

сти, таких высказываний, как: «Я не знал», «Я не слышал», «Врач мне не сказал».

В заключение считаю важным отметить, что, несмотря на возможные трудности в работе медицинского коллектива, на количество негативных факторов, влияющих на исполнение сотрудни-

ками трудовых обязанностей, – долг медицинской сестры оставаться профессионалом, человеком, готовым на самопожертвование. Мы никогда не должны отдавать предпочтение своему комфорту в ущерб здоровью пациента.

На мой взгляд, люди, которые пришли в медицину, имеют особенные душевные качества, позволяющие пренебречь собой во благо другого человека. Наша работа во все времена, при любых условиях носила печать жертвенности во благо другого человека. «Сестры милосердия», так всегда нас называли. И неспроста, – примеров тому не перечислить. Конечно, это не дает оснований использовать наш труд, наши душевные качества пренебрежительно и расточительно. Необходимо сохранять статус нашей профессии, повышать авторитет медицинских сестер среди населения, пропагандировать значимость нашего труда

среди молодежи, достойно его оплачивать, тем самым повышая спрос на выбор медицинской деятельности на рынке труда.

Убрать из речи населения и средств массовой информации понятие «медицинские услуги»! Мы не оказываем услуги, но мы исполняем долг, оказываем *медицинскую помощь*! Несем ответственность за здоровье конкретного человека, соблюдаем завет: «Не навреди!» Свою статью хочу завершить высказыванием Кристи Уотсон<sup>2</sup>, британского писателя и в прошлом медицинской сестры: «Доброта, эмпатия, сочувствие и помощь в сохранении чувства собственного достоинства – вот качества хорошей медицинской сестры».

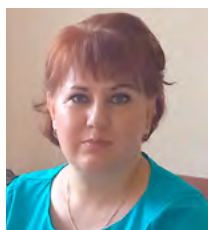
<sup>2</sup> Уотсон К. Язык милосердия. Воспоминания медицинской сестры. М., 2018.



## Развитие окулопластической и реконструктивной хирургии в офтальмологическом отделении

### ГАУЗ «Брянская областная больница № 1»

■ Ольга Евгеньевна БУЛАТКИНА



Старшая медицинская сестра консультативной поликлиники ГАУЗ «Брянская областная больница № 1»

Окулопластическая и реконструктивная хирургия – это специализированная отрасль офтальмологии по восстановлению формы и функции век, орбиты и слезного аппарата. Врачи офтальмологического отделения Брянской областной больницы № 1 владеют большинством современных методик в данной сфере и эффективно применяют их на практике. Доля окулопластических операций невелика,

но стабильна и составляет в среднем 5–8% от общего числа операций.

При тяжелых патологиях глазного яблока, когда невозможно его сохранение в качестве анатомического и косметического органа, прибегают к удалению глаза. В настоящий момент операцией выбора в таком случае является экзисцерация<sup>1</sup> с использованием орбитальных имплантов первичным протезированием непосредственно на операционном столе. После такой операции косметический дефект минимален и удовлетворенность пациента результатом значительно выше. Если у пациента имеются противопоказания, основным из которых является наличие внутриглазных

новообразований, производится энуклеация<sup>2</sup>.

В последние годы появилась тенденция к росту операций из спектра окулопластической и реконструктивной хирургии. В настоящее время в литературе описано множество хирургических техник, часто для решения одной проблемы используется сразу несколько видов операций. Поэтапное овладение видами и техниками окулопластических операций хирургами офтальмологического отделения является в настоящий момент одним из приоритетных направлений работы.

Развитие новых навыков у хирургов требует от операционной сестры определенной подготовки и конструктивного взаимодействия с врачом. Чем более запущенный случай, тем объемнее и сложнее требуется хирургическое

<sup>1</sup> Экзисцерация глаза – (evisceration oculi; син. Экзентерация глаза) – хирургическая операция: удаление содержимого глазного яблока с оставлением склеры, которая вместе с прикрепленными к ней наружными мышцами глаза используется в дальнейшем в качестве подвижной плотной основы глазного протеза.

<sup>2</sup> Энуклеация глаза – (enucleatio oculi) – хирургическая операция: удаление глазного яблока с пересечением наружных мышц глаза и зрительного нерва, причём конъюнктиву оставляют для последующего формирования культи и протезирования.



Фото 1. Пациент с диагнозом блефарохлазис (до, во время и после операции)



Фото 2. Набор инструментов и перевязочного инструментария для проведения операции

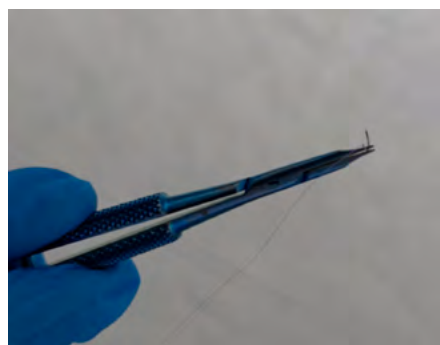


Фото 3. Расположение шовного материала (Пролен 7,0) в иглодержателе



Фото 4. Иглодержатель по Кастровьехо с зажимом

вмешательство, тем выше ответственность у операционной сестры при проведении подобных операций.

Для проведения операции по поводу блефарохлазиса операционные сестры офтальмологического отделения ГАУЗ «Брянская областная больница № 1» готовят определенный набор инструментов и перевязочного материала (фото 2).

Как и большинство офтальмологических операций, данная процедура проходит под местным обезболиванием, но в обязательном сопровождении анестезиологической бригады. Для местного обезболивания используется 2% раствор лидокаина.

В процессе нашей работы, получая обратную связь, мы поняли, насколько нашим пациентам необходимо сохранять контакт с персоналом во время операции. Поэтому важно, чтобы на протяжении всей процедуры, хирург или операционная сестра могли поговорить с пациентом, успокоить и скоординировать его.

При окулопластических операциях требуется постоянно промакивать (сушить) зону оперативного вмешательства, тем самым улучшая визуализацию места оперативного вмешательства. Для этого операционной сестрой используются стерильные марлевые шарики и микрохирургические губки (см. фото 2). Также в большинстве случаев требуется наложение шва на место оперативного вмешательства. Операционная сестра, учитывая предпочтения хирурга и тип операции, готовит шовный материал и подает его врачу. При микрохирургических операциях с шовным материалом следует обращаться крайне аккуратно. Используется тончайшая нить размером 7–8 (неметрический размер), в некоторых случаях она почти невидима. У операционных сестер, только начинающих работать по данному профилю, часто происходит разрыв нити. Поэтому при подаче атравматичной иглы хирургу рекомендуется придерживать рукой свободный конец нити, чтобы снизить риск разрыва или запутывания шовного материала (см. фото 3). Также удобно использовать иглодержатель по Кастровьехо с зажимом (см. фото 4) и заранее готовить нить с иглой, располагая их на малом столике.



Фото 5. Пациент с отсроченной пластикой глазной щели с использованием свободного лоскута уха

Чаще всего при закрытии места оперативного вмешательства хирурги используют косметические швы, в некоторых случаях концы нити фиксируются стерильным пластырем на коже пациента без завязывания узлов. Такая тактика облегчает снятие швов у пациента через 7–10 дней и способствует более эстетичному виду в послеоперационном периоде.

Отдельной группой следует отметить новообразования век. Если доброкачественные заболевания век являются сугубо эстетической проблемой пациента, то злокачественные новообразования – это быстропрогрессирующие калечащие заболевания, требующие радикального хирургического лечения с последующей пластикой дефектов. В отделении используются методы аутопластики, что также актуально для реконструктивной хирургии век.

В отделении были проведены уникальные реконструктивные операции, среди которых пластика конъюнктивальной полости с использованием слизистой полости рта, посттравматическая отсроченная пластика глазной щели с использованием свободного лоскута с уха, коррекция рубцевого птоза, каркасная пластика век с использованием имплантов (см. фото 5).

Из вышесказанного можно сделать вывод, что формирование новых профессиональных навыков медицинского персонала происходит постоянно. Непрерывное развитие и взаимодействие всех участников оперативного процесса определяет положительную динамику по улучшению качества оказания офтальмологической помощи пациентам в Брянской областной больнице № 1.