннеди.

Не будем забегать вперед, для реализации достигнутых договоренностей надо немало потрудиться, но верим, что эта работа принесет успех, наилучшим образом отразится на статусе сестринской профессии в России и внесет свой вклад в то, чтобы и в нашей стране сестры стали ведущей силой перемен и движения от здравоохранения к здоровью!

максимально активно – огромный симуляционный центр и множество комнат, в каждой из которых разворачивается определенный набор клинических ситуаций. Гордостью клиники являются симуляционные залы, где отрабатываются действия реанимационной и операционной бригады.

На огромной территории клиники все сделано для того, чтобы пациенты чувствовали себя, как дома. Система входа автоматизирована, родственники могут посещать пациентов в отведенные часы и в количестве не более четырех человек. Но если речь идет о пациенте в реанимации, то часы посещения не ограничены. Если человек в критическом состоянии, то к нему готовы пустить всех.

Работа сестринского персонала на высоком счету. Именно грамотная работа сестер и постоянное совершенствование практики позволяют минимизировать сроки госпитализации пациентов. Специалисты догоспитального отделения добиваются полной готовности пациента к операции, с тем чтобы в назначенный день он появился в клинике для лечения и был вскоре выписан со всеми необходимыми рекомендациями. Сестры-навигаторы обязательно свяжутся с клиникой в районе прикрепления и обеспечат внимание к пациенту по месту жительства.

Сестринские посты в терапевтических отделениях расположены таким образом, что соединены с палатами окном – на одном посту две медсестры и две младшие сестры, у каждой команды по одной палате и пять пациентов. Оснащение, кнопки вызова, трансформирующиеся кровати, автоматизированная система выдачи лекарственных препаратов не вызывают никаких других комментариев, кроме восхищения.





Nursing now

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО СЕЙЧАС – РОССИЯ

19 МАРТА 2020 ГОДА – ОФИЦИАЛЬНАЯ ДАТА МЕРОПРИЯТИЯ, КОТОРОЕ ОТМЕТИТ СТАРТ КАМПАНИИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО СЕЙЧАС – РОССИЯ».

По приглашению Международного совета медсестер и Всемирной организации здравоохранения РАМС, медицинские сестры России вступают в кампанию «Сестринское дело сейчас».

Еще в ходе конгресса МСМ в Сингапуре прошли переговоры о том, каким видится нам и нашим международным партнерам цель данной кампании для нашей страны, какие задачи могут быть поставлены, какие ресурсы задействованы.

По условиям кампании цели должны быть достижимыми, результаты – измеримыми и осязаемыми. Думая над комплексом задач, которые важно решить в 2020 году, лидеры РАМС как ни пытались, не смогли себя ограничить. Слишком много за эти годы накопилось вопросов, по которым Россию нельзя отнести к странам с передовой сестринской практикой и законодательством.

Да, есть настоящие прорывы – к числу таких, безусловно, относится внедрение аккредитации и непрерывного медицинского образования, учитывая масштабы нашей страны, противоречивые интересы многочисленных групп – скажем прямо – не все стремятся к новым знаниям и горят желанием непрерывно развиваться в своей профессии, – мы добились победы. НМО стало реальностью российской системы здравоохранения! И здесь огромную роль сыграла принципиальная позиция Минздрава и настойчивая работа Ассоциации медицинских сестер России по созданию контента для непрерывного обеспечения сестринского персонала ресурсами для обучения. В 2019 году в процесс влились самые активные образовательные организации – сегодня специалистам уже доступны СОТНИ краткосрочных аккредитованных в системе НМО образовательных циклов. Это замечательно, но нам, про-

К 2030 году мир столкнется с нехваткой 18 миллионов медицинских работников, необходимых для достижения и обеспечения всеобщего охвата населения медицинской помощью

Более половины от этого числа составляют медицинские сестры и акушерки

Nursing now

Д-Р ТЕДРОС АДХАНОМ ГЕБРЕЙЕСУС

Генеральный директор
Всемирной организации здравоохранения



фессиональному сообществу и, главное, пациентам, необходимо много больше!

Сегодня весь мир работает над задачей тысячелетия, среди которых есть понятие, наиболее часто возникающее в западных публикациях относительно будущего медицины – это всеобщий охват населения услугами здравоохранения. Это понятие означает, что любой человек должен получить доступ к базовой медицине. И вот на этом участке у нас есть определенные пробелы. Необходимы более действенные механизмы профилактики заболеваний, отвечающие требованиям времени программы ведения пациентов с хроническими заболеваниями, решения, освобождающие пациента от постоянной погони за медицинской помощью. Важнейшим аспектом является и экономическая эффективность здравоохранения, ведь медицинской помощи с учетом взрослеющего населения будет требоваться все больше.

Минздрав настаивает, что в России не хватает врачей и врачей-специалистов, особенно в первичном звене. РАМС убеждена: в первичном звене сегодня нужны медицинские сестры – специалисты с более высоким образованием, с новыми полномочиями. Именно такие сестры

должны стать первым и для многих людей самым основным лицом при получении медицинской помощи. Это здоровые дети и взрослые (профилактика, иммунизация, охрана здоровья), это пациенты с НИЗ, находящиеся в ремиссии, это пациенты, перенесшие госпитализацию, это пациенты, которым нужны повторные рецепты, выписки, направления... Все это в мире сейчас делает медицинская сестра. Собственно, вот эти размышления и привели нас к формированию программы глобальной кампании «Сестринское дело сейчас – Россия».

Среди предложений РАМС, адресованных Министру здравоохранения РФ, реализация мер по разработке законодательной основы для расширения полномочий медицинской сестры, введению тарифов ОМС на оплату самостоятельных сестринских и акушерских приемов, изменение подходов к оплате труда сестринского персонала в зависимости от уровня образования. Это далеко не все направления, по которым РАМС внесла предложения. Предстоит большая работа, чтобы убедить руководителей здравоохранения в том, что такие перемены назрели давно, а медицинские сестры страны к ним готовы!



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

ИНФОРМАЦИОННЫЙ ОБЗОР ПО ПЕРЕДОВОМУ ОПЫТУ

РАСШИРЕНИЕ ОТВЕТНЫХ МЕР ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА: комплексная программа раннего выявления нарушений зрения у больных диабетом в Андалузии

María Asunción Martínez-Brocca,¹ Eduardo Mayoral,² Rafael Rodríguez-Acuña,³ Ana M Carriazo,⁴ Carmen Lama,⁵ Josefa Ruiz Fernandez⁶

Резюме

В 2004 году в рамках комплексного плана лечения диабета в Андалузии была разработана программа раннего выявления диабетической ретинопатии. В регионе проживает 8,4 млн. человек; по оценкам, уровень заболеваемости сахарным диабетом составляет около 12%.

В настоящее время в рамках программы было обследовано 424 648 пациентов, выполнено 753 523 ретинографий, и охват целевого населения достиг 95%.

Программа способствует более широкому вовлечению специалистов первичной медико-санитарной помощи и использованию цифровых решений.

Мотивация

Сахарный диабет является одним из наиболее распространенных неинфекционных заболеваний во всем мире. в Андалузии им страдает примерно 1 миллион человек.

Диабетическая ретинопатия (ДР) является одним из серьезных осложнений диабета и одной из ведущих причин слепоты среди людей трудоспособного возраста в развитых странах; от ДР страдает большинство людей с диабетом (1). Раннее выявление и лечение исключительно важны для предотвращения потери зрения. В рамках данной программы проведение цифровой рентгенографии осуществлялось в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, обеспечивая ее доступность и сокращение времени ожидания.

Программа раннего выявления

В 2003 году в Андалузии был разработан комплексный план лечения диабета с целью улучшения качества предоставляемой медицинской помощи, а также снижения уровня и последствий заболеваемости диабетом в регионе. План был направлен на улучшение координации имеющихся ресурсов, услуг и мер по лечению диабета. Основное внимание в плане уделялось мерам профилактического характера, в

¹ Директор, Комплексный план лечения диабета в Андалузии, Андалузская служба здравоохранения, Испания

² Сотрудник технической поддержки, Комплексный план лечения диабета в Андалузии, Андалузская служба здравоохранения, Испания

³ Сотрудник технической поддержки, Фонд прогресса и здоровья, Андалузия

⁴ Старший советник, Региональное министерство здравоохранения Андалузии, Испания

⁵ Заместитель директора, Укрепление здоровья, профилактика и планирование в области здравоохранения, Региональное министерство здравоохранения Андалузии, Испания

⁶ Генеральный секретарь, Здравоохранение и права потребителей, Региональное министерство здравоохранения Андалузии, Испания

Ключевые выводы

- Координация медицинского обслуживания, ориентированного на нужды пациента, на первичном и вторичном уровнях системы здравоохранения обеспечивает непрерывность лечения для всех пациентов.
- Активное участие врачей и медсестер первичной медико-санитарной помощи обеспечило успех программы на уровне всего населения раннего выявления диабетической ретинопатии.
- Комплексные планы медицинского обслуживания, такие как планы лечения диабета, являются стратегическими инициативами, направленными на сопряжение существующих медицинских потребностей и ожиданий населения с политикой, услугами и распределением ресурсов.
- Андалузия осуществила эту масштабную программу скрининга в цифровом формате, обеспечив совместное использование электронных медицинских карт пациентов на всех уровнях медицинской помощи.
- Программа раннего выявления диабетической ретинопатии связывает организационные изменения с инновационными цифровыми решениями.

том числе раннему выявлению серьезных осложнений и медико-санитарному просвещению; продвижению здорового образа жизни (сбалансированное питание, частая физическая активность и отказ от употребления табака); организации оказания медицинской помощи; подготовке специалистов и научным исследованиям (2,3).

Диабетическая ретинопатия является наиболее часто встречающимся микрососудистым осложнением у людей с диабетом; ее распространенность увеличивается по мере продолжительности заболевания (общий показатель $\leq 30\%$), с высоким риском серьезного нарушения зрительных функций (10% пациентов). Раннее выявление и лечение ДР является наилучшей стратегией предотвращения (или замедления) потери зрения (1,4). В протоколах скрининга для раннего выявления повреждений сетчатки до начала нарушения зрения повсеместно рекомендуется проведение цифровой ретинографии (5,6,7). Поэтому через год (2004 г.) в комплексный план лечения диабета в Андалузии была включена систематическая программа на уровне всего населения раннего выявления ДР (4). Создание программы является наглядным примером установления приоритетов Региональным министерством здравоохранения, а также координации между различными уровнями здравоохранения (первичная и вторичная медико-санитарная помощь и больницы). В результате такой координации пациент оказывается в центре системы здравоохранения.

В основе программы раннего выявления ДР:

- совместный первичный и специализированный или стационарный уход для пациентов с диабетом, основанный на нуждах пациента;
- активное участие специалистов первичной медико-санитарной помощи;
- общий доступ к электронным медицинским картам в рамках всей системы общественного здравоохранения Андалузии.

Программа раннего выявления началась в 2004 году с экспериментального проекта в 11 центрах первичной медико-санитарной помощи и 6 больницах (обеспечивавших обучение, наличие приборов и анализ результатов), среди 360 пациентов, страдающих диабетом [4]. По завершении первоначальной оценки программа постепенно была распространена на всей территории Андалузии, способствуя повышению профессиональной компетентности и улучшению ухода за пациентами. В начале осуществления программы никаких экономических стимулов не использовалось.

Рисунок 1. Рабочий процесс программы раннего выявления диабетической ретинопатии.



СД - сахарный диабет; ДР - диабетическая ретинопатия

Текущая программа раннего выявления ДР работает следующим образом (рис. 1):

- В центрах первичной медико-санитарной помощи медсестры, прошедшие специальную подготовку, выполняют ретинографию; результаты хранятся в электронной медицинской карте пациента в корпоративной системе.
- Скрининг на ДР проводится путем оценки первой ретинографии, проведенной квалифицированным семейным врачом в центре первичной медико-санитарной помощи (для пациентов с диабетом 2 типа) или эндокринологом в больнице (обычно для пациентов с диабетом 1 типа).
- Пациенты, у которых результаты отрицательные, назначаются на следующий цикл ретинографии в соответствии с их риском развития ДР.
- Ретинографии, которые показывают положительные или неопределенные результаты, отправляются офтальмологу для повторной оценки.
- Пациенты с ДР (или любыми другими обнаруженными патологиями) направляются к офтальмологу для тщательного полного обследования, лечения и последующего наблюдения (если необходимо).

В настоящее время в регионе насчитывается 155 ретинографов (143 в центрах первичной медико-санитарной помощи и 12 в больницах) и 44 мобильных ретинографа для проведения обследований в некоторых сельских районах. Таким образом, подавляющее большинство пациентов проходят скрининг на уровне первичной медико-санитарной помощи, что обеспечивает их доступ к программе в ближайшем для них месте оказания медицинских услуг. Пациенты с симптомами ДР направляются к офтальмологу через цифровую платформу для диагностики ДР.

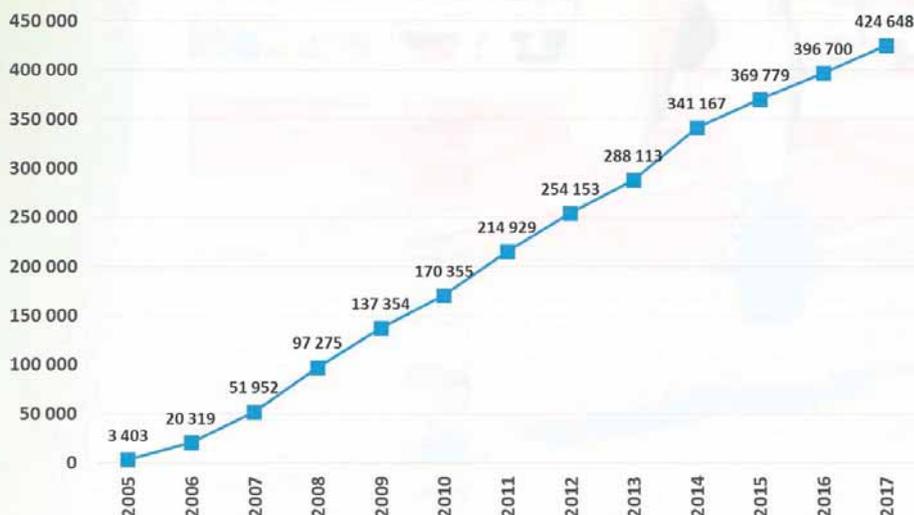
В комплексном плане лечения диабета несколько показателей качества, используемых для оценки профессиональной компетентности, в том числе охват целевого населения и время реагирования, связаны с экономическими стимулами.

Воздействие

На сегодняшний день программой воспользовались 426 648 пациентов, и было выполнено 753 523 ретинографий (рис.2). В 46 957 случаев была выявлена бессимптомная ДР и проведено лечение, что предотвратило нарушение зрения. 44 196 всех случаев были классифицированы как «умеренная до средней степень непролиферативной ДР». Большинство (84%) ретинографий (632 959) были классифицированы как «непатологические», что сводило к минимуму долю пациентов, которых необходимо было направлять к офтальмологу, и, следовательно, предотвращало ненужные поездки в клинику и сокращало рабочую нагрузку офтальмологов, а также снижало расходы на здравоохранение и позволило сэкономить около 30 миллионов евро (рис.3).

Начиная с 2006 года, к концу 2017 года охват программой увеличился до 95% целевого населения (пациенты с диабетом без ранее установленной ДР). Уровень серьезных нарушений зрения по причине наличия ДР в Андалузии снизился в абсолютном и относительном выражении; показатель случаев слепоты, зарегистрированных в период между 2000 и 2014 годами, снизился на 15,2%. В процессе применения цифровой платформы были найдены специальные инновационные решения для оказания помощи в диагностике ДР, включая алгоритм автоматического анализа ретинографий и одно решение для оптимизации частоты последующих посещений. Оба решения проходят оценку. Сопоставительный анализ и использование показателей в рамках программы раннего выявления ДР позволяют оценивать результаты, осуществлять мониторинг и контроль качества и тем самым обеспечивать непрерывное улучшение.

Рис.2. Совокупное число пациентов с диабетом, включенных в программу раннего выявления диабетической ретинопатии (2005-2017 гг.).



Последствия для политики

Программа раннего выявления ДР представляет собой систематическую программу на уровне всего населения, которая охватывает почти всю целевую популяцию в Андалузии, и продемонстрировала прекрасные результаты. Она является частью действующей схемы оказания медицинской помощи больным диабетом, была разработана командой профессионалов на всех уровнях медико-санитарной помощи с учетом ожиданий граждан и включает метод оценки. Результаты программы помогли снизить общее бремя неинфекционных заболеваний в регионе. Это единственная программа с такими характеристиками в Андалузии.

Роль и участие первичной медико-санитарной помощи способствовали внедрению программы раннего выявления ДР, поддерживаемой корпоративными цифровыми решениями, и достижению результатов. Успех программы содействует укреплению комплексного подхода к оказанию медицинской помощи населению, разработанного Региональным министерством здравоохранения Андалузии, и осуществляемого в рамках системы общественного здравоохранения, представляющей собой широкую сеть всеобщего охвата высококачественной доступной медицинской помощью, ориентированной на нужды пациента.

Извлеченные уроки

- **Координация медицинского обслуживания, ориентированного на нужды пациента, на первичном и вторичном уровнях системы здравоохранения обеспечивает непрерывность лечения для всех пациентов.** Это особенно актуально в случае пациентов с неинфекционными заболеваниями, такими как диабет, а также для пациентов, включенных в программу раннего выявления ДР.
- **Активное участие специалистов первичной медико-санитарной помощи (врачей и медсестер) является ключом к успеху программы раннего выявления диабетической ретинопатии на уровне всего населения.** Проведение скрининга на уровне первичной медико-санитарной помощи обеспечивает доступность, снижает неравенство между жителями городов и сельской местности и помогает достичь наивысшего охвата (95% целевого населения). Мобильные устройства полезны для охвата географически удаленного населения в регионе.
- **Комплексные планы медицинского обслуживания, такие как план лечения диабета, являются корпоративными инициативами, направленными на сопряжение существующих медицинских потребностей и ожиданий населения с политикой, услугами и распределением ресурсов.** Такие планы содействуют проведению мероприятий в области профилактики, медико-санитарного просвещения и пропаганды здорового образа жизни, организации оказания медицинской помощи, профессиональной подготовки и проведения научных исследований, а также последующего врачебного наблюдения и оценки. Программа раннего выявления ДР является частью такой корпоративной стратегии, обеспечивающей получение лучших промежуточных и конечных результатов.
- **Андалузия осуществила эту масштабную программу скрининга в цифровом формате, обеспечив совместное использование электронных медицинских карт пациентов на всех уровнях медицинской помощи.** В корпоративной системе необходимая информация доступна во всех пунктах оказания медицинской помощи и предоставляет данные, необходимые для контроля и оценки качества.
- **Программа раннего выявления ДР включает организационные изменения, связанные с инновационными цифровыми решениями,** в результате чего перемещаются данные и информация, а не пациенты, и повышается эффективность. В настоящее время рассматриваются варианты автоматизированных алгоритмов для чтения ретинографий и оптимизации рабочих процессов. Непрерывная профессиональная подготовка медицинских работников имеет важное значение для принятия таких инноваций.

Библиография

- (1) Corcóstegui B, Durán S, González-Albarrán MO, Hernández C, Ruiz-Moreno JM, Salvador J et al. Update on diagnosis and treatment of diabetic retinopathy: a consensus guideline of the working group of ocular health (Spanish Society of Diabetes and Spanish Vitreous and Retina Society). J Ophthalmol. 2017; 2017:8234186.
- (2) Martínez Brocca MA, Coordinator. Plan integral de diabetes de Andalucía [Comprehensive health care plan for diabetes in Andalusia]. Seville: Consejería de Salud; 2016 (<https://goo.gl/v9NgaU>).
- (3) Martínez Brocca MA, Coordinator. Diabetes mellitus: Proceso asistencial integrado [Diabetes mellitus: integrated health care process], second edition. Seville: Consejería de Salud; 2017 (<https://goo.gl/dwuVhP>).
- (4) Iborra Oquendo MV. Programa de detección precoz de la retinopatía diabética en Andalucía. Investigación en diabetes. [Early detection programme for diabetic retinopathy in Andalusia.] Suplemento Extraordinario. Diabetes Pract. 2016;7(Suppl.5):33–7.
- (5) American Academy of Ophthalmology Retina/Vitreous Panel. Preferred practice pattern® guidelines. Diabetic retinopathy. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 2017 (www.aaao.org/ppp).
- (6) Márquez Peláez S, Canto Neguillo R. Telemedicina en el seguimiento de enfermedades crónicas: Diabetes Mellitus. Revisión sistemática y evaluación económica [Telemedicine for monitoring chronic diseases: diabetes mellitus]. Seville: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2008.
- (7) Valverde C. Automated detection of diabetic retinopathy in retinal images. Indian J Ophthalmol. 2016;64(1): 26–32.

Свяжитесь с нами

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

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/healthsystems-response-to-ncds>.

Специфика работы медицинской сестры в специализированном онкоофтальмологическом отделении



■ **Габитова Зульфира Биктимировна**
Старшая медицинская сестра ГБУЗ
«Челябинский областной клинический
центр онкологии и ядерной медицины»



■ **Перцева Светлана Николаевна**
Операционная медицинская сестра
«Офтальмологической клиники
СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

Актуальность

Злокачественные новообразования органа зрения являются одной из актуальных проблем здравоохранения. В последние годы отмечается неуклонный рост числа заболевших. По данным И.Е. Пановой за 2013 год заболеваемость злокачественными опухолями органа зрения занимает седьмое место среди всех онкологических заболеваний (рис. 1).

Существует классификация онкологических заболеваний глаз, в основу которой положена гистологическая картина опухоли. В данном случае выделяют меланому, саркому, ретинобластому и карциному.

Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины является мощным лечебно-профилактическим учреждением, возглавившим онкологическую службу крупного промышленного региона России. Центр онкоофтальмологии, организо-

ванный в 1999 году, имеющий 2 консультативных кабинета в поликлинике и 25 коек в стационаре, органично входит в структуру центра онкологии и тесно связан с деятельностью различных структурных подразделений.

За год в центре получают специализированную консультативную помощь более 2500 пациентов, стационарную помощь – более 660 больных, выполняется около 700 оперативных вмешательств различной категории сложности. Консолидированная работа врача онкоофтальмолога и медицинской сестры обеспечивает результативность лечения в плане медицинского и социально-психологического статуса пациентов.

С каждым годом увеличивается количество пациентов, получающих хирургическое лечение, которое в свою очередь требует адекватного подхода к предоперационному и послеоперационному ведению пациентов.

Работа медицинской сестры онкоофтальмологического отделения имеет свою специфику, связанную с наличием онкологических заболеваний органа зрения. Она определяется следующими факторами:

- необходимостью проведения длительного многокомпонентного лечения;
- особенностями психологического состояния пациентов.

Одним из наиболее важных аспектов деятельности медицинских сестер онкоофтальмологического отделения является правильная и грамотная психологическая подготовка пациентов к предстоящей операции. Пациенты перед операцией находятся в депрессивном и тревожном состоянии. Многие из них испытывают страх перед предстоящим хирургическим лечением, тревогу за благополучный исход заболевания, волнения, связанные с тем, как будет проходить послеоперационный период. Особенно болезненно воспринимаются объемные реконструктивно-пластические операции, а также операции по удалению органа зрения.

После беседы с врачом пациент, как правило, обращается к медицинской сестре, ища поддержки и внимания. Задача медицинских сестер заключается в создании благоприятного психологического фона и снижении уровня беспокойства. Необходимо убедить пациента в безопасности предстоящего оперативного вмешательства, благополучном для жизни и здоровья лечении опухоли, направленном на увеличение продолжительности жизни. В своей беседе медицинская сестра информирует о возможности проведения повторных хирургических вмешательств с целью устранения косметических дефектов и восстановления функций глаза, протезирования глазного яблока.

На отделении организована система взаимодействия с иными организациями для разработки протеза. При длительном нахождении пациента в центре медицинские сестры помогают ему адаптироваться к новым условиям жизни. Они обучают его правильно устанавливать и снимать глазной протез, проводить очистку и уход за ним.

Онкоофтальмологическая патология локализуется в различных отделах органа зрения (придаточный аппарат глаза, глазное яблоко, орбита). В зависимости от конкретной локализации опухоли и ее гистологической принад-



Рис. 1. Место злокачественной патологии органа зрения в структуре общей онкологической патологии



Рис. 2. Виды операций, проводимых в отделении онкоофтальмологии ГБУЗ ЧОКЦО и ИАМ

лежности могут применяться разные методы воздействия. Поэтому хирургическое вмешательство может проводиться как под местным обезболиванием, так и под общим наркозом. В зависимости от планируемого объема операции по назначению врача в предоперационном периоде осуществляется медикаментозная премедикация и эластичная компрессия пациента.

После операции пациенты находятся на лечении от 10 до 12 дней, в зависимости от сложности операции.

Анализ проводимых операций в отделении онкоофтальмологии представлен на рис. 2.

Как показано на рис. 2, чаще всего проводятся оперативные вмешательства по иссечению образования с реконструктивно-пластическим этапом.

После такого вида операции медицинская сестра осуществляет холод на область раны (на 2 часа с перерывом каждые 30 мин). Перевязка пациента совместно с лечащим врачом, как правило, проводится на следующий день после операции. Во время перевязки осуществляется обработка краев раны, промывание конъюнктивальной полости с применением растворов антисептиков и наложением асептической повязки. В отдельных случаях накладывается давящая повязка. Во избежание расхождения краев операционной раны и других осложнений во время проведения перевязок требуется особая осторожность, а также строгое соблюдение правил асептики.

Пациенты после удаления опухоли орбиты или после энуклеации глазного яблока по поводу злокачественной опухоли требуют тщательного послеоперационного наблюдения. Таким пациентам назначается холод, длительное наложение давящей повязки на область раны в течение 3–5 дней, с ежедневным проведением перевязок с использованием растворов антисептиков, с последующей инстилляцией глазных капель.

Лучевая терапия в онкоофтальмологии применяется довольно часто. Среди режимов облучения наиболее щадящим и эффективным является брахитерапия. При этом источник об-

лучения помещается в глазницу в процессе хирургического вмешательства. Данная методика позволяет снизить лучевую нагрузку и достичь высоких результатов, не повредив при этом окружающие ткани. Осуществляется эписклеральная фиксация офтальмоаппликатора, учитывая мощность излучения и необходимую поглощенную дозу (рис. 3).

При выполнении органосохранного лечения меланомы хориоидеи (сосудистой оболочки глаза) методом брахитерапии пациент после операции переводится в специализированную палату, где весь необходимый уход за ним осуществляет медицинская сестра с соблюдением правил радиационной безопасности. Перевязки, инстилляцией глазных капель, промывание конъюнктивальной полости проводятся ежедневно совместно с врачом с применением длинных пинцетов.

Особое внимание в нашем центре уделяется обучению медицинских сестер. В центре разработана система непрерывного повышения квалификации среднего персонала. В связи с проведением большого числа разнообразных оперативных вмешательств разработаны лекции по каждой тематике (брахитерапия, реконструктивно-пластические операции, лазеродеструкция и др.). Весь материал доступен для изучения и повторения каждому сотруднику. Кроме того, на ежедневных совещаниях рассматриваются сложные случаи, разбираются ошибки при ведении пациентов. При необходимости вносятся коррективы и в повседневную деятельность отделения, и в обучающие материалы.

В онкоцентре ежемесячно проходят конференции на определенные темы, проводятся лекции для пациентов о своевременном и регулярном обследовании онкологических пациентов, о профилактике заболеваний. Главная медицинская сестра оказывает поддержку и помощь в подготовке медицинскими сестрами докладов и презентаций для выступлений. Старшие сестры выступают кураторами и наставниками для будущих спикеров. Медицинские сестры центра принимают участие как и в местных конференциях, так и в конференциях на региональном уровне.

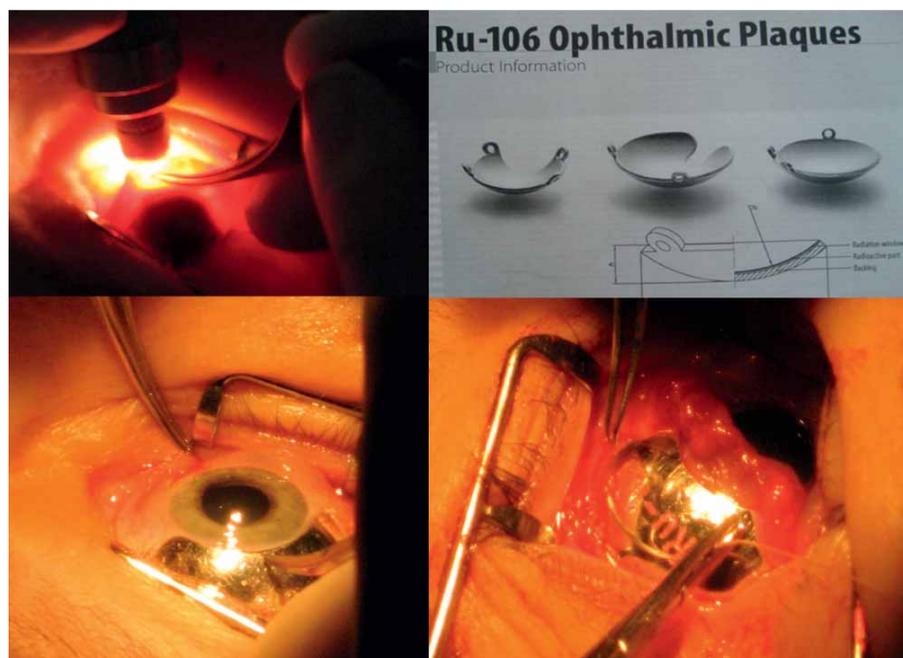


Рис. 3. Брахитерапия внутриглазной опухоли, офтальмоаппликаторы (Бибиг, Германия)

Заключение

Несмотря на рост заболеваемости, с момента создания онкоофтальмологического центра существенно изменилась структура стадийности заболеваний, что несомненно является одним из самых важных факторов, влияющих на выживаемость, социальную и трудовую реабилитацию. До интеграции офтальмологии в онкологическую службу 87 % пациентов, попавших в ведение врачей-онкологов, имели распространенные стадии заболевания (III и IV).

С момента создания Центра онкоофтальмологии за счет доступности диагностического арсенала онкологической клиники, привлечения для консультаций врачей-онкологов наблюдается стойкое увеличение числа ранних стадий (I и II) с 13 до 69 %.

Диагностика процесса на ранних стадиях позволяет проводить органосохраняющие или малотравматичные оперативные вмешательства.

Работа медицинской сестры в онкоофтальмологическом отделении явля-

ется неотъемлемой частью предоперационного и послеоперационного ведения пациентов, что ведет к сокращению сроков пребывания пациентов в стационаре, их лучшей адаптации к новым условиям и возможностям. Данная специальность сочетает в себе знания сразу в нескольких областях: хирургии, онкологии и офтальмологии, и поэтому требует от медицинской сестры непрерывного развития, изучения новых возможностей в своей области и навыков психологической поддержки и общения.



НАЙНТИНГЕЙЛ ЧЕЛЛЕНДЖ

ГЛОБАЛЬНОЕ ДВИЖЕНИЕ СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО СЕЙЧАС ПРИГЛАШАЕТ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ВСЕГО МИРА ПРИНЯТЬ УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ НАЙНТИНГЕЙЛ ЧЕЛЛЕНДЖ И ВНЕСТИ ВКЛАД В УКРЕПЛЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛА СЕСТРИНСКИХ И АКУШЕРСКИХ КАДРОВ!

Эта программа дает шанс приобрести к глобальному движению и выдвинуть свою медицинскую организацию в качестве лидера по инвестициям в сестринский персонал. Доказано, что такие инвестиции – это вклад в улучшение здоровья и здравоохранения.

Программа направлена на поддержку специалистов в возрасте до 35 лет. Каждая медицинская организация самостоятельно решает, как именно будет развивать своих специалистов. Перечень возможных мер поддержки включает следующие:

- Привлечь Вуз, колледж, школу бизнеса к созданию краткосрочной программы по управлению для молодых специалистов;
- Направить молодых специалистов на мероприятие с участием выдающихся представителей сестринской и акушерской профессии;
- Оплатить доступ к существующим дистанционным курсам по развитию личных, управленческих или лидерских навыков;
- Поддержать исследовательские и новаторские инициативы молодых специалистов, например, в области качества и безопасности помощи;

- Привлечь молодых медсестер и акушерок для участия во встречах с представителями администрации, СМИ, известными общественными деятелями и профессионалами;
- Организовать программу стажировок и обмена молодыми специалистами между медицинскими и социальными службами;
- Привлечь молодых специалистов к решению актуальных для руководителя клиники задач – участие в рабочих совещаниях, выработке стратегий, их реализации;
- Привлечь молодых специалистов к участию в интерактивных сессиях с руководством клиники, чтобы молодежь получила представление о процессах управления и принятия решений;
- Провести тренинги по развитию персонала с представителями из других сфер...

И здесь мы ставим не точку, а многоточие, потому что именно от вас зависит, каким будет этот перечень, какими станут реализованные на практике инициативы по поддержке молодых медицинских сестер и акушерок!

Важно помнить, что каждая медицинская организация в течение

Почему выбран 2020 год?

- Всемирная Организация Здравоохранения объявила 2020 год Международным годом медицинской сестры и акушерки.
- В 2020 году мы отмечаем 200-летие со дня рождения Флоренс Найтингейл — медсестры, новатора, реформатора и лидера деятельности по повышению уровня здравоохранения.
- Это прекрасный повод начать путь к новым достижениям вместе с коллегами со всего мира.

2020 года может инвестировать свои средства в молодых медицинских сестер и акушерок, понимая, в каких приоритетных для себя областях эти инвестиции принесут отдачу – совершенствование процессов управления, экономия ресурсов, повышение безопасности помощи, эффективная коммуникация между различными службами и подразделениями клиники.

Подав заявку на участие в программе НАЙНТИНГЕЙЛ ЧЕЛЛЕНДЖ, вы объедините свои действия с десятками авторитетных медицинских организаций всего мира!

Регистрация медицинских организаций-участников кампании на сайте <https://www.nursingnow.org/nightingale-sign-up/>

Подробная информация на сайте Ассоциации медицинских сестер России <http://www.medsestre.ru/> и ее официальной группе Вконтакте <https://vk.com/medsestre>

ЭСТАФЕТА ЗДОРОВЬЯ

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАССАЖИРАМ В ПУТИ СЛЕДОВАНИЯ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНЫМ ТРАНСПОРТОМ



■ Башмаков Сергей Иванович

Заведующий медпунктом ж/д вокзала станции Тюмень, частное учреждение «Клиническая больница РЖД-МЕДИЦИНА» города Тюмень

История отечественной железнодорожной медицины фактически началась со строительством первой в России железной дороги в 1836 году, а с 1879 года железнодорожное здравоохранение было признано как система, которая непосредственно участвует в технологическом цикле отрасли и параллельно выполняет задачи, стоящие перед здравоохранением России. Железнодорожная медицина росла и развивалась вместе с железными дорогами, их техническим и экономическим благополучием. Одновременно медицинские работники транспорта создавали систему здравоохранения в сотнях населенных пунктов, превращавшихся в средние и крупные города, где и сегодня медицинские учреждения ОАО «РЖД» являются ведущими, а зачастую и единственными организациями, оказывающими помощь всему населению.

Медицинское обеспечение безопасности движения поездов и пассажиров – основная задача железнодорожной медицины. В современных реалиях «РЖД-Медицина» представлена стационарными и амбулаторно-поликлиническими учреждениями; центрами реабилитационного и восстановительного лечения; кабинетами предрейсовых медицинских осмотров (ПРМО); психофизиологическими лабо-

раториями; медицинскими пунктами железнодорожных вокзалов.

В настоящее время продолжается реформирование отрасли, и основными направлениями развития железнодорожного здравоохранения на современном этапе являются:

1. Совершенствование системы управления отраслевым здравоохранением.

2. Оптимизация структуры отраслевого здравоохранения.

3. Внедрение современных медицинских технологий телемедицины при оказании неотложной помощи в экстремальных условиях.

4. Совершенствование мероприятий по предупреждению и ликвидации медицинских последствий чрезвычайных ситуаций, аварий и крушений на железнодорожном транспорте.

5. Реализация рациональной кадровой политики, подготовка кадров.

6. Проведение мероприятий по повышению имиджа отраслевых учреждений здравоохранения.

Сеть «РЖД-Медицина» – самая крупная частная сеть производственной медицины в Российской Федерации. В настоящее время в результате реструктуризации лечебные учреждения «РЖД-Медицина» функционируют в 75 субъектах РФ. Медицинские пункты для оказания помощи пассажирам организованы на всех крупных железнодорожных вокзалах.

Не всегда путешествие бывает благополучным. Зачастую в период своего отдыха пассажиры забывают о мерах безопасности и профилактики, излишние переживания и собственная неосторожность могут привести не только к неприятным, но и к угрожающим жизни последствиям. Медицинские работники медпунктов вокзалов не только отвечают за безопасность при выборе железнодорожного транспорта, но и несут ответственность по обращению при ухудшении состояния. Обеспечивая преимствен-

ность между медицинскими пунктами, организуют эстафетное наблюдение.

Медицинский пункт – это лицо железнодорожной медицины. Именно он взаимодействует со структурными и территориальными лечебными учреждениями, осуществляя основные лечебно-профилактические мероприятия, направленные на повышение качества оказания первичной медицинской помощи пассажирам железнодорожного транспорта.

Медицинский пункт станции Тюмень – фельдшерское подразделение «Клинической больницы «РЖД-Медицина» города Тюмень. Ответственное лицо медпункта – заведующий фельдшер, назначается на должность приказом главного врача. Всего в штате состоят 9 фельдшеров и 4 санитарки. Все вместе они выполняют ряд очень важных задач:

- оказание первичной медико-санитарной помощи в экстренной и неотложной формах;
- участие в установленном порядке в ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций на территории железнодорожного вокзала;
- оказание помощи в соответствии со стандартом скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе;
- проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение и нераспространение инфекционных заболеваний.

Особенностью работы фельдшера медицинского пункта железнодорожного вокзала является постоянная готовность к чрезвычайным ситуациям.

Круглосуточное оказание медицинской помощи пассажирам в пути следования при угрожающих и неотложных состояниях является не просто неотъемлемой частью, а принципиальной функцией медицинских работников РЖД и предполагает доскональное



знание стандартов скорой медицинской помощи. Оказывая помощь в общественном месте, медицинскому работнику необходимо постоянно помнить, что каждая выполненная им манипуляция проходит под прицелом камер наблюдения и десятков свидетелей или советчиков. Поэтому важно грамотно и четко проводить диагностику и владеть техникой действий при угрожающих состояниях.

Соблюдая санитарно-противоэпидемические требования при выполнении своих функций, медицинский работник должен уметь быстро сориентироваться с целью раннего выявления больных на всех этапах оказания медицинской помощи. Особое внимание следует обращать на лиц, прибывающих из регионов, неблагополучных по инфекционным болезням. Правильная тактика медицинского работника в подобных случаях способствует предотвращению распространения инфекций на территории РФ.

Динамическое наблюдение за пассажирами в пути следования возможно только при четком взаимодействии с лечебными учреждениями различных субъектов Российской Федерации. Эстафетное наблюдение необходимо для оказания помощи в более короткий срок от момента заболевания или обращения.

Эстафетное наблюдение назначается для контроля состояния пассажира при подозрении на угрожающие состояния и его отказе от госпитализации, а также при проведении санитарно-противоэпидемических мероприя-

тий, направленных на предупреждение и нераспространение инфекционных заболеваний.

Принципы эстафетного наблюдения

Эстафетное наблюдение – это непрерывное оказание медицинской помощи с момента выявления заболевания.

Эстафетное наблюдение назначается для проведения дифференциальной диагностики при неясно выраженной клинической картине заболевания.

В процессе эстафетного наблюдения лечебные мероприятия проводятся в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.

При эстафетном наблюдении учитывается анамнез заболевания с ранее проведенным обследованием и объемом лечения.

В случаях подозрения на угрожающие состояния с переданной по эстафете информацией фельдшер медпункта вызывает заранее на себя врачебную бригаду скорой помощи или врача специалиста железнодорожной больницы.

Очень частыми ситуациями в практике являются отказы пациентов от госпитализации при первых признаках сердечно-сосудистых заболеваний, возникших в пути на фоне эмоционального стресса. Распространенным поводом для эстафетного наблюдения также служат пациенты с тяжелыми хроническими формами заболеваний, следующие в иные города, в медицинские центры для обследования или лечения.

Таким образом, медицинские пункты являются своеобразным подразделением со свойственной спецификой работы в системе РЖД, когда пассажир, недооценивая тяжесть своего состояния, боясь оказаться в чужом городе при ухудшении состояния, продолжает путь следования, и нашей задачей является контроль за состоянием его здоровья.

Не секрет, что в практике также приходится сталкиваться и с ситуациями «экстремального» характера, когда пассажир, нарушая технику безопасности на железнодорожных путях, пытаются перебежать перед движущимся составом. Для безопасности пассажиров в системе РЖД действует ряд нор-

мативной документации по взаимодействию между структурами железнодорожного вокзала.

Случаев в практике очень много, особенно запоминаются встречи с пассажирами – иностранными гражданами. В таких ситуациях приходится общаться даже на языке жестов. Увы, мало кто из медицинских работников владеет какими-либо иностранными языками, вот и приходится исправлять данные пробелы и овладевать английским.

«РЖД-Медицина» – это цельная структура со всеми звеньями оказания медицинской помощи населению, которая практически нигде больше не сохранилась.

В заключение хотелось бы подчеркнуть значимость фельдшеров в системе «РЖД-Медицина» и здравоохранения в целом, ведь тот объем необходимых знаний и умений, который к ним предъявляется сегодня, не каждому по плечу. Для повышения своего профессионального уровня медицинские работники регулярно посещают конференции: внутрибольничные, областные, региональные. Совместно со станцией скорой медицинской помощи отработывают навыки по оказанию неотложной медицинской помощи, проведению сердечно-легочной реанимации, то есть поддерживают тесный профессиональный контакт. Мало ли что может случиться с пассажирами в пути следования?

Обучение фельдшеров проводится и в Центре профессионального образования (ЦПО), который создан на базе НУЗ «НКЦ ОАО «РЖД». Каждый фельдшер является членом ТРОО ТПОСА, РАМС. Все вышеперечисленное не просто дает возможность повысить уровень своей подготовки, но и позволяет быть успешными и уверенными в своих знаниях и умениях специалистами, настоящими профессионалами в своей работе.

Бесспорно, что действия фельдшера медицинского пункта – это командная работа, связанная с медицинскими специалистами других регионов. Именно благодаря их слаженной работе удается достичь высокого качества при оказании медицинской помощи пациентам на протяжении всего пути следования.

РОЛЬ СЕСТРИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИСМП НА ПРИМЕРЕ ПНЕВМОНИИ

■ Пивкина А.И.

Главная медицинская сестра
стационара ФБГУ «НМХЦ
им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

■ Габоян Я.С.

Главная медицинская сестра ФБГУ
«НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава
России

■ Бодунова Г.Е.

Старшая медицинская сестра ОАР(ИТ)
ФБГУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова»
Минздрава России

■ Гусаров В.Г.

Главный врач стационара ФБГУ «НМХЦ
им. Н.И. Пирогова» Минздрава России



Введение. Современная медицинская практика базируется на принципах доказательности, основанных на результатах клинических исследований. При этом методы ухода за пациентом, применяемые в работе медицинской сестры, часто не имеют серьезной доказательной базы в связи с отсутствием хорошо спланированных сестринских исследований, что затрудняет изменение привычных подходов в сторону их усовершенствования и внедрение современных технологий. Современные тенденции в развитии сестринского дела, а именно расширение функций медицинских сестер и повышение ответственности, широкое внедрение в работу СОП и стандартных алгоритмов, требуют осмысленного подхода и обоснования методик осуществления сестринского ухода. Организация и проведение сестринских исследований позволяют выбрать наиболее оптимальные для пациента технологии ухода и используемые средства, решать актуальные для медицинской организации практические задачи.

Примером такой практики является одно из первых сестринских исследований, проведенное в ФБГУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава Рос-

сии, – «Сравнительный анализ методов обработки полости рта у пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии».

Цель исследования. Обосновать применение специализированных наборов для ухода за полостью рта у пациентов, которым проводится респираторная поддержка.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе отделения анестезиологии-реанимации (интенсивной терапии) [ОАР(ИТ)] НМХЦ им. Н.И. Пирогова. Отделение относится к ОРИТ смешанного типа и имеет в своем составе 12 коек. С 2006 года в отделениях реанимации НМХЦ им. Н.И. Пирогова действует Протокол профилактики нозокомиальной пневмонии. Мероприятия по гигиене полости рта являются одним из пунктов этого протокола. Для достижения цели настоящего исследования был разработан отдельный протокол обработки полости рта, который включал в себя следующие положения:

- пациенту проводили постоянную аспирацию содержимого надманжеточного пространства через специальный канал интубационной или трахеостомической трубки;
- полость рта обрабатывали 4 раза в сутки;
- для обработки применяли 0,02 % водный раствор хлоргексидина;
- медсестра последовательно обрабатывала преддверье полости рта, зубы, спинку языка, корень языка и слизистую ротоглотки;
- в ходе обработки и по ее завершении выполняли аспирацию содержимого полости рта;
- после проведения деконтаминации полости рта выполняли увлажнение слизистой оболочки раствором буры с глицерином (Boraxi 3.0 + Glycerini 27.0);
- процедуру завершали санацией трахеи.

Нами проведено сравнение двух методик обработки полости рта: традици-



Рис. 1. Традиционная методика ухода за полостью рта

онной методики и методики с использованием специализированных наборов для ухода за полостью рта.

При традиционной методике обработки ротовой полости использовали: марлевые салфетки, корнцанг, металлический лоток, санационный катетер (рис. 1).

Специализированные наборы для ухода за полостью рта «KimVent» рассчитаны на использование в течение суток и состоят из: аспирационного катетера Янкауэра с защитным чехлом, аспирационных силиконовых зубных щеток, аспирационных тампонов, аппликаторных тампонов, пустых контейнеров для антисептика, аспирационных катетеров для санации полости рта и носа (рис. 2).

В исследовании приняли участие 18 медицинских сестёр. Возраст участников исследования от 24 до 47 лет. Стаж работы в должности медсестры ОРИТ составил от 2 до 16 лет. Все медицинские сестры перед участием в исследовании прошли специальное обучение методике обработки полости рта с использованием наборов «KimVent».

В исследование были включены 66 пациентов, которые находились на лечении в ОАР(ИТ) НМХЦ им. Н.И. Пирогова с января 2013 года по февраль 2014 года. Среди больных было 37 мужчин, 29 женщин. Медиана возраста больных составила 63 (50,3–75,0) года. В ходе лечения в отделении реанимации всем пациентам проводилась респираторная поддержка длительностью $17,5 \pm 16,3$ суток. 26 пациентов на момент поступления в ОАР(ИТ) уже имели диагноз пневмонии.

Исследование было разделено на два этапа. Во время первого этапа ис-

следования проведена оценка качества обработки полости рта традиционным способом и с использованием специализированных наборов. Среди медперсонала, участвовавшего в исследовании, проведено анкетирование. В анкетах оценены: удобство применения каждого метода, простота использования, качество обработки и риск травматизации слизистой полости рта, время, затраченное на процедуру.

На втором этапе из исследования были исключены 26 пациентов, у которых диагноз пневмонии уже был установлен на момент поступления в ОАР(ИТ). Оставшиеся 40 пациентов были разделены на две группы. В контрольную группу вошли 19 пациентов, которым применялся традиционный способ ухода за полостью рта. В основную группу вошел 21 пациент, которым обработку полости рта производили с помощью специализированных наборов.

Во время второго этапа исследовали влияние различных способов ухода за полостью рта на показатели качества лечения больных в отделении реанимации. Были оценены: частота новых эпизодов НПивл, сроки развития пневмонии, количество дней НПивл/100 дней интубации трахеи,

расход антибактериальных препаратов, назначенных по поводу НПивл, длительность ИВЛ, длительность пребывания в ОАР(ИТ), летальность.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе I этапа исследования было заполнено 152 анкеты, из них в 76 анкетах выполнена оценка традиционного метода обработки полости рта, в оставшихся 76 анкетах проведен анализ использования специализированных наборов. Итоги анкетирования среднего медицинского персонала на I этапе исследования представлены на рис. 3–7.

Как видно из рисунка, практически все опрошенные оценили удобство применения специализированных наборов по уходу за полостью рта на отлично и хорошо. Традиционному способу обработки полости рта в 100 % случаев дана удовлетворительная оценка.

Абсолютное большинство медицинских сестёр отметили простоту использования наборов «KimVent».

В 96 % случаев медицинские сестры отметили высокое качество обработки полости рта с помощью специализированных наборов, при этом качество обработки полости рта традиционным способом в 80 % случаев оценено, как



Рис. 2. Специализированные наборы для ухода за полостью рта «KimVent»

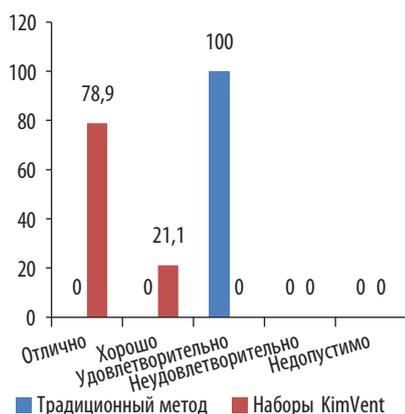


Рис. 3. Оценка удобства применения методов обработки полости рта

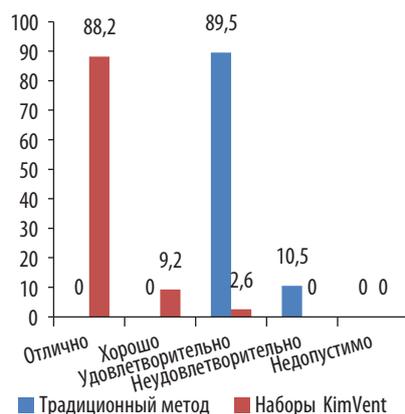


Рис. 4. Оценка простоты использования методов обработки полости рта

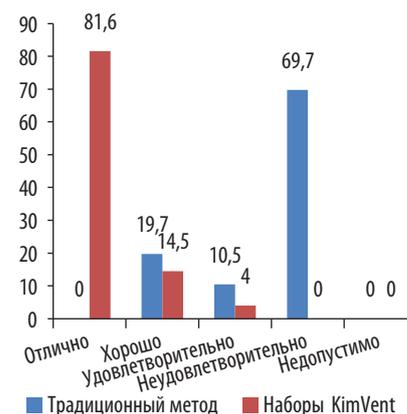


Рис. 5. Оценка качества обработки полости рта

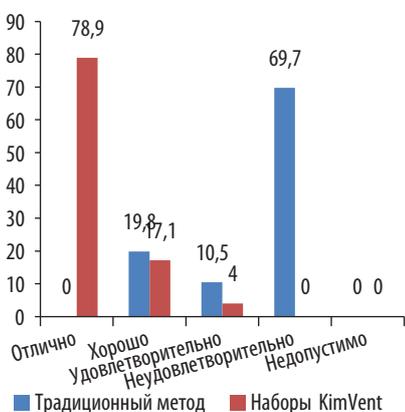


Рис. 6. Оценка травматичности методов обработки полости рта

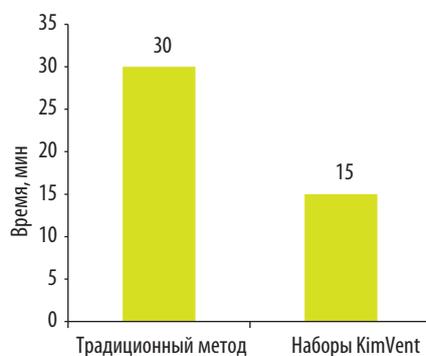


Рис. 7. Время, затраченное на проведение процедуры

удовлетворительное. Как участники оценивали это качество?

Важным моментом, отражающим качество ухода за полостью рта, является риск травматизации слизистой во время манипуляции. В 70 % случаев медицинские сестры отметили высокую травматичность традиционного метода обработки полости рта. При использовании наборов «KimVent» риск травматизации слизистой оказался значительно меньшим. Как медсестры оценивали в анкете травматичность?

Немаловажным является тот факт, что время, затраченное на проведение каждой процедуры обработки полости рта при использовании специализированных наборов, сократилось в среднем на 15 минут. Если учесть, что частота мероприятий по уходу за полостью рта составляет 4 раза в сутки, то у медицинских сестёр в течение суточного дежурства высвобождается 1 свободный час, который они могут посвятить другим, не менее важным делам.

На II этапе исследования группы больных значимо не отличались по полу и возрасту. Главной задачей II этапа исследования являлась оценка влияния различных способов ухода за полостью рта на основные показатели качества лечения больных в отделении реанимации (см. табл.).

Из таблицы видно, что в основной группе частота развития новых случаев НПивл сократилась вдвое, при этом показатель количества дней пневмонии/100 дней интубации снизился в три раза (с 52,4/100 до 18,4/100). Отмечено, что в основной группе развитие пневмонии происходило в более поздние сроки (8,7 против 4,8 суток). Это позволяло многим больным преодолеть наиболее тяжелый период заболевания, потребовавшего проведения ИВЛ, без развития легочной инфекции, что в конечном итоге могло повлиять на прогноз. Обращает на себя внимание, что в основной группе уменьшилась продолжительность ИВЛ в среднем на 4 суток, однако изменения не являются статистически достоверными. Также не произошло достоверного изменения длительности пребывания в ОРИТ, однако в контрольной группе этот показатель был в среднем на 3 суток больше. Самые значимые изменения коснулись показателя летальности

Таблица

Влияние метода обработки полости рта на показатели качества лечения больных на ИВЛ

Признак	Контрольная группа (n=19)	Основная группа (n=21)	Достоверность различий (p)
Частота НПивл, % ($\mu \pm \sigma$)	68,4 \pm 10,6	33,3 \pm 10,3	< 0,05
Сроки развития НПивл*, сут ($\mu \pm \sigma$)	4,8 \pm 2,7	8,7 \pm 2,2	< 0,001
Дней НПивл/100 дней интубации	52,4/100	18,4/100	< 0,05
Количество DDD (дневных доз антибиотика), назначенных по поводу НПивл, всего	256	111	< 0,01
Длительность ИВЛ, М (Q1–Q3)	15 (9,5–18,5)	11 (8–20)	> 0,05
Длительность пребывания в ОРИТ, М (Q1–Q3)	22 (17,5–29,5)	19 (22–28)	> 0,05
Летальность, % ($\mu \pm m$)	47,4 \pm 11,4	14,3 \pm 7,6	< 0,01

* На какие сутки после интубации трахеи развилась НПивл.

в исследуемых группах. Так, в основной группе произошло более чем трехкратное снижение частоты неблагоприятных исходов. Трудно себе представить, чтобы одно лишь применение наборов для ухода за полостью рта могло привести к таким позитивным изменениям. С высокой вероятностью на все эти показатели мог влиять как фактор исходной тяжести основной патологии, так и сам факт участия больного в исследовании. Но необходимо отметить, что в основной группе все 7 больных, у которых развилась НПивл, выжили и были переведены из ОРИТ в профильные отделения, а в контрольной группе из 9 умерших у 6 НПивл могла оказать влияние на развитие неблагоприятного исхода. Если учесть результаты I этапа исследования, где показано значительное улучшение качества обработки полости рта при использовании наборов, мы можем говорить о том, что применение новых технологий элементарного ухода за больным существенно повышает мотивацию медицинских сестер к выполнению этих рутинных манипуляций. Именно это позволило существенно улучшить результаты терапии тяжелой группы больных в ОРИТ и, безусловно, внесло

свой вклад в те позитивные изменения показателей качества лечения, которые представлены в таблице.

При оценке фармакоэкономических показателей необходимо отметить, что применение специальных наборов для ухода за ротовой полостью позволило снизить количество дневных доз антибиотиков, назначенных по поводу НПивл, с 256 до 111. Это касалось всех групп антибиотиков и, в первую очередь, карбепенемов, применение которых сократилось более чем в 5 раз (с 84 до 15,5 DDD) и линезолида (с 73 до 9 DDD). Объемы экономии денежных средств, предназначенных на закупку дорогостоящих антибактериальных препаратов, с избытком хватило бы на обеспечение отделения реанимации специализированным расходным материалом для ухода за полостью рта в течение 2 лет.

Заключение. Хорошо спланированные сестринские исследования позволяют реализовать принципы доказательной медицины в сестринской практике. Они должны стать стандартной составляющей работы лечебных учреждений, которая приведет к улучшению качества обучения медицинского персонала, повышению мотивации медицинских сестер к выполнению мероприятий ухода за больным,

рациональному распределению экономических затрат лечебного учреждения, итогом чего станет повышение качества лечения пациентов. Важно отметить также, что участие в сестринских исследованиях позволяют повысить уровень квалификации медицинских сестер, реализовать творческий и профессиональный потенциал специалистов и способствуют снижению профессионального выгорания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Пивкина А.И., Гусаров В.Г., Животнева И.В., Бодунова Г.Е. Качественный уход за полостью рта у больных на ИВЛ – Пути решения проблемы (сестринское исследование) // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2014. – Т. 9, № 2. – С. 75-78.
2. Пивкина А.И., Гусаров В.Г., Животнева И.В., Бодунова Г.Е., М.Н. Замятин. Сравнение эффективности методов ухода за полостью рта у больных на искусственной вентиляции легких (сестринское исследование) // Вестник интенсивной терапии. – 2015. – № 2. – С 62.
3. Pivkina A.I., Gusarov V.G., Zhivotneva I.V., Bodunova G.E. Oral care in ventilated patient – can we improve it? // Intensive Care Medicine. – Suppl. 1, Vol. 40. – Oct. 2014. – Abstract 0070. – P. 28.

ПНЕВМОНИЯ



4 МИЛЛИОНА

человек ежегодно умирают от пневмонии и инфекций нижних дыхательных путей

2 РЕБЕНКА

в возрасте до 5 лет каждую минуту умирают в мире от пневмонии

Пневмония – лидирующая причина смерти у **САМЫХ МАЛЕНЬКИХ** и **САМЫХ ПОЖИЛЫХ**

99 % случаев смерти приходится на страны с низким и средним уровнем дохода



ЧАСТЫЕ СИМПТОМЫ ПНЕВМОНИИ



- кашель
- одышка
- сердцебиение
- повышение температуры тела
- озноб и потливость
- снижение аппетита, боль в грудной клетке

ПНЕВМОНИЮ МОЖНО ПРЕДОТВРАТИТЬ

- вакцинация
- улучшение социальных условий
- улучшение питания (в т.ч. младенцев)
- отказ от курения
- профилактика и лечение ВИЧ инфекции
- чистота окружающей среды

НИКОГО НЕ ОСТАВИТЬ БЕЗ ВНИМАНИЯ

ЗДОРОВЫЕ ЛЕГКИЕ ДЛЯ ВСЕХ

ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХОГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ОСТЕОПОРОЗОМ



■ Майорова Юлия Геннадьевна
Старшая медицинская сестра
психиатрического сомато-
гериатрического отделения № 14
БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодников»



■ Лудын Татьяна Николаевна
Старшая медицинская сестра ОИОПП
для лиц пожилого возраста БУЗОО
«КПБ им. Н.Н. Солодников», член
специализированной секции Омской
профессиональной сестринской
ассоциации «Сестринское дело
в психиатрии и наркологии»

Травматизм пациентов пожилого и старческого возраста в условиях стационара заслуживает пристального внимания. Учитывая факт старения населения, можно с уверенностью утверждать, что в недалеком будущем в возрастной структуре пациентов будут преобладать лица пожилого возраста. Поэтому риск травматизма в период пребывания пациентов этой возрастной группы в медицинской организации психиатрического профиля не стоит недооценивать.

Согласно статистике падения пациентов в медицинских учреждениях во всем мире составляют 1,9–3 % случаев экстренных госпитализаций [2].

Частота случаев падений среди пожилых людей, находящихся в специализированных учреждениях, намного выше, чем среди людей, проживающих в домашних условиях. Среди пациентов старше 65 лет смертность в результате внутрибольничных падений достигает 33,2 %, в первую очередь из-за переломов шейки бедра и черепно-мозговых травм [2]. Переломы шейки бедра составляют приблизительно 25 % всех переломов и в 95 % случаев происходят в результате падения. Также часто в пожилом возрасте наблюдаются переломы в области запястья, позвоночника, плечевой кости, таза [1].

Факторы риска падения можно разделить на три категории: внутренние, внешние и степень подверженности риску. Следует, однако, иметь в виду, что падения часто обусловлены динамическим взаимодействием рисков всех категорий [1].

Внутренние факторы

- Случаи падения в анамнезе ассоциируются с повышенным риском.
- Возраст. Частота падений увеличивается с возрастом.
- Пол. В менее преклонном возрасте частота падений среди мужчин и женщин одинакова, однако среди весьма престарелых людей женщины падают чаще, чем мужчины, и у них намного выше вероятность возникновения переломов [1].
- Применение лекарственных препаратов, которые увеличивают риск падений. Прием бензодиазепинов в пожилом возрасте ассоциируется с повышением на целых 44 % риска перелома шейки бедра и падений с постели во время сна. Риск падений значительно возрастает при приеме снотворных, седативных, транквилизаторов, антидепрессантов, антипсихотических препаратов; слабительных, диуретиков, антиаритмических препаратов класса 1а, блокаторов кальцие-

вых каналов и др. Значительное повышение риска падений при одновременном назначении более четырех различных препаратов вне зависимости от их типа было продемонстрировано всеми относящимися к данному вопросу исследованиями. Параллельное применение четырех или более препаратов ассоциируется также с девятикратным повышением риска нарушений когнитивных функций и развитием страха падения [1].

- Нарушение здоровья: сердечно-сосудистые расстройства, хронические обструктивные заболевания легких, опорно-двигательного аппарата, депрессия – каждое из этих состояний ассоциируется с повышением риска на 32 %. Распространенность случаев падений растет по мере увеличения бремени хронических заболеваний [1]. Ведущую роль играет остеопороз. Все сенильные переломы или «низкоэнергетические» переломы происходят на фоне остеопороза. Большинство выявленных с остеопорозом – это женщины 60–70 лет. Более трети всех женщин однократно в течение жизни переносят костный перелом, обусловленный остеопорозом. В мужской популяции остеопороз также диагностируется, но в меньшей степени, лишь по причине того, что продолжительность жизни мужчин меньше на 10–11 лет.
- Нарушения двигательных функций, походки.
- Малоподвижный образ жизни. Люди с пониженным уровнем активности падают чаще, чем проявляющие умеренную или высокую активность в безопасных условиях.
- Психологическое состояние – боязнь упасть. Снижение физической и функциональной активности ассоциируется с тревогой и страхом падения.

- Нарушение питания: низкий индекс массы тела, недостаточность витамина D, кальция у пожилых может вызывать нарушения походки, мышечную слабость, остеопороз и остеопороз [1].
- Когнитивные нарушения четко ассоциируются с повышением риска, даже при относительно незначительной их выраженности (не достигающей уровня глубокой деменции). В домах престарелых лица с диагностированной деменцией падают в два раза чаще по сравнению теми, у кого когнитивные функции не нарушены [1].
- Нарушения зрения.
- Патология стопы.

Внешние факторы

- Дефекты окружающей среды (плохое освещение, скользкие и неровные полы, наличие порогов, отсутствие поручней и т. п.).
- Характер обуви и одежды.
- Неподходящие вспомогательные средства и приспособления для ходьбы.

Степень подверженности риску

В некоторых работах выявлена U-образная зависимость, то есть наиболее и наименее активные люди подвержены максимальному риску падений. Это свидетельствует о сложном характере связей между падениями, уровнем активности и риском [1].

С целью изучения проблемы травматизма пациентов старшей возрастной группы в БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» был проведен анализ травм за 2016–2018 гг. В поле анализа были включены девятнадцать стационарных структурных подразделений с круглосуточным пребыванием пациентов, из них два психиатрических соматогериатрических отделения. Необходимым условием выполнения настоящей работы стал возраст пациентов, для мужчин – 65 лет и старше, для женщин – 55 лет и старше. Также для анализа учитывались следующие данные: пол пациента, характер травмы, причина и механизм получения травмы (перелома), исход травмы (перелома) для пациента, структурное подразделение.

Основными источниками получения данных по травматизму пациентов стали приказы главного врача БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» о назначении комиссии, для выяснения всех обстоя-

тельств получения пациентами травм в структурных подразделениях КПБ, а также медицинская документация, в частности медицинская карта стационарного больного. В структуре травматизма аналитический интерес представляли переломы как наиболее серьезные травмы по своим последствиям для здоровья и жизни пожилых пациентов.

Результаты анализа

Было исследовано 75 пациентов с различными переломами за период с 2016 по 2018 гг. Из них на долю пациентов старшей возрастной группы приходится 40–74 % всех травм с переломом. Динамика по переломам у пациентов пожилого возраста за три года показана на рис. 1.

В общей структуре травматизма на долю пациентов старшей возрастной группы приходится 40–74 % всех травм с переломом. При этом количество женщин стабильно преобладает в течение 3 лет и составило 89 % (рис. 2).

Большинство переломов зафиксировано у геронтологических пациентов в возрасте 76–85 лет – 14 случаев; в возрасте 55–65 лет – 11 случаев. В возрастной категории старше 87 лет присутствуют только женщины, так как мужчины попросту не доживают до преклонного возраста (рис. 3).

В структуре травм среди лиц пожилого и старческого возраста преобладают переломы бедра 51 % (в том числе перелом шейки бедра), на втором месте повреждения костей верхних конечностей – 30 %. Среди зарегистрированных пациентов имеется одна пожилая женщина, которая в течение года перенесла два перелома. Такие повторные переломы случаются на фоне выраженного остеопороза. Подробная структура по переломам представлена в табл. 1.

Интересными оказались результаты распределения травм по стационарным отделениям (рис. 4).

Среди всех переломов у пожилых 40,5 % приходится на психосоматогериатрические отделения и 59,5 % на общепсихиатрические. Таким образом, уровень травматизма с серьезными последствиями в негериатрических отделениях достаточно высокий и обусловлен пребыванием в них большого количества пациентов старшего возраста. Большинство переломов пациенты получают в результате падения

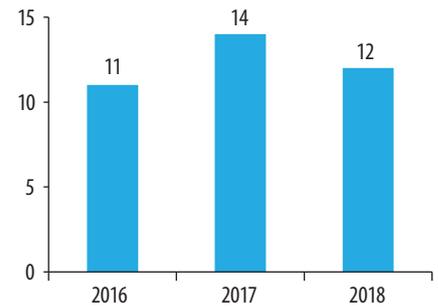


Рис. 1. Динамика травматизма у пациентов пожилого возраста в БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» за 2016–2018 гг.

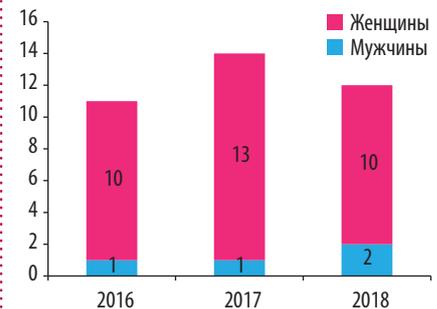


Рис. 2. Распределение травм (переломов) между мужчинами и женщинами за 2016–2018 гг., кол. чел., %



Рис. 3. Распределение пожилых пациентов с травмой (переломом) по возрастным группам

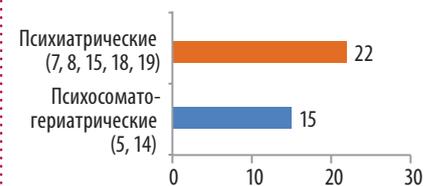


Рис. 4. Распределение травм (переломов) по структурным подразделениям КПБ

(подскользнулись, запнулись о собственные тапочки, ножку стула, кровати, резко встали и т. д.).

Что касается исхода травм для пациентов, то ситуация следующая: рековалесцентны – 41 %, это пациенты с переломом верхних конечностей; пациенты, самостоятельность которых ограничена, но они могут передвигаться с помощью ходунков – 5 %, в пределах кровати – 24 % и пациенты, которые после перелома перешли в категорию «лежа-

Таблица 1

Структура травм геронтологических пациентов

№ п/п	Тип перелома	Количество случаев	
		Абсолютное число	%
1	Перелом бедренной кости	7	19
2	Перелом шейки бедренной кости	12	32,3
3	Перелом костей голени	1	2,7
4	Перелом плюсневой кости	1	2,7
5	Перелом костей таза	1	2,7
6	Перелом ключицы	1	2,7
7	Перелом лицевых костей (верхней челюстной пазухи, костей носа)	3	8,1
8	Перелом плечевой кости	3	8,1
9	Перелом костей предплечья (лучевой, локтевой)	7	19
10	Перелом кисти	1	2,7
Всего		37	100

в туалет, столовую; помощь при осуществлении гигиенических мероприятий; рациональная расстановка персонала для наблюдения за пациентами).

Обучение персонала правилам реагирования на факт падения. Госпитализация пациента с переломом должна быть в течение первого часа после травмы. Адекватная, правильная и своевременная иммобилизация пациентов с переломами в 90 % случаев дает благоприятный исход.

Включить в программу образования медицинского персонала тему «Профилактика падений».

Обучение пациентов принципам безопасного поведения с учетом интеллектуально-мнестических функций пациента и его психического статуса.

Обучение родственников методам профилактики травматизма в домашних условиях. Разработка наглядных материалов, которые делают информацию более доступной. Следует обращать внимание родственников и пациентов на диагностику, лечение и профилактику остеопороза. В Омске организован Центр профилактики повторных переломов (ЦППП) на базе Медико-хирургического медицинского центра Министерства здравоохранения Омской области. В ЦППП пожилые люди могут не только пройти диагностику и лечение остеопороза, но и посещать занятия в Школе профилактики повторных переломов.

Таким образом, внедрение мероприятий по профилактике падений позволит больнице сократить длительность госпитализации пациента, сократить расходы и повысить качество медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад ВОЗ «Проблема падения среди пожилых людей: что можно считать основными факторами риска и наиболее эффективными профилактическими мерами?». Март, 2004.
2. Журнал для руководителей среднего медперсонала ЛПУ // Главная медицинская сестра № 7. – 2015.
3. Материалы межрегиональной научно-образовательной и практической конференции «Современный взгляд на остеопороз: диагностика, лечение, профилактика. Перспективы развития центров профилактики повторных переломов в РФ и Омской области». Омск, 2018.
4. <https://cyberleninka.ru>
5. <https://dzhmao.ru>

чих» и в дальнейшем умерли – 30 %. Очевидно, что перелом шейки бедра является основным фактором утяжеления соматического состояния и летальности пожилых пациентов.

Таким образом, результаты анализа травматизма у пациентов старшей возрастной группы в психиатрическом стационаре показали необходимость разработки и внедрения эффективных мер по профилактике травматизма, в частности переломов. Эти мероприятия должны быть комплексными, и в то же время проводиться с учетом индивидуальности пациента.

Обеспечение безопасной внутрибольничной среды и снижение внешних факторов риска

Необходимо проведение инженерно-технических работ по устранению потенциальных опасностей для пожилых пациентов в стационаре. В нашей больнице такие работы были проведены в рамках программы по доступной среде для маломобильных групп населения, но пока только частично в психиатрических соматогериатрических отделениях. Так, были установлены поручни в коридорах, душевой комнате, туалете; убраны пороги в палатах, созданы условия для удобного и безопасного подъезда пожилых на кресле-коляске в душевую, туалет. В гериатрических отделениях в достаточном количестве имеются инвалидные кресла-коляски, вспомогательные устройства опоры (ходунки, трости), что значительно облегчает передвижение пациентов преклонного возраста; имеются функциональные кровати с боковыми ограничителями; в отношении пожи-

лых пациентов с деменцией применяется фиксация с помощью пояса «Пози». Такая мера, несомненно, требует от персонала повышенного наблюдения за пациентами, но позволяет пожилым проявлять некоторую двигательную активность в пределах кровати, кресла без риска падения. Во всех отделениях используется ночное освещение палат. Актуально использование эргономичной мебели, кроватей с регулируемой высотой, защитных заслонов/ограждений. Общепсихиатрические подразделения больницы также нуждаются в инженерно-техническом и материальном обеспечении по безопасной среде в связи с высоким уровнем серьезной травматизации пожилых пациентов в этих отделениях.

Обучение персонала профилактике падений и оказание помощи при них

Падение пациентов не является исключительно проблемой медицинских сестер, но именно ей принадлежит ведущая роль в обеспечении безопасности пациентов высокого риска падений.

Первым шагом в профилактике падений и переломов является проведение сестринским персоналом первичной и последующей оценки риска падений и ведение соответствующей документации.

Создание безопасного окружения для пациентов (контролировать общее состояние пациента с учетом получаемой фармакотерапии; контролировать состояние полов в отделении, достаточности освещения, положения в кровати, ношение удобной одежды и обуви; сопровождения пожилых

Современный подход к стерилизации изделий медицинского назначения

ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
СОВРЕМЕННЫХ УПАКОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ



■ Кожура Ирина Геннадьевна
Старшая медицинская сестра
Централизованного
стерилизационного отделения ФГБУ
«Федеральный центр сердечно-
сосудистой хирургии» МЗ РФ
(г. Красноярск), Россия

Упаковкой человечество пользуется с давних времен – во все времена были товары, которые нужно было переносить и сохранять. Это является основной функцией любой упаковки – сохранять и оберегать содержимое от влияния внешней среды.

Страницы истории

В 1861 году Луи Пастер предложил свой прием пастеризации. Это дает толчок к развитию стерилизации.

1881 год – Р. Кох и Ф. Эсмарх разработали метод стерилизации «текучим паром».

С развитием стерилизации появилась потребность в специальных условиях хранения и транспортировки стерильного материала.

В 1890 году хирург К. Шimmelбуш сконструировал стерилизатор для кипячения инструментов, в дальнейшем

его изобретение трансформировалось в бикс Шimmelбуша. В начале 1900-х, отвечая на потребности военных госпиталей и медицинских пунктов, в Германии стали изготавливать первые хромированные контейнеры для безопасной транспортировки стерильных инструментов. В 1930-х годах в контейнерах начали использовать текстильные фильтры и вскоре текстиль стали использовать в виде упаковки для стерилизации.

В конце 1950-х годов появляется одноразовая упаковка – в виде крепированной бумаги. В 1960-х годах появились термосвариваемые пакеты, в 1970-х годах – нетканый материал.

Выбор упаковочных материалов

В настоящее время на рынке достаточно большой выбор и ассортимент упаковочных материалов. Какую упаковку выбрать?

Отвечая на этот вопрос, мы обращаемся к нормативным документам:

СанПиН 2.1.3.2630–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»;

МУ 287–113 «Методические указания по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения»;

ГОСТ ИСО 11607–1–2018 «Упаковка для медицинских изделий, подлежащих финишной стерилизации», часть 1. Требования к материалам, барьерным системам для стерилизации и упаковочным системам;

ГОСТ ИСО 11607–2–2018 «Упаковка для медицинских изделий, подлежащих финишной стерилизации», часть 2. Требования к валидации процессов формирования, герметизации и сборки;

ГОСТ Р 58162–2018 «Упаковка для медицинских изделий, подлежащих финишной стерилизации», руководство по применению ИСО 11607–1 и 11607–2.

Инструкции предприятий производителей упаковки и другие нормативные документы.

ГОСТы 11607 устанавливают требования к упаковочным материалам, барьерным и упаковочным системам для стерилизации, включая аттестацию и оценку этих конструкций. Оба документа устанавливают требования к валидации процесса упаковки, представляют стандарты для обеспечения защиты медицинских изделий, возможности стерилизации, поддержания целостности стерильной упаковки и демонстрации асептики. В них даются указания для оценки, выбора и использования упаковочных материалов, предварительно сформированных барьерных систем для стерилизации, барьерных систем для стерилизации, упаковочных систем. Область применения стандартов распространяется на учреждения здравоохранения и промышленные предприятия, где медицинские изделия упаковывают и стерилизуют. ГОСТ 58162 является руководством по применению ГОСТов 11607 и применяется для луч-

шего понимания требований и иллюстрации ряда методов и подходов, используемых для удовлетворения требований этих стандартов. Эти ГОСТы являются рекомендательными документами.

В ГОСТах даются определения таких понятий, как, например:

- стерилизационная упаковка (конечная упаковка) (final package): первичное защитное устройство, в котором производится финишная стерилизация медицинских изделий (не включающее в себя коробки для хранения и контейнеры для перевозки), защищающее содержимое до заданного уровня защиты в течение всего срока годности (т. е. создающее защиту от физического, микробного или химического воздействия);

- медицинское изделие (medical device): инструмент, аппарат, приспособление, материал, используемые отдельно или с другими изделиями, включая необходимое программное обеспечение, предназначенные для людей в целях:

- диагностики, профилактики, наблюдения, лечения или облегчения болезни;
- диагностики, наблюдения, лечения, облегчения или компенсации при травмах или инвалидности;
- исследования, замещения или изменения анатомии или физиологического процесса;
- контроля зачатия, основное предполагаемое действие которого снаружи или внутри тела человека достигается без применения фармакологических, иммунологических или метаболитических средств, но которые могут применяться совместно с такими средствами;

- упаковочная система (packaging system): сочетание барьерных систем для стерилизации (системы защиты стерильности) и защитной упаковки;

- барьерная система для стерилизации (СБС) системы защиты стерильности (sterile barrier system SBS): минимальная упаковка, которая защищает от проникновения микроорганизмов и позволяет извлечь продукт асептическим способом в момент использования;

- защитная упаковка (protective packaging): комбинация материалов,

предназначенная для предотвращения повреждения барьерной системы для стерилизации и ее содержимого, в сборе до момента использования;

- предварительно сформированная барьерная система для стерилизации (preformed sterile barrier system): барьерная система для стерилизации, которая поставляется частично собранной для наполнения и окончательного закрытия или склеивания;

- система маркировки (labeling system): совокупность маркировки на упаковке и любой прилагаемой информации по применению, находящейся внутри или в контакте с конечной упаковкой;

- продукт/продукция (product): медицинское изделие и/или дополнительные компоненты в сочетании с конечной упаковкой;

- микробный барьер (microbial barrier): свойство упаковочной системы предотвращать при заданных условиях проникновение микроорганизмов;

- потребитель (user): физическое или юридическое лицо (индивидуальное или организация), ответственное за использование продукции;

- изготовитель (producer): физическое или юридическое лицо (индивидуальное или организация), ответственное за изготовление упаковочного материала и/или способ упаковывания;

- производитель (manufacturer): физическое или юридическое лицо (индивидуальное или организация), ответственное за упаковывание и/или стерилизацию медицинского изделия, и другие термины и определения.

Кроме определений и понятий эти ГОСТы содержат основные требования, применяемые ко всем упаковочным

материалам. Упаковочные материалы должны быть:

- изготовлены из известных и прослеживаемых материалов с помощью технологий, соответствующих требованиям ИСО 11607–1;

- нетоксичными;
- иметь документальное свидетельство, подтверждающее, что они предотвращают проникновение микробов с демонстрацией в условиях испытания, учитывая процесс стерилизации, обращение, распределение, транспортирование и хранение;

- обладать продемонстрированной способностью соответствовать требуемым физическим свойствам для материалов и закрытий (например, масса и сорт, ширина и прочность клеевого соединения), устойчивостью к разрывам и проколам, обеспечить плавное и равномерное вскрытие или снятие оболочки без отдираания слоев;

- совместимы с предполагаемым процессом стерилизации и параметрами, обеспечивающими изготовление стерильного медицинского изделия;

- совместимы с системой этикетирования, если таковая используется; на этикетке должна использоваться светостойкая прочная типографская краска, которая не разлагается, не обесцвечивается и текст не теряет четкости после воздействия предполагаемого процесса стерилизации;

- защищены от влияния условий окружающей среды (например, относительной влажности, прямого солнечного света или флуоресцентного света, температуры) во время хранения;

- позволять извлечение содержимого асептическим способом.

Упаковка для стерилизации может быть:

Таблица 1

НАИМЕНОВАНИЕ УПАКОВКИ	МЕТОД СТЕРИЛИЗАЦИИ
Комбинированная упаковка пленка + бумага	ПАР, ГАЗ (ЭО, ФО)
Комбинированная упаковка пленка + нетканый материал	ПАР, ГАЗ (ЭО, ФО) + устойчивость к спиртам
Комбинированная упаковка пленка + нетканый материал Тайвек	H ₂ O ₂ , ГАЗ (ЭО, ФО), РАД
Бумага листовая, бумажные пакеты	ПАР, ГАЗ (ЭО, ФО)
Нетканый материал	ПАР, ГАЗ (ЭО, ФО), РАД
Материал СМС	ПАР, ГАЗ (ЭО, ФО), H ₂ O ₂
Материал СМС	ПАР
Полиамидные упаковочные материалы	ВОЗД
Полимерные материалы	ВОЗД

- жесткой и мягкой;
- одноразовой и многоразовой;
- пакеты, рулоны, обертка;
- термосвариваемой и сомозаклеивающейся;
- пакеты и рулоны, пакеты могут быть бумажные и комбинированные, со складкой и плоские;
- производится из разного сырья полимерная пленка, бумага, нетканый материал Тайвек;
- соответствовать разным методам стерилизации (табл. 1).

Барьерные системы для стерилизации по ГОСТу могут производиться с использованием (в основном, но этим не ограничиваясь) следующих концепций:

- склеиваемые пакеты и рулоны; и/или
- стерилизационная обертка; и/или
- в случае использования в качестве обертки для стерилизации ткани многократного применения, существуют дополнительные требования, чтобы обеспечить пригодность обертки перед каждым использованием (ISO 11607-1:2006 пункты 5.1.11 и 5.1.12);
- контейнер многократного применения (многоразовая упаковка, жесткая упаковка).

Проблема выбора

Выбор компонентов упаковки будет зависеть от риска, связанного с медицинским изделием, условий его использования, требований к хранению и транспортированию и медицинских услуг, предоставляемых в медицинском учреждении. Медицинскому учреждению следует проанализировать эти риски и разработать процедуры по их снижению и контролю. Чтобы выбрать наиболее подходящий материал для стерильной барьерной системы или упаковочной системы, следует учитывать:

- продолжительность и условия хранения, которые могут повлиять на тип требуемой барьерной системы для стерилизации;
- размер, массу и форму стерилизуемого изделия;
- при использовании множества типов компонентов важно подтвердить их совместимость друг с другом, а также с содержащимся внутри про-



дуктом и предполагаемым процессом стерилизации;

- средства и условия транспортирования.

В настоящее время на рынке разнообразный ассортимент упаковки. Все виды упаковки для финишной стерилизации или предварительно сформированные барьерные системы для стерилизации хороши по своему и каждый вид имеет свои преимущества и недостатки. Выбор той или иной упаковки медицинским учреждением в большей степени обусловлен методами стерилизации, которые используются в данном конкретном учреждении, технологией дальнейшего использования инструмента или набора инструментов и финансовых возможностей. Перед приобретением одноразовой упаковки или контейнеров многократного использования необходимо тщательно ознакомиться с документацией: регистрационное удостоверение, инструкция по применению для того, чтобы параметры упаковки соответствовали требованиям и возможностям медицинского учреждения. (Пример: комбинированные пакеты и рулоны с материалом Тайвек нельзя стерилизовать паровым способом, так как материал начинает плавиться при 124 °С или при выборе контейнеров необходимо, чтобы они использовались не только для стерилизации медицинских изделий, но и для транспортировки как

простерилизованных медицинских изделий к месту использования, так и использованного инструментария к месту обработки). Какую бы упаковку не выбрало медицинское учреждение, нужно обязательно предусмотреть:

- совместимость упаковки: с методом стерилизации, с медицинским изделием, сопутствующими компонентами (индикаторы, оборудование, условия хранения, транспортировки);
- идентификацию: визуальную, утвержденные списки наборов, этикетирование (оно может быть как ручным с содержанием минимального набора информации, так и аппаратным с полным набором информации о медицинском изделии).

Ярлыки, этикетки и сопутствующие материалы: индикаторы, клеящая основа на этикетках, краска, чернила, маркеры, оборудование для наклеивания должно быть совместимо с методом стерилизации, медицинским изделием, упаковочным материалом);

- сопутствующие и вспомогательные изделия и оборудование. К ним относятся органайзеры, сетки, кассеты и различные крепления для рационального, бережного размещения и укладки хирургического инструментария, карманы для острых и колющих предметов, силиконовые защитные наконечники, колпачки, запасные фильтры для контейнеров, индикаторы повреждения или несанкционирован-

ного вскрытия, скотч, защитная упаковка в случае длительного хранения или при условиях сложной транспортировки до места использования. Спачное оборудование, пылевлагоднепроницаемые тележки для транспортировки, стеллажи и шкафы для хранения и др.;

- разработка и утверждение SOP. В рамках внедрения системы качества ГОСТ 9001 медицинское учреждение на основании инструкций производителей упаковки, медицинских изделий и используемого оборудования разрабатывает и внедряет в работу стандартные операционные процедуры по правилам выбора упаковки, подготовки медицинских изделий к упаковке, правилам укладки и размещения медицинских изделий в упаковке, правилам загрузки и размещения упаковок в стерилизаторе, стерилизации, хранения, транспортировки, дезинфекции (контейнера многократного применения) и контроля целостности и исправности, техники извлечения медицинского изделия из упаковки, валидации и аттестации всех процессов упаковки и работы оборудования. Для удобства разработки SOP можно использовать как готовые инструкции производителей упаковки и оборудования с подробным описанием процессов, так и графические для наглядной демонстрации. Необходимо разработать планы и документацию для аттестации, валидации термосвариваемого оборудования и процессов упаковывания (склеивания, обертывания, работы с контейнерами). Примеры планов, руководств, проведения анализа работы оборудования, составления протоколов, контрольных листов, чек-листов, бланков можно найти в приложении к ГОСТам 11607-1-2018, 11607-2-2018, 58162-2018 или разработать самим;

- обязательное обучение персонала стерилизационного отделения, операционного отделения, клинических подразделений по разработанным стандартным операционным процедурам.

Внедрение и использование современных упаковочных материалов в практику медицинских учреждений может гарантировать стерильность медицинских изделий и тем самым повышает надежность оказываемых медицинских услуг.

Интегрирующий индикатор 5 класса для паровой и воздушной стерилизации – осознанный выбор ЛПО!

■ **Болашвили Э.Д.**
Генеральный директор
ООО «Компания «ТерраМед»

Единый перечень только наименований индикаторов стерилизации, существующих на текущий момент в России, составляет, наверное, целый лист. Как не запутаться в выборе из такого многообразия при относительно небольшом количестве отечественных производителей данной продукции? Как легко и быстро определить подходящие индикаторы для используемых режимов стерилизации; разобраться, что в каждом конкретном случае может считаться аналогом? В данной статье мы разберем деление индикаторов по группам и приведем основные особенности каждой группы. Надеемся, что это облегчит выбор и принятие решения персоналу, использующему индикаторы в своей работе и осуществляющему их закупки. Также мы расскажем об инновационном интегрирующем индикаторе, разработанном с заботой о его потребителях, обладающем целым рядом удобств, позволяющих свести к минимуму процесс выбора индикаторов из всего их многообразия.

Самой первоначальной и наиболее простой является группировка всех методов стерилизации, используемых в учреждении. В преобладающем большинстве случаев в больницах и клиниках используется паровой и воздушный методы стерилизации. Газовая и радиационная стерилизации чаще используются в качестве промышленной стерилизации, стерилизация парами перекиси водорода еще не сильно распространена в России из-за существенной дороговизны оборудования, однако эти методы стерили-

зации также встречаются в медицинских учреждениях. Мы сознательно указали простоту выбора индикаторов в зависимости от методов используемой стерилизации, поскольку на текущий момент потребителям предлагаются индикаторы различных классов, совмещающие в себе оба наиболее распространенных метода непромышленной стерилизации (паровой и воздушный). Интегрирующий индикатор контроля процесса паровой и воздушной стерилизации 5 класса, о котором мы расскажем в нашей статье, является представителем таких «совмещенных» индикаторов.

Некоторые производители дополнительно разделяют свои индикаторы для паровой стерилизации на «гравитационные» (к сожалению, несмотря на моральное устаревание этой технологии удаления воздуха, «гравитационные» стерилизаторы еще используются в России) и «форвакуумные» – по принципу работы стерилизатора. Но в то же время существуют и единые индикаторы, которые можно применять в обоих видах паровой стерилизации. Это относится к индикаторам, контролирующим не конкретный режим работы стерилизаторов, а режим достижения уровня обеспечения стерильности 10^{-6} вне зависимости от типа стерилизатора – о чем мы также поясним в нашей статье.

Следующий уровень деления индикаторов стерилизации производится по классам в соответствии со стандартом ГОСТ ISO 11140-1. В большинстве случаев индикаторы используются персоналом для контроля полноты и качества проведения конкретных циклов стерилизации. А значит, вам понадобятся индикаторы 4–6-х классов. Кратко, принципиальные отличия между указанными классами заключаются в том, что:

Интегрирующий индикатор для контроля процесса паровой и воздушной стерилизации 5 класса

ОСОЗНАННЫЙ ВЫБОР



ИНТЕГРИРУЮЩИЙ ИНДИКАТОР ДЛЯ КОНТРОЛЯ ПРОЦЕССА ПАРОВОЙ И ВОЗДУШНОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ 5 КЛАССА:

- ◆ является интегрирующим индикатором и применяется во всех режимах паровой и всех режимах воздушной стерилизации;
- ◆ поставляется производителем уже в нарезанном виде, что очень сильно экономит время медицинского персонала при подготовке процесса стерилизации;
- ◆ индикаторная метка сделана водонерастворимыми чернилами – индикатор не боится заморозки при транспортировке и хранении в зимний период;
- ◆ индикаторная метка в процессе производства не покрывается ни лаком, ни пленкой, чтобы ничто не оказывало влияния на точность срабатывания в стерилизационном цикле;
- ◆ яркий и очень контрастный переход индикаторной метки от исходного цвета к результирующему – в процессе стерилизации цвет меняется от винно-красного до зеленого.

ООО Компания «ТерраМед»

141400, Московская область, г. Химки, ул. Московская, д. 14, пом. 001

Тел.: +7(499) 391-66-45. E-mail: info@medterra.ru

- индикаторы 4 класса предназначены для контроля одного (или нескольких, конкретных, перечисленных производителем) режима;
- индикаторы 5 класса позволяют контролировать достижение параметров цикла стерилизации на всех режимах. Их характеристики выбираются так, «чтобы быть равными или превосходить характеристики биологических индикаторов»;
- индикаторы 6 класса предназначены для контроля специальных стерилизационных режимов (например, «прионного» режима).

Немного подробнее хотелось бы остановиться в нашей статье на принципах выбора режимов работы индикаторов и в этой связи обратить внимание на индикаторы 5 класса.

В стерилизационных режимах установлены определенные минимальные условия температуры и времени, необходимые для инактивации популяции микроорганизмов (для распространенных режимов паровых стерилизаторов они определены стандартами ГОСТ Р ИСО 13683–2000, ГОСТ Р 51935–2002 в значениях: «121 °С, 15 минут», «126 °С, 10 минут», «134 °С, 3 минуты»).

«Эти условия необходимо обеспечить независимо от применяемого режима, типа парового стерилизатора, типа стерилизуемого изделия медицинского назначения. Соблюдение требований позволяет достичь уровня обеспечения стерильности (УОС) не ниже 10^{-6} , т. е. при этом имеется вероятность нестерильности одного изделия из миллиона простерилизованных.

Занижение температуры или времени воздействия насыщенного пара с заданной температурой (121 °С, 126 °С или 134 °С) приводит к увеличению вероятности появления нестерильного изделия. В то же время завышение этих значений приводит к повышению уровня стерильности, но достижение завышенных условий требует дополнительных затрат, что экономически не обоснованно» (С.М. Савенко, В.П. Буренков, ЦСО ФГУ КБ УД Президента РФ; ФГУ «ВНИИИМТ», Москва, «Дезинфекционное дело», № 4, 2005 г.).

Таким образом, индикаторы, настроенные на условия температуры и времени, максимально приближенные к УОС, начинают контролировать

не конкретные режимы работы стерилизатора, а создание стерилизатором условий прохождения уровня обеспечения стерильности. Именно по этой причине индикаторы 5 класса зачастую устанавливаются производителями, как индикаторы, доступные для использования во всех разрешенных режимах стерилизации (за исключением специальных стерилизационных режимов).

Завершающий критерий для выбора индикаторов – метод закладки. Индикаторы делятся на:

- внешние (закладываемые в контрольные точки стерилизаторов);
- внутренние (закладываемые внутрь индивидуальных упаковок, биксов и пр.);
- универсальные – могут закладываться как в контрольные точки стерилизатора, так и внутрь упаковок со стерилизуемыми мед. изделиями.

По такой структуризации выбор индикаторов для больницы, применяющей два режима паровой стерилизации 121/20 и 134/5, может сводиться к следующим примерам:

- ПАР 4 класс 121/20 внутренний;
 - ПАР 4 класс 121/20 наружный;
 - ПАР 4 класс 134/5 внутренний;
 - ПАР 4 класс 134/4 наружный;
- или
- ПАР 5 класс универсальный.

Интегрирующий индикатор для контроля процесса паровой и воздушной стерилизации 5 класса

Хотелось бы рассказать об уникальном индикаторе, который с недавнего времени стал производиться и в России. Специалистами нашей компании на протяжении многих лет проводился обзор и анализ передовых мировых технологий в области производства индикаторов стерилизации. Ключевое внимание уделялось отзывам и пожеланиям людей, непосредственно применяющих индикаторы в повседневной деятельности. И теперь с гордостью за продукт мы можем представить интегрирующий индикатор для контроля процесса паровой и воздушной стерилизации 5 класса. Индикатор является маркером полноты и качества стерилизации всех режимов паровой и всех режимов воздушной стерилизации

(за исключением специальных режимов, для которых используются индикаторы 6 класса) как в контрольных точках стерилизаторов, так и внутри упаковок. Такая сверх универсальность, возможность применения как в паровом, так и в воздушном методах стерилизации открывает новое поколение индикаторов. Но на этом удобства представляемого нами продукта только начинаются:

- индикаторы поставляются производителем уже в нарезанном виде(!), что очень сильно экономит время медицинского персонала при подготовке процесса стерилизации;
- индикаторная метка сделана водонерастворимыми чернилами – индикатор не боится заморозки при транспортировке и хранении в зимний период, не боится намочить (конечно, специально мочить его не нужно, так как в этом случае бумажная основа немного потеряет свой эстетический вид);
- индикаторная метка в процессе производства не покрывается ни лаком, ни пленкой, чтобы ничто не оказывало влияния на точность срабатывания в стерилизационном цикле.

Также хотелось бы отметить яркость и контрастность исходного и результирующего цветов индикаторной метки – в процессе стерилизации цвет меняется от винно-красного до зеленого. Мы слышали много просьб произвести индикатор, как говорили наши дорогие медсестры, более «глазастым», и постарались выбрать цвета, находящиеся максимально далеко друг от друга на цветовом круге.

Приобрести данный индикатор можно у дистрибьютора – компании «Альянс» (ООО «Альянс», Московская область, Химки, ул. Бабакина, 5А; info@al-ds.com; 8(499) 136-02-77) либо у официальных дилеров в вашем регионе.

Справедливости ради стоит отметить, что в данной статье мы не рассматривали индикаторы стерилизации, которые производятся не в соответствии с ГОСТ ISO 11140–1 или не имеют регистрационного удостоверения, для получения которого необходимо пройти технические, токсикологические и клинические испытания в аккредитованных лабораториях.

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.



СХЕМА РОТАЦИИ ПЕДИКУЛИЦИДОВ



Ученые доказали, что при длительном применении одного и того же противопедикулезного средства, у популяции вшей формируется к нему резистентность (невосприимчивость). Рекомендуется один раз в полгода менять средство для лечения головного и лобкового педикулеза, обработки помещения от вшей, обработки нательного и постельного белья от платяного педикулеза, на препарат, где в основе другое действующее вещество (с другим механизмом действия).

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



WWW.MEDILIS.RU