ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ
медицинских сестёр России

№ 2/46 2020

МЫ РАБОТАЕМ РАДИ ВАС –
рискуя жизнью и здоровьем, медицинские сестры всего мира выполняют свой профессиональный долг

стр. 3

БЕЗ ПРАВА НА ОШИБКУ:
молодые специалисты приняли участие в медико-спортивных учениях

стр. 14

ДЕЖУРНЫЕ ПО ЗДОРОВЬЮ:
Опыт медицинского волонтерства в Тюменской области

стр. 29

ПЕРВИЧНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ:
Новая роль медицинской сестры. Опыт Кемеровской области

ЛИЗОФОРМ

С 1900 года на мировом рынке
дезинфекции и гигиены

ЗАЩИТИ СЕБЯ И ПАЦИЕНТА ОТ КОРОНАВИРУСА

АНТИСЕПТИКИ ДЛЯ РУК

АХД 2000 специаль — АХД 2000 экспресс — Санимед Экспресс

ЭКСПРЕСС ДЕЗИНФЕКЦИЯ ПОВЕРХНОСТЕЙ

Аэродезин — Салфетки Лизаксин Хлор — Салфетки Лизаксин Элит

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

Представительство в Москве: ООО "КлинДез"
(495) 741-54-42
klindez@yandex.ru

www.lysoform.ru

В Год медицинской сестры и акушерки весь мир убедился в ценности нашей профессии, весь мир извлек тяжелые, но необходимые уроки, весь мир объединился в стремлении поддержать медиков.

Уважаемые коллеги и дорогие читатели «Вестника»!

Не таким планировался это выпуск журнала, не таким виделось нам время, предшествующее Международному дню медицинской сестры в Год медицинской сестры и акушерки. И не только нам, а всем специалистам во всем мире.

Еще несколько месяцев назад мы выражали поддержку коллегам из Ассоциации медицинских сестер Китая, были уверены, что в ближайшие недели со вспышкой инфекции будет покончено, как это бывало и ранее. Никто в мире не предполагал подобного сценария развития событий, такого ущерба и потерь, такой колоссальной нагрузки, напряжения и смертельного риска для медицинских сестер.

Буквально в одночасье профессия медицинской сестры стала в мире самой главной. Перед лицом глобальной пандемии общество осознало, что в самые трудные моменты жизни нет ничего важнее профессиональной медицинской помощи, знаний, поддержки и заботы. Мир осознал, что то, о чем сестры говорили десятилетиями – а это кадровое обеспечение, ресурсы, подготовка, – не пустые слова. Это не просто важно, это жизненно важно.

Мы обязательно победим в этой схватке в новым вирусом, и мы выйдем из нее другими людьми. В эти дни мы ставим перед собой профессиональные и политические задачи. В первую очередь, мы будем поддерживать всех без исключения специалистов знаниями. Сейчас мы не будем проводить граней между своими членами и не своими. Если специалисты нуждаются в знаниях и приходят к нам – мы готовы делиться.

Начало года ознаменовалось стартом в нашей стране кампании «Сестринское дело сейчас». Мы планировали «уйти в сети», не думали, что уйдем полностью, но так тому и быть. Все мероприятия РАМС были переведены в онлайн-режим, такая возможность была предоставлена всем региональным ассоциациям. Одним из праздничных проектов года стал творческий конкурс «Голос». И здесь наши региональные ассоциации смогли преуспеть. Не все провели отборочные региональные туры до введения ограничительных мер. Но, кто не успел, тот вовсе не опоздал – конкурсы проходили также в онлайн-режиме.

В эти дни мы поставили перед собой цель делиться с вами той полезной информацией, которую сможем почерпнуть у коллег из других стран. Сейчас сотрудничество между специалистами приобретает особую ценность. Коллеги щедро делятся своими знаниями и тяжелым, горьким, но важным опытом. Медицинские ассоциации всего мира разрабатывают рекомендации, которые мы стараемся сделать доступными для всех специалистов России и русскоязычных стран. Одна из важнейших рекомендаций наших коллег из Китая – профессиональная и эмоциональная поддержка медицинских сестер, которой мы следуем при подготовке этого выпуска «Вестника».

Он должен был стать праздничным, и он таким стал. Мы расскажем вам об успехах специалистов в разных уголках страны, о том, что многим удалось сделать до вторжения вируса в нашу жизнь. Мы познакомим вас с материалами Международного дня медицинской сестры. И мы обратим свой взгляд к истории Великой Победы, вспомним героев нашей профессии, которые не сдавались и ценой своего героизма победили в самой страшной войне.

Подготовка журнала – длительный процесс, и предугадать, какова будет ситуация к моменту его выхода, сейчас невозможно. Мы всеми силами верим, что ни один медицинский работник в нашей стране не пострадает от вируса, что все и каждый сохранят свою жизнь.

Мы будем работать с тем, чтобы из пандемии были извлечены самые важные уроки. Уже сейчас аналитики говорят о наличии прямой связи между кадровой и ресурсной ситуацией и показателями заболеваемости и смертности от COVID-19, в том числе, заболеваемости и смертности среди медицинских работников. Мир слишком долго ориентировался на стратегии сокращения издержек, к которым без оглядки на кризисные ситуации относили кадры, расходные материалы, средства обеспечения инфекционного контроля и безопасности. Мир увидел необходимость мощной системы организации помощи на дому. Мир увидел истинный потенциал сестринской помощи. Эти результаты пандемии будут обязательно проанализированы, им будет дана детальная оценка, будут сделаны выводы на будущее.

Мы убедились, что ни одна страна не застрахована от подобной трагедии, мы убедились, сколь важны внутренние ресурсы противостояния пандемии. Мы сделаем все возможное, чтобы в нашей стране такие ресурсы наращивались.

Я искренне благодарю авторов, поделившихся результатами своей работы. Мы видим активную работу сестер онкологической службы, первичного звена, инициативы фельдшеров и специалистов медицины РЖД, мы знакомимся с перспективами развития операционной практики, первичного звена, паллиативной службы. Перемены в нашей профессии уже приведены в движение и актуальные инициативы получают поддержку, реализуются и приносят успех.

Дорогие коллеги, я искренне поздравляю вас с Международным днем акушерки, Международным днем медицинской сестры! Этот праздник во всем мире пройдет со слезами на глазах, мы вспомним тех, кому выполнение профессионального долга стоило жизни, но мы обязательно сделаем так, чтобы подобное не повторилось. Будьте здоровы, будьте счастливы, будьте в безопасности!

На обложке: подготовка специалистов к приему пациентов, инфицированных Covid-19, Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова, Москва

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ	
Без права на ошибку. В Тюмени прошли медико-спортивные игры, организованные в рамках проекта Найтингейл Челлендж	стр. 3
Это мы и мы будем! Всемирный день борьбы с раком провели в Ленинградской области	стр. 17
КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Что делать, пока не укусили. Специалисты напоминают об осторожности в период активности клещей	стр. 27
Внутренний контроль качества: профилактика падений	стр. 38
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ	
Мы работаем ради Вас. Рискуя собственным здоровьем и жизнью, медики всего мира выполняют свой профессиональный долг	стр. 4
Привести мир к здоровью – 12 мая в мире отмечается Международный день медицинской сестры	стр. 19
ГЕРОИ ПРОФЕССИИ	
Подвигу – слава. В Республике Карелия появился памятник Медицинской сестре	стр. 12
С верой в добро. В Ленинградской области отметили 89-летие заслуженной медицинской сестры, пережившей Блокаду	Стр. 13
Профессия доброты и милосердия	Стр. 22
На передовой – в борьбе с захватчиками и болезнями	Стр. 25
ИННОВАЦИОННАЯ ПРАКТИКА	
Лучшее – детям. Опыт работы патронажной службы паллиативной помощи детям в Кемеровской области	стр. 9
Дежурные по здоровью. Опыт медицинского волонтерства на селе	стр. 14
Первичное здравоохранение – новая роль медицинской сестры	стр. 29
Хирургия одного дня. Вклад операционной сестры	стр. 35

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 21.04.2020. Отпечатано в ООО «Аллегро». Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28. Заказ № 1080. Тираж 15 500. Цена договорная. За опубликованные рекламные материалы редакция ответственности не несет. Фото: depositphotos.com

СОТРУДНИЧЕСТВО С АВТОРАМИ

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

ОФОРМЛЕНИЕ ПОДПИСКИ

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

УЧРЕДИТЕЛИ И ИЗДАТЕЛИ

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

РЕДАКЦИЯ

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

АДРЕС РЕДАКЦИИ

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

БЕЗ ПРАВА НА ОШИБКУ

В РАМКАХ ПРОЕКТА «НАЙТИНГЕЙЛ ЧЕЛЛЕНДЖ» МОЛОДЫЕ СПЕЦИАЛИСТЫ ПРИНЯЛИ УЧАСТИЕ В МЕДИКО-СПОРТИВНЫХ УЧЕНИЯХ

Надежда СИЗЬКО
Главная медицинская сестра
ЧУЗ «КБ РЖД-Медицина» г. Тюмень»

ЧУЗ «КБ РЖД-МЕДИЦИНА» г. Тюмень стала одной из медицинских организаций, которые приняли на себя вызов и стали участниками «Найтингейл челленджа». Для молодых специалистов был разработан интересный маршрут профессионального развития, подразумевающий поддержку исследовательской работы, укрепление лидерских и профессиональных навыков. Одно из таких мероприятий уже состоялось – успели до начала карантинных мероприятий – и прошло в форме медико-спортивного соревнования. «Без права на ошибку» – так мы назвали эту игру, призванную поддержать навыки оказания помощи в условиях ЧС.

Местом проведения игры стала база отдыха «Боровое», 20-й км объездной дороги на Омск. По условиям конкурса соревнование проводилось между несколькими командами. В составе каждой три человека – врач и два фельдшера или три фельдшера. У каждой команды в наличии сумка-укладка, противогазы на каждого члена команды, инвентарь для иммобилизации, шины и щит.

Задания формировались с учетом навыков, важных в условиях ЧС. А это включает и спортивную подготовку.

На первом этапе команды должны были справиться со следующими заданиями:

- Пробежать 100 м с использованием СИЗ (противогаз, респиратор).
- Преодолеть 1,5-метровую преграду (подъем с высоты берега).
- Пробежать 10 м по пересеченной местности (змейкой).
- Пройти через тоннель или паук (проползти под высотой 50 см – длиной 10 м).

Результаты команды оценивали по времени последнего участника. Лучшей команде начислялось 5 баллов. Применили систему штрафных баллов: минус 1 балл за неиспользование СИЗ, минус 1 балл за невыполнение любого задания первого этапа.

На втором этапе на первый план вышло решение клинической задачи из шести пострадавших.

Распределить условных пострадавших на группы очередности эвакуации, сделать соответствующие записи для всех пострадавших – диагноз, помощь, метод транспортировки.

Оказать помощь первоочередному пострадавшему, выполнить необходимые манипуляции (один из членов команды имитирует пострадавшего, двое оказывают помощь).

Провести транспортировку пострадавшего согласно решению задачи.

На этом этапе за каждое правильно выполненное условие начисляли 1 балл (оценивается диагностика всех пострадавших, выполнение ДМП, эвакуационно-транспортная сортировка).

По результатам конкурса молодые специалисты медпункта вокзала и ПРМО (пункты предрейсовых осмотров) заняли 2-е и 3-е места, 1-е место заняла команда врачей.

Мероприятие прошло на позитивной волне и при активной поддержке болельщиков, «команда» которых набрала более 100 человек. Мероприятия запомнилось и понравилось как самим участникам, так и тем, кто переживал и «болел» за своих.

Учения оказались своевременными – поступление новостей из Китая о выявлении и распространении смертоносного вируса привело все медицинские пункты «РЖД-Медицины» в режим повышенной готовности. Меры противоэпидемического режима были усилены.

В связи с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой по COVID-19, на объектах в ведении «РЖД-МЕДИЦИНА» сегодня осуществляются следующие мероприятия:

– эстафетное наблюдение за пассажирами с признаками ОРВИ;

– наблюдение за контактными;

– забор мазков на наличие коронавируса;

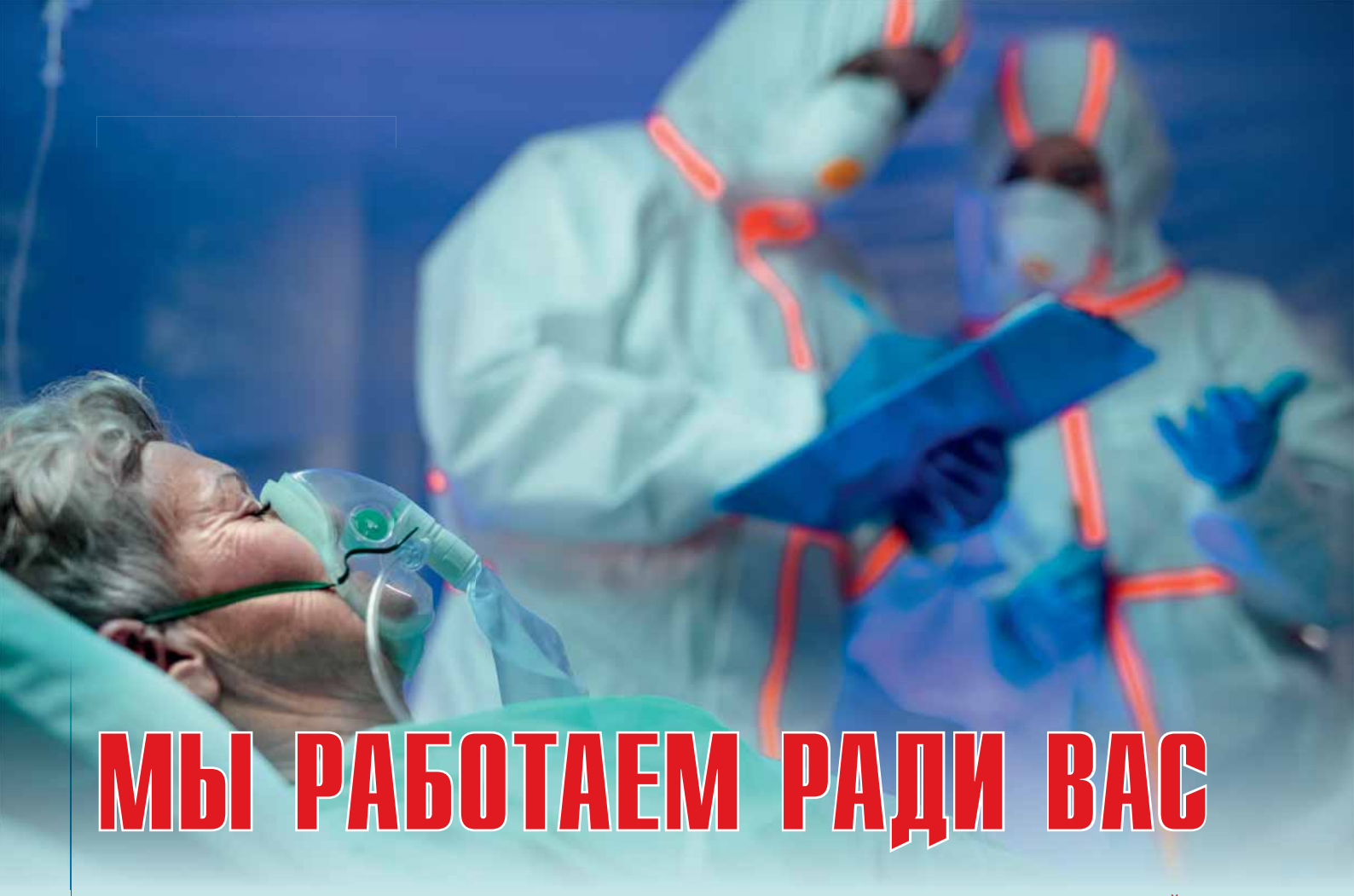
– контроль бесконтактной термометрии;

– профилактические беседы с пассажирами вокзала и в пути следования;

– раздача буклетов;

– отработана схема госпитализации со структурами ССМП г. Тюмени и круглосуточное взаимодействие с Роспотребнадзором.

Коллектив медпункта ж/д станции Тюмень работает в полном составе 24/7.



МЫ РАБОТАЕМ РАДИ ВАС

РИСКУЯ ЖИЗНЬЮ И ЗДОРОВЬЕМ, МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ ВСЕГО МИРА ВЫПОЛНЯЮТ СВОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ДОЛГ

Калинина И.Г.
Президент Региональной общественной организации г. Москвы

Серебренникова Н.В.
Директор по международным связям РАМС, канд. полит. наук

Россия, 21 апреля 2020 года. В стране зафиксировано 52763 случая подтвержденной коронавирусной инфекции, большая часть выявленных пациентов сосредоточена в Москве (29433). Пандемией охвачен весь мир, о наличии случаев инфекции сообщили порядка 200 стран.

Первыми с коронавирусной бедой столкнулись специалисты Китая. Первыми они приняли беспрецедентные меры ограничений – закрытые города, районы, поселения и дома, тотальный контроль выхода и входа, повсеместные мероприятия по дезинфекции в отношении каждого человека, каждого помещения, каждого района. По поступавшим сообщениям из прессы мы не могли адекватно оценить обстановку, кадры пустынных улиц, сметенных товаров в гипермаркетах, говорили о панике и, казалось, чрезмерной строгости введенных мер. Тем временем, провинция Ухань прославилась на весь мир возведением в кратчайшие сроки двух инфекционных госпиталей. Туда со всей страны съезжались медики. Только теперь стало известно, что количество задействованных в операции «COVID-19» достигло 42 тысяч человек. Сегодня благодаря обмену информацией с Ассоциацией медсестер Китая мы знаем, что большую часть этой армии составили медицинские сестры (28 тысяч человек, или 68%). К настоящему времени китайские коллеги со своей миссией справились, и мир в лице международных организаций, а главное, китайское общество, вынесли им самую высокую оценку – за достигнутый результат, скорость и эффективность действий.

Что нам сегодня известно о «китайском» пути преодоления вируса? В первую очередь то, что приоритетом стало обеспечение инфекционного контроля и безопасности самих медиков. Все задействованные в спецоперации прошли обучение по использованию СИЗ. В каждой организации, в каждом отделении были определены три зоны – чистая, зараженная и буферная. В буферной зоне всегда находился специалист, контролирующий правильность того, как медики надевают и, самое главное, снимают средства индивидуальной защиты. Установлено, что процесс снятия СИЗ – это одна из процедур высочайшего риска, когда вирусные частицы могут попасть на кожу или личную одежду медработника.

Для пациентов и медработников выделили разные коридоры. Проживание специалистов было организовано в отелях, расположенных вблизи больничных комплексов – никто не ходил домой, не нес риск заражения близких. Естественно, здесь тоже была организована дезинфекция. Большое количество привлеченных медиков позволило организовать работу наиболее безопасным способом, продолжительность смен была сокращена до 4–6 часов.

Китай относится к числу стран-производителей СИЗ, но и здесь поначалу

ощущался их дефицит – Международный совет проводил сбор средств, чтобы направить медицинским сестрам страны респираторы. Каждая клиника страны делилась с инфекционными стационарами не только людьми, но и расходными материалами – респираторами, масками, перчатками, аппаратами ИВЛ и ЭКМО. Все силы были брошены на победу.

Достаточно эффективно вспышку Covid-19 взяла под контроль Южная Корея. Страна незамедлительно приняла ограничительные меры, запрет на экспорт СИЗ и ввела массовое тестирование, снабжение населения необходимыми средствами индивидуальной защиты. По данным корейских специалистов, мощности инфекционных коек в стране (боксов с отрицательным давлением) не были исчерпаны полностью.

Решительно действовали правительство и медики Тайваня. Трагический опыт эпидемии SARS 2003 года привел к созданию сети инфекционных клиник и индивидуальных боксов с отрицательным давлением общим количеством на 1100 коек. Был издан запрет на экспорт СИЗ, развернуты дополнительные производства СИЗ с привлечением военных, сформирован запас в 3 миллиона респираторов № 95. Население приобретало СИЗ и антисептики по именным талонам – такое решение защитило всех и стало преградой для спекуляций. Для сестер и врачей были организованы программы психологической поддержки, введена доплата за вредность. А еще им писали письма пациенты и просто жители страны, дети отправляли свои рисунки – боевой дух медиков был на высоте!

Вирус, уже два месяца бушевавший в Азии, для Европы оказался сюрпризом. Зима шла к концу, никто не придал особого значения выявлению пары зараженных туристов. В Европе, которая достигла высочайшего уровня развития здравоохранения и давно забыла о том, что такое инфекция, пандемия обернулась настоящей трагедией. Сегодня нельзя без слез смотреть на растущие вверх цифры заболевших и умерших от коронавируса, нельзя без боли смотреть на изможденные лица медиков, нельзя без кома в горле еще и еще раз слышать о числе погибших врачей и медицинских сестер.

Эмоциональный накал беспределен. Сестры и врачи Запада, США охвачены паникой. Оказалось, что сверкающая внешне и самая дорогая в мире система здравоохранения не имеет элементарных запасов – масок, халатов, респираторов. Повсеместно ведутся сборы – всем, что имеют, делятся не только клиники, но и пациенты. И это тоже своего рода отношение к работе медицинской сестры – экономное со стороны государства и щедрое со стороны населения. Сейчас все и каждый поняли, что модный блогер от вируса не спасет. А самая важная и достойная профессия – это профессия медицинской сестры.

В эти дни президент РАМС Валентина Саркисова находится на связи со всеми зарубежными партнерами ассоциации, с каждым региональным отделением, с Минздравом России, с коллегами из Европейского регионального бюро ВОЗ. Профессиональное сообщество готовится отметить Всемирный день здоровья, посвященный медицинским сестрам и акушеркам, но времени праздновать нет – все и каждый мобилизованы на борьбу с невидимым врагом.

Мы выражаем солидарность со своими коллегами везде и повсюду – в эти тяжелые времена медицинские сестры всей планеты работают вместе. Наша страна оказывает посильную помощь в Европе и за океаном. А вы, наши родные медицинские сестры, уже вступили в бой с COVID-19 на своей земле.

Основной удар принимают на себя медики Москвы. Именно от них мы ждем первых практических рекомендаций и личного опыта, ведь вирус достиг практически всех уголков России…

За последний месяц пандемия внесла существенные изменения в работу медицинских организаций. Это коснулось не только стационаров и инфекционных больниц, но и амбулаторных медицинских организаций. Многие стационары в Москве перепрофилированы и принимают пациентов с подозрением на COVID-19. Сильно возросла нагрузка на медицинских работников в целом и, конечно, на медицинских сестер, рентгенолаборантов, фельдшеров скорой помощи – они одними из первых вступают в непосредственный контакт с пациентами, потенциально инфицированными COVID-19.

Нагрузка на медиков, конечно, увеличилась, но неравномерно. Значительно возросла нагрузка на медицинский персонал инфекционных больниц, медицинских организаций, перепрофилированных под пациентов с COVID-19 и пациентов с внебольничной пневмонией. В меньшей степени нагрузка возросла в педиатрии и узкопрофильных медицинских организациях. Снижена плановая госпитализация, но это не касается сложной терапии, экстренной хирургии и онкологической патологии.

Пациентов с COVID-19 принимают в 13 столичных стационарах. Продолжается подготовка к развертыванию госпиталей для лечения больных коронавирусом еще в ряде московских больниц. В ТиНАО строится мобильный комплекс инфекционной больницы, который откроется в середине апреля. Клиническая больница МЕДСИ в Отрадном – одна из первых частных клиник, которая стала принимать больных с COVID-19. В ближайшее время будут перепрофилированы койки в федеральных учреждениях. Кроме того, в Москве запущено девять лабораторий для исследований коронавируса.

Амбулаторные медицинские учреждения продолжают работу, но обращаться туда горожанам рекомендуется только в крайнем случае. Посещать поликлинику нельзя, нужно вызвать врача на дом. Значительно усилена поликлиническая служба на дому: за счет снижения количества приемов в поликлинике врачи-специалисты привлечены к обслуживанию пациентов на дому. Гражданам с хроническими заболеваниями выписывают и выдают лекарства сразу на полгода. В поликлиниках отменены плановые диспансеризации и профосмотры, скрининги. Стоматологические поликлиники принимают только в случае необходимости неотложной помощи. Снижены реабилитационные и физиотерапевтические мероприятия.

Медицинские работники всех специальностей должны пройти два образовательных модуля, посвященных диагностике, лечению и профилактике новой коронавирусной инфекции. Учеба организована и на местах – постоянные инструктажи призваны избежать заболеваний среди медперсонала. Проводятся тренинги по тому, как

правильно одевать и снимать спецодежду, как пользоваться респираторами, введен запрет на гаджеты и бумажные документы.

Безопасность медицинских работников – в абсолютном приоритете. По эпидемиологической значимости COVID-19 приравнен к особо опасным инфекциям, поэтому соблюдаются особые меры безопасности: персонал работает в защитных костюмах, респираторах с фильтрам класса не менее FFP2, защитных очках на протяжении всей своей смены, меняя костюм согласно инструкции производителя. Медицинский персонал больниц, определенных для приема инфицированных больных, регулярно тестируется на коронавирус. Частота определяется графиком работы конкретного специалиста и близостью его контактов с пациентами.

Как профессиональная ассоциация, мы не можем не реагировать на происходящее. Ведь большинство наших членов – это специалисты, которые сейчас находятся на передовой. Мы продолжаем активно работать, переводим все очные мероприятия в онлайн формат. Стараемся своевременно информировать коллег. Ведь просвещение – тоже часть профилактической работы и одна из главных задач сейчас. Есть официальные методические рекомендации Минздрава (уже четвертый пересмотр), есть китайский справочник по результатам их работы, есть клинические рекомендации Федерации анестезиологов и реаниматологов и другие полезные обучающие материалы. Вся проверенная информация выкладывается оперативно на нашем сайте и в соцсетях.

Сегодня мы, как никто другой, находимся на передовой, неся груз ответственности за пациента, при этом рискуя своим здоровьем. Сегодня мы наравне с врачами боремся с COVID-19, именно мы находимся рядом с больными и наши знания и опыт нужны обществу и нашим коллегам-врачам. Именно мы говорим о мерах профилактики и способствуем этим предотвращению заражения здоровых. Вместе мы обязательно победим этот коварный вирус. Только вместе мы сила!

Необходимые меры профилактики при работе с COVID-19 для медицинских работников

Поджунас Марина Викторовна,
Руководитель отдела инфекционной безопасности в ЛПУ, ООО «ЭВАЗМЕД»

России вошла в число стран с высоким уровнем распространения COVID-19. Поэтому следует четко определить, каковы требования к действиям медработников при оказании помощи. Отметим сразу, что требования меняются, рекомендуется действовать согласно актуальным распоряжениям. Итак, рассмотрим основные задачи.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Это мероприятия, направленные на предотвращение распространения инфекции, которые проводятся в отношении источника инфекции (больной человек), механизма передачи возбудителя инфекции, а также потенциально восприимчивого контингента (защита лиц, находящихся и/или находившихся в контакте с больным человеком).

Необходимо определить (разумно сократить) число лиц, которые будут работать с источником (либо потенциальным источником) инфекции COVID-19.

Лица, допущенные до работы с COVID-19, обязательно должны быть обучены требованиям противоэпидемического режима, использованию СИЗ (с отработкой техник надевания и снятия СИЗОД, защитных костюмов и перчаток) и пройти дополнительный инструктаж по вопросам дезинфекции и обработки рук.

Для защиты органов дыхания используются респираторы, сертифицированные на соответствие требованиям по крайне мере одного из национальных или международных стандартов: ТР ТС 019/2011 «О безопасности средств индивидуальной защиты», или ГОСТ 12.4.294–2015 или EN149:2001 + A1:200. Используемые респираторы должны иметь класс защиты не ниже FFP2.

ПРАВИЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСПИРАТОРА

Правильное надевание – наиболее важное условие эффективности применения респиратора для защиты от инфицирования. Правильное надевание абсолютно необходимо для обеспечения максимально герметичного прилегания краев полумаски респиратора к лицу для исключения возможности утечки неотфильтрованного инфицированного воздуха в зону дыхания, минуя высокоэффективный фильтр, каковым и является полумаска респиратора. Крайне важно ознакомиться и тщательно каждый раз! выполнять требования инструкции по правильному надеванию респиратора в текстовом или графическом виде в соответствии с вышеперечисленными стандартами. Инструкция всегда имеется на упаковке респиратора или во вкладыше.

Безопасное снятие респиратора необходимо для исключения риска инфицирования с наружной поверхности респиратора в результате ее контакта с кожей в случае, если она контаминирована инфицированными биологическими жидкостями. Респиратор снимают в перчатках за резинки (сначала снимая нижнюю резинку, затем верхнюю), не касаясь наружной и внутренней поверхности полумаски респиратора.

В условиях эпидемии инфекционных заболеваний, когда возможны времен-

ные трудности с достаточным снабжением СИЗ, важно применять организационные меры, позволяющие не только снизить риск внутрибольничного распространения инфекции, но и существенно сократить потребность в респираторах.

К числу таких мер относится обучение персонала принципам правильного использования респираторов, в том числе исключение ношения их на шее или на лбу во время перерывов в работе. Правильное бережное хранение не только повышает эффективность использования респираторов, но и продлевает срок их службы.

В пятой версии «Временных методических рекомендаций по COVID-19» от 08.04.2020 (далее «Временные рекомендации») уже более подробно сказано о повторном использовании респираторов: «При дефиците респираторов в медицинской организации возможно введение режима их ограниченного повторного использования (использование одного и того же респиратора с надетой поверх него хирургической маской при многократных контактах с пациентами, при этом после каждого контакта необходима смена верхней хирургической маски). Повторное использование респиратора тем же медицинским работником в условиях оказания помощи больным с COVID-19 возможно при выполнении следующих условий:

- респиратор физически не поврежден;
- респиратор обеспечивает плотное прилегание к лицу, исключающее утечку воздуха под полумаску;
- респиратор не создает избыточного сопротивления дыханию из-за повышенной влажности;
- респиратор не имеет видимых следов контаминации биологическими жидкостями.

Если по крайней мере одно из вышеперечисленных условий не соблюдено, безопасное повторное использование такого респиратора невозможно и он подлежит утилизации.

Если предполагается повторное использование респиратора, его маркируют инициалами пользователя, дезинфицируют ультрафиолетовым бактерицидным облучением, дают полностью высохнуть, если респиратор влажный, и до использования хранят в бумажном пакете или салфетке».

КЛАССИФИКАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ

Во Временных рекомендациях сказано, что при мероприятиях, направленных на механизм передачи возбудителя инфекции COVID-19, утилизация медицинских отходов идет по классификации класса В. И это закономерно, так как согласно СанПиН 2.1.7.2790–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами», класс В (чрезвычайно эпидемиологически опасные отходы) – это инфицированные и потенциально инфицированные отходы; материалы и инструменты, предметы, загрязненные кровью и/или другими биологическими жидкостями. Кроме того, коронавирусная инфекция входит в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (Постановление Правительства РФ от 31.01.2020 № 66). То же самое подтверждает и Минздрав России в разъяснении «о порядке обращения с медицинскими отходами в связи с распространением коронавирусной инфекции» от 09.04.2020. «В связи со сложившейся эпидемиологической обстановкой Минздрав России разъясняет, что обращение с отходами, образующимися при осуществлении медицинских мероприятий для лечения новой коронавирусной инфекции (COVID-19), проводится в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к обращению с медицинскими отходами класса В (СанПин 2.1.7.2790–10)».

Но если учреждения либо подразделения ЛПУ ранее работали по классу Б и в настоящее время не принимают участия в работе по COVID-19, то они и далее продолжают работать с медицинскими отходами по классификации класса Б.

СРЕДСТВА ДЕЗИНФЕКЦИИ И КОЖНЫЕ АНТИСЕПТИКИ

Мероприятия по дезинфекции согласно «Временным рекомендациям» проводятся с учетом письма Роспотребнадзора от 23.01.2020 № 02/770–2020–32 «Об инструкции по проведению дезинфекционных мероприятий для профилактики заболеваний, вызываемых коронавирусами». В этом документе сказано, что «для дезинфекции могут быть использованы средства из различных химических групп: хлорактивные (натриевая соль дихлоризоциануровой кислоты – в концентрации активного хлора в рабочем растворе не менее 0,06 %, хлорамин Б – в концентрации активного хлора в рабочем растворе не менее 3,0 %), кислородактивные (перекись водорода в концентрации не менее 3,0 %), катионные поверхностно-активные вещества (КПАВ) – четвертичные аммониевые соединения (в концентрации в рабочем растворе не менее 0,5 %), третичные амины (в концентрации в рабочем растворе не менее 0,05 %), полимерные производные гуанидина (в концентрации в рабочем растворе не менее 0,2 %), спирты (в качестве кожных антисептиков и дезинфицирующих средств для обработки небольших по площади поверхностей – изопропиловый спирт в концентрации не менее 70 % по массе, этиловый спирт в концентрации не менее 75 % по массе)». Уточняю, что это касается именно тех дезинфицирующих средств, которые используются в очагах источника инфекции. Если работа медицинского работника проходит вне очага, то совершенно допустимо использовать кожные антисептики с содержанием изопропилового спирта менее 70 % и это не будет являться нарушением.

Этиловые спирты в концентрации выше 81 % быстро испаряются и не успевают завершить время экспозиции, в связи с чем их использование нецелесообразно.

ТРАНСПОРТИРОВКА ПАЦИЕНТА С ИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

Бригада, выполняющая медицинскую эвакуацию инфекционного больного, должна состоять из врача и двух помощников (фельдшер, санитар), обученных требованиям соблюдения противоэпидемического режима и прошедших дополнительный инструктаж по вопросам дезинфекции.

Члены эпидбригады и/или бригады медицинской эвакуации по прибытии к месту выявления больного перед входом в помещение, где находится больной, под наблюдением врача – руководителя бригады надевают защитные костюмы в установленном порядке. Врач бригады:

- уточняет у больного данные эпид. анамнеза, круг лиц, которые общались с ним (с указанием даты, степени и длительности контакта);
- определяет контингенты лиц, подлежащих изоляции, медицинскому наблюдению, экстренной профилактике;
- обеспечивает контроль эвакуации больного и контактировавших с ним лиц;
- сообщает незамедлительно согласно утвержденной схеме (старший врач смены) уточненные сведения о больном, о контактировавших с больным.

Транспортировка больных с инфекционным заболеванием проводится с применением транспортировочного изолирующего бокса и проведением первичных мероприятий по локализации очага. Больной транспортируется в маске со всеми мерами предосторожности. Водитель транспортного средства, в котором осуществляется медицинская эвакуация, при наличии изолированной кабины должен быть одет в комбинезон, при отсутствии ее – в защитную одежду. Водители (фельдшера-водители, санитары-водители) санитарного транспорта работают в защитной одежде в установленном порядке. Сотрудники скорой медицинской помощи совместно с врачом-инфекционистом в средствах индивидуальной защиты определяют количество и очередность эвакуации больных. Уточняют маршрут эвакуации больного в медицинскую организацию. Транспортировка двух и более инфекционных больных на одной машине не допускается. Перевозка контактировавших с больными лиц вместе с больным на одной автомашине не допускается. Машину СМП оснащают медико-техническими, лекарственными, перевязочными средствами, противоэпидемической, реанимационной укладками, гидропультом или ручным распылителем, уборочной ветошью, емкостью с крышкой для приготовления рабочего раствора дезинфекционного средства и хранения уборочной ветоши; емкостью для сбора и дезинфекции выделений.

Необходимый набор дезинфицирующих средств из расчета на 1 сутки:

- средство для дезинфекции выделений;
- средство для дезинфекции поверхностей салона;
- средство для обработки рук персонала (1–2 упаковки);
- бактерицидный облучатель.

Расход дезинфицирующих средств, необходимых на 1 смену, рассчитывают в зависимости от того, какое средство имеется в наличии и возможного числа выездов. После доставки больного в инфекционный стационар бригада проходит полную санитарную обработку с дезинфекцией защитной одежды на территории больницы. Машина и предметы ухода за больным подвергаются заключительной дезинфекции силами самой больницы или бригад учреждения дезинфекционного профиля (в соответствии с комплексным планом) на территории больницы. За членами бригады, проводившей медицинскую эвакуацию, устанавливается наблюдение на срок 14 дней.

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ИСТОЧНИКИ:

1. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) Версия 5 (08.04.2020)».
2. СанПиН 2.1.7.2790–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».
3. СанПиН 2.1.3.2630–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».
4. Письмо Роспотребнадзора от 23.01.2020 № 02/770–2020–32 «Об инструкции по проведению дезинфекционных мероприятий для профилактики заболеваний, вызываемых коронавирусами».
5. https://covid19.rosminzdrav.ru/

ЛУЧШЕЕ – ДЕТЯМ

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПАТРОНАЖНОЙ СЛУЖБЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Тамара БУКИНА
Главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью г. Новокузнецка, председатель педиатрической секции РАМС, главная медицинская сестра ГАУЗ КО «Новокузнецкая городская клиническая больница № 1»

Выездная патронажная служба паллиативной помощи – одна из необходимых форм паллиативной помощи детям, основной задачей которой является предупреждение и облегчение страданий пациента. В современном здравоохранении все большую актуальность приобретают принципы, лежащие в основе пациенториентированности, направленные на сохранение здоровья пациента, а также продуктивное сотрудничество между медицинским работником и пациентом.

В своей работе патронажная служба руководствуется действующим законодательством РФ, приказами Минздрава, другими нормативными актами. В то же время, в каждой территории есть свои особенности. Они могут определяться структурой патологии у детей, радиусом проживания, климатогеографическими особенностями местности, экономическим состоянием региона, образованием родителей и, конечно, квалификацией медицинского персонала. В этой связи большое значение имеет организационный этап создания патронажной бригады, который включает разработку должностных обязанностей и подготовку специалистов, представляющих собой команду, ориентированную на результат.

Следует особо подчеркнуть, что сначала нами изучался контингент детей, а затем уже формировался состав патронажной бригады.

Работа по отбору больных, нуждающихся в паллиативной помощи, проводилась совместно с участковыми педиатрами.

В 2016 году было выявлено 84 ребенка, в 2019-м – уже 169. Распределение детей по возрасту представлено на графике (рис. 1).

В структуре патологии абсолютное большинство – это пациенты с детским

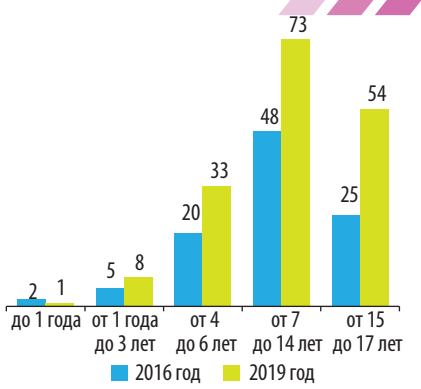


Рис. 1. Распределение детей по возрасту

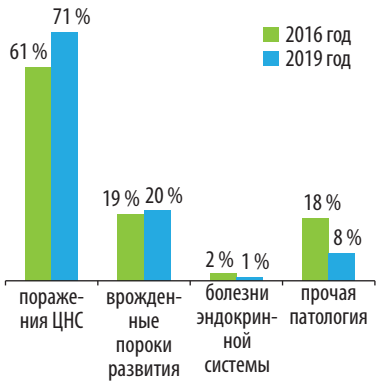


Рис. 2. Структура патологии

церебральным параличом, эпилепсией, тяжелыми поражениями ЦНС. Следующая по частоте группа – дети с врожденными аномалиями, врожденными пороками развития различных органов и систем, деформациями и хромосомными нарушениями. Наименьший процент в структуре патологий составляют болезни эндокринной системы и обмена веществ (рис. 2).

Возрастной диапазон и структура патологии свидетельствует о том, что дети и их родители нуждаются в различном перечне медико-социальных услуг.

Большая часть детей (59,9 %) проживает в неполных и малообеспеченных семьях.

Чтобы выявить ожидания родителей от контакта со специалистами паллиативной бригады, мы провели социологический опрос по специально разработанной анкете. Анализ полученных данных показал, что семьи, имеющие детей-инвалидов, нуждаются в:

- медицинской реабилитации и социальной передышке в стационарном отделении паллиативной помощи детям;
- социальной адаптации детей и родителей;
- психологической поддержке;
- индивидуальных занятиях детей с педагогом-дефектологом;
- индивидуальных занятиях детей с педагогами дополнительного образования творческих видов деятельности и развития познавательных процессов;
- организации досуговой деятельности детей (развлекательно-познавательные мероприятия, мастер-классы и пр.).

Более глубокое знакомство с детьми и их семьями позволило распределить их на 3 основные группы:

- нуждающиеся в постоянном наблюдении и уходе – 11 детей (12,8 %);
- нуждающиеся в периодическом (еженедельном) уходе – 54 ребенка (64,3 %);
- нуждающиеся в дистанционном (интернет-ресурс) консультировании – 19 детей (22,9 %).

Следующий этап – это определение состава бригады выездной службы. Он был сформирован в соответствии с Положением о патронажной службе паллиативной помощи детям, а также с учетом специфики заболеваний наших подопечных и в определенной степени с учетом ожиданий родителей. В состав бригады вошли:

- заведующая патронажной службой, врач-педиатр;
- старшая медицинская сестра;
- медицинская сестра;
- социальный педагог;
- педагог-психолог;
- медицинский регистратор.

На каждого специалиста были разработаны должностные инструкции, исключающие дублирование функций (рис. 3).

Важной составляющей частью в работе с семьей является работа медрегистратора, который принимает вызовы от родителей, выявляет возникающие проблемы.

Заведующая патронажной службой, в свою очередь, определяет состав выездной бригады, зависящий от конкретных условий и потребностей детей. Старшая медицинская сестра выездной службы рационально организует работу бригады, осуществляет контроль за обеспечением медикаментами, изделиями медицинского назначения и медицинским инструментарием; осуществлением надлежащего ухода за тяжелобольными пациентами и проведением медицинских манипуляций.

Медицинская сестра проводит лечение, назначенное ребенку: адекватное обезболивание, противосудорожную, противопролежневую и другую посиндромную терапию, проводит постановку инъекций, осуществляет забор анализов.

Специалисты бригады патронажной службы проводят массаж, физиотерапевтические процедуры, ведут запись ЭКГ, УЗИ.

На начальном этапе организации патронажной службы было закуплено специальное медицинское оборудование, необходимое для качественного ухода за тяжелобольными детьми на дому.

В результате был организован качественный уход за больными в домаш-

Рис. 3. Состав бригады патронажной службы

них условиях. Регулярно проводится обучение родителей правилам ухода за тяжелобольными и использованию медицинского оборудования.

При необходимости для работы с семьями привлекаются психолог и социальный педагог патронажной службы.

Социальный педагог выездной службы анализирует потребности, выявляет социальные проблемы в семьях, имеющих больных детей, и ищет возможности для их решения; оказывает помощь в оформлении инвалидности, получении юридических консультаций.

Психолог выездной службы осуществляет визиты на дом к больным детям для занятий арт-терапией, сказкотерапией; обучает релаксационным, дыхательным техникам, упражнениям на развитие мелкой и крупной моторики; проводит занятия по снятию напряжения, тревоги, агрессии, страхов; дает рекомендации родителям по вопросам воспитания и развития ребенка, способам общения с ним и другими членами семьи.

Важной составной частью работы бригады является координация деятельности с волонтерскими организациями. За это направление в бригаде отвечают психолог и социальный педагог. Волонтеры проводят для семей досуговые мероприятия, организуют посещения театра, концертов, спортивных и других мероприятий.

Согласно плану работа со специалистами бригады по вопросам оказания паллиативной помощи детям в больнице ведётся на семинарах, конференциях, мастер-классах.

С целью повышения качества жизни больных детей сотрудники патронажной службы в свою очередь проводят обучение родителей, организуя мастер-классы, обучающие семинары по уходу за больным ребенком в домашних условиях. В помощь родителям нами было разработано методическое пособие «Уход за ребенком в домашних условиях».

Для пациентов, нуждающихся в дистанционном консультировании, мы внедрили работу с родителями в приложении «SKYPE». Любой из родителей, желающий получить информацию специалиста патронажной службы паллиативной помощи детям, может связаться с медрегистратором, который передаст полученную информацию заведующей, а та в свою очередь определит проблему и направит данную семью к узкому специалисту для решения конкретного вопроса. Консультирование ведется по будням с 8:00 до 17:00. Данный вид работы позволяет пациентам оперативно решать возникшие проблемы, экономя при этом время специалистов.

На сегодняшней момент данной услугой регулярно пользуются 59 семей. В случае отсутствия интернет-ресурсов в экстренных ситуациях консультирование возможно по телефону – с использованием таких приложений, как «Вайбер» и «Вотсап».

Для более эффективной работы службы были разработаны информационные буклеты; сегодня ими располагают все детские лечебные учреждения города. Кроме этого, необходимая информация была размещена на официальном сайте больницы.

За 2019 год патронажная служба совершила 1773 выезда, в том числе к тяжелобольным детям врачом-педиатром – 163 (7 %), «узкими» специалистами – 124 (7,0 %), медицинской сестрой – 1004 (71 %), а также педагогом-психологом – 251 (7 %) и социальным педагогом – 231 (6 %).

Пристальное внимание оказывается двум семьям, где дети находятся на дому на аппаратах искусственной вентиляции легких.

Таким образом, за 3 года реализации проекта:

- В два раза увеличилось число взятых на патронаж детей.
- Количество посещений, выполненных медицинскими сестрами с профилактической и лечебной целями, выросло на 9,2 %.
- Была разработана электронная (единая с амбулаторной) карта паллиативного больного.
- Создана «Школа здоровья» по уходу за тяжелобольными детьми.
- Дети получили квалифицированную медицинскую помощь в привычной, домашней обстановке, а родители – психологическую и социальную поддержку.
- За счет обучения родителей навыкам ухода, процедурам кормления, перемещения, а также способам профилактики возникновения осложнений удалось повысить качество жизни детей.

Опыт работы выездной патронажной службы паллиативной помощи детям был представлен на конференциях и семинарах различного уровня (городских, областных, всероссийских). В 2017 году выездная патронажная служба г. Новокузнецка получила свидетельство и знак качества «Лучшее – детям» в Национальной программе продвижения лучших российских товаров и услуг для детей «Лучшее – детям».

ПОДВИГУ – СЛАВА

В 2020 ГОДУ РОССИЯ ОТМЕТИТ 75-ЛЕТИЕ ПОБЕДЫ СТРАНЫ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ

Татьяна ВИРКИ
Президент Карельской региональной общественной организации медицинских работников «Союз профессионалов»

2019 год. В небольшом городе Сегежа установлен памятник, посвященный подвигу медицинских работников в годы Великой Отечественной войны. Памятник «Медицинская сестра» создан скульптором Салаватом Щербаковым – заведующим кафедрой скульптуры Российской академии живописи, ваяния и зодчества И.С. Глазунова. Открытие памятника – это дань потомков героическому подвигу медикам и воинам Карельского фронта. Во время Великой Отечественной войны город Сегежа был основным узлом госпитальной службы 32-й армии, в районе располагались несколько десятков госпиталей. 12 февраля 1942 года в поселке Петровский Ям финским диверсионным отрядом был уничтожен персонал полевого подвижного 2212-го госпиталя. Той ночью под белым флагом с крестом были расстреляны 37 медработников и раненых госпиталя. Имена погибших в этой трагедии и всех медработников, не жалевших своих жизней ради спасения других во время войны, были увековечены.

Из донесения начальника полевого подвижного госпиталя № 2212 от 13 февраля 1942 года начальнику санитарного отдела Медвежьегорской оперативной группы о нападении финской диверсионной группы на госпиталь.

«…Доношу, что 12/II-42 г. в 2:15 был совершен налет бандой белофиннов на госпиталь, расположенный в санитарном городке Б.Б.К. (Петровские Ямы). Одновременно были совершены налеты на поселок Б.Б.К. № 12, где находился питательно-обогревательный пункт и отделение для легко раненых госпиталя 2212, поселок Петровский Ям, где находились склады и ветлазарет.

Санитарный городок, где находился госпиталь, был окружен со всех сторон белофиннами. Последние бутылками горючей смеси подожгли: общежитие, где находились бойцы и оружие, оба здания, где находились раненые и больные, пищеблок, общежитие, где находились сестры, дружинницы, канцелярия и командование госпиталя. Окна и двери были забросаны гранатами, у дверей были расставлены автоматчики. Бандиты ворвались в помещения, где находились раненые и больные, в упор расстреливая раненых, больных и безоружных медицинских работников: врачей, сестер и санитаров. Госпиталь охранялся двумя часовыми, которые были расстреляны сейчас же при окружении госпиталя. На вооружение госпиталя имелось тридцать пять винтовок, восемь винтовок было у шоферов, остальные находились в общежитии красноармейцев, которое было подожжено в первую очередь.

Из личного состава погибло двадцать три человека, трое пропали без вести, пять человек ранено и один обмороженный. Из имевшихся сорока пяти раненых и больных госпиталя, находящегося на территории сангородка, погибло пять, остальные были выведены сестрами и санитарами и спасены. Из имевшихся двадцати восьми раненых и больных III-го отд. двое погибло, остальные все спасены. Вся документация, автопарк и почта – все имущество госпиталя погибло…»

Петровский Ям – историческая деревня. В 1702 году отряд Петра I, прокладывавший Осудареву дорогу, останавливался здесь на берегу реки Выг. Впоследствии в деревне жили сплавщики. По переписи 1980 года население Петровского Яма насчитывало 3 человека. Перепись 2010 года живых людей в нем не обнаружила.

На месте зверского чудовищного преступления была установлена стела, а на берегу озера Выг памятник в виде трех свечей и капель слезы.

В торжественном открытии памятника приняли участие заместитель секретаря Совбеза РФ Рашид Нургалиев, глава Карелии Артур Парфенчиков, депутат Госдумы Валентина Пивненко, ветераны, жители города.

2020 год – особый год. 9 мая вся страна будет праздновать 75-летие Победы страны в Великой Отечественной войне. В войне, в которой принимали участие медики, спасая жизнь других, жертвовали собой. Этого забывать нельзя!

2020 год объявлен Всемирной организацией здравоохранения Годом медицинской сестры и акушерки.

С ВЕРОЙ В ДОБРО

Сегодня мы хотим рассказать о замечательном человеке, медицинской сестре Великановой Вере Александровне, которой 1 марта исполнилось 89 лет.

Вера Александровна родилась 1 марта 1931 года в городе Ленинабаде Таджикской ССР в семье военного. Родители переехали в Ленинградскую область на станцию «Курортная» города Сестрорецк, где Вера пошла в школу.

19 мая 1941 года была принята в пионеры. Начались каникулы. Хорошо помнит, как началась война: утро 22 июня 1941 года. Ей было всего 10 лет.

И отец, и мама были военнообязанные, но так получилось, что отец сразу же был отправлен на фронт, как доброволец, а мама была назначена на работу в эвакопункт. Было страшно, голодно и сложно, но дети продолжали учёбу и в таких условиях.

Детская память отчетливо сохранила ужасы, лишения, голод оккупированного города. Пережить бесконечные дни осады ей помогли вера в победу добра и необыкновенная внутренняя сила.

После войны В.А. Великанова посвятила себя спасению других людей. После окончания медицинского училища была отправлена на работу в город Воркуту Коми АССР в политические лагеря, где отработала три года. Затем вернулась в Ленинград, работала медсестрой в Военно-медицинской академии на первой кафедре и клинике хирургии усовершенствования врачей им. П.А. Куприянова.

В городе Кириши проживает с 1969 года. Работала в кардиологическом отделении центральной районной больницы процедурной медицинской сестрой до 1995 года. Вера Александровна была любимицей больных, от прикосновения её рук уходила боль. Сама Вера Александровна с большим теплом вспоминает время работы в нашей больнице, помнит всех врачей и многих пациентов.

В 1989 году в Киришском районе была образована общественная организация «Жители блокадного Ленинграда». Вера Александровна приняла активное участие в ее создании и вошла в Совет общества, а в 2000 году была избрана председателем. В этой должности В.А. Великанова проявила себя грамотным и неравнодушным руководителем, принципиально отстаивающим интересы членов объединения. Она организует мероприятия патриотической направленности, встречи блокадников. Особое внимание уделяет работе с детьми и молодежью. Веру Александровну уважают за стремление оказать помощь, за доброту и заботу.

Она приходит на встречи в детские сады, школы, подростковые клубы, различные организации, где делятся своими детскими воспоминаниями о тех страшных годах.

Вместе с членами организации посещает митинги 9 мая, 22 июня, 11 апреля, 8 сентября, 27 января и другие. Всех членов организации поздравляет с юбилеями, со всеми праздниками, по возможности организуют экскурсии.

Много лет была капитаном спортивной команды «Пчёлка» и принимала активное участие в спортивных мероприятиях среди общественных организаций г. Кириши.

Великанову В.А. уважают и ценят за её отзывчивость и готовность всегда прийти на помощь. За свой труд, активную гражданскую позицию, деятельное участие в общественной жизни города Кириши награждена многочисленными грамотами и медалями. Как председатель общества «Жители блокадного Ленинграда», она показала себя добросовестным, честным и ответственным человеком.

Вера Александровна воспитала двоих детей: сын Игорь работает на градообразующем предприятии «КИНЕФ», дочь Алла живёт в Санкт-Петербурге. Вера Александровна счастливая бабушка и прабабушка.

Портрет ветерана войны, блокадницы Веры Александровны Великановой в 2018 году был занесен на районную Доску почета.

Мы гордимся нашей коллегой, мы благодарны нашей героине!

Пресс-служба ГБУЗ ЛО
Киришская КМБ

ДЕЖУРНЫЕ ПО ЗДОРОВЬЮ

ОПЫТ МЕДИЦИНСКОГО ВОЛОНТЕРСТВА НА СЕЛЕ

Лариса САВЕЛЬЕВА
Старший фельдшер детской консультации ГБУЗ ТО «Областная больница №11» объединенного филиала №1 «Юргинская районная больница»

Как здорово, что есть такой конкурс, где во главе угла стоят дети. Предлагаю познакомиться! Зовут меня Савельева Лариса Николаевна, по профессии – фельдшер, по зову души – представитель движения волонтеров-медиков 14+. Работая в одном направлении, мы многого достигли вместе с детьми. Заслуга в этом не только моя, но и моих коллег – единомышленников, участников волонтёрского движения «Доброволецъ» Юргинского района.

Не секрет, что в сельском здравоохранении остро стоит вопрос кадров. И эту проблему никому, кроме нас самих, не решить. Не зря говорится: спасение утопающих – дело рук самих утопающих. Так, в нашей районной больнице родился проект по профессиональной ориентации подростков. Цель – найти работнику ФАПа юных помощников, научить их элементарным навыкам оказания первой помощи, таким образом, заинтересовать ребят в том, чтобы они не просто выбрали медицину делом своей жизни, но и вернулись в родной район на работу после получения медицинского образования.

Лесновский ФАП

В селе Лесном длительное время не было постоянного работника. Те, кто здесь трудились – либо совместители, либо долго не задерживались.

Сегодня в Лесновском ФАПе работает Светлана Костецкая – медицинская сестра, которая одна обслуживает 800 человек, 220 из которых – дети. Согласитесь, нелегко для начинающего медика. Поняли, что кадровую проблему надо решать, делая ставку на школьников. Поставили задачу – вовлечь их в волонтёрское движение. Организовали рабочую группу из трёх человек, включая старшую медсестру Юргинской больницы Алёну Попову. Для начала мы составили план мероприятий, подготовили письма на имя директора школы и главы сельского поселения о содействии школьников в волонтёрском движении, составили план обучения волонтёров-медиков.

Как организовать детей в летний период?

Решили действовать через родителей, интересуясь у них, не хочет ли ребёнок стать медиком. И желающие среди детей нашлись. Причём дети не просто пришли, но ещё и друзей с собой привели! Так довольно быстро образовалась группа подростков в количестве девяти человек.

На первой нашей встрече дети посмотрели презентацию о медицинских профессиях и видеоролик о волонтёрах, познакомились с планом обучения, определили время для занятий. Затем сами ребята, включив фантазию и приложив немного усилий, оформили учебную комнату, где им предстояло постигать сложную медицинскую науку, для того чтобы потом оказывать помощь и быть полезными людям.

Подростки, вовлеченные в волонтерское движение, стали с нетерпением ждать каждое занятие. А наша сестра милосердия, как по-доброму я называю Светлану Костецкую, с большим желанием начала обучать юных медиков-волонтёров, делясь не только своими знаниями, но и вкладывая душу. Потому что сестра милосердия – это высокий профессионализм, помноженный на особые душевные и духовные качества.

Школьный отряд «Твори добро»

Название отряда дети придумали сами. Надо было начинать делать добрые дела. В один из воскресных дней мы организовали субботник по благоустройству территории ФАПа: побелили деревья, разбили цветочную клумбу, покрасили оконные рамы. Скамейка для отдыха, которую для нас смастерил местный житель, после покраски превратилась в произведение искусства. Мы не только плодотворно пообщались, но и неплохо поработали. Чай с тортом после трудового дня объединил нас ещё больше.

В нашей больнице давно практикуется работа с населением во время праздников: медицинские работники эффективно проводят профилактическую работу в так называемой «Палатке здоровья». В юбилей родного села появился замечательный повод вывести ребят в свет, представить их землякам в качестве добровольцев,

за которыми будущее нашего здравоохранения.

К предстоящему праздничному мероприятию готовились особенно тщательно, поскольку нам предстояло сделать серьезный шаг. Люди должны были поверить, что ребята чего-то стоят! Для этого мы много занимались, обучали, проверяли, все ли верно ребята выполняют, подсчитывают, регистрируют.

Убедившись, что юные волонтеры безошибочно выполняют доверенную им работу, постарались отточить навыки до автоматизма, обращая внимание в том числе и на скорость, отрабатывали технику измерения артериального давления (АД) и подсчёта пульса, подготовили листовки для раздачи гостям праздника и жителям села, оформили рабочее место.

Я, как командный игрок, убедила своих коллег, что нужна единая форма, потому что это мобилизует, дисциплинирует и объединяет ребят. Остро встал вопрос финансирования. Мы обратились в Центр развития детей и молодёжи «Лидер» Юргинского муниципального района. Нам оплатили футболки и кепки, дизайн которых создали сами ребята. Такую боевую команду в красных кепках трудно было не заметить.

Среди гостей праздника желающих узнать своё АД было много. Поначалу подходили родители, другие родственники, знакомые ребят, соседи. Каждый старался их похвалить, приободрить. А потом стали стекаться другие жители села. Чувствовалось, что детям нравится то, чем они занимаются. Вели они себя достаточно уверенно. Казалось бы, детская игра в доктора воплотилась в жизнь, они стали полезны своим ровесникам, взрослым людям, бабушкам и дедушкам. Были ребята из наблюдавших, которые ревностно следили за действиями юных волонтёров-медиков «Твори добро» – таких же девчонок и мальчишек, понимая, что они действительно творят добро.

Так, со всей ответственностью отработав на празднике несколько часов наравне со взрослыми, победив свою нерешительность, ребята поняли: к ним идут, им доверяют, от них ждут помощи. Не последнюю роль играет и вознаграждение. Команда волонтёров-медиков получила свой первый похвальный лист за организацию отряда «Твори добро».

Верю, что не зря мы с ребятами еще с утра успели побывать на открытии Поклонного креста… Возможно, именно в тот момент нами и было получено благословение свыше – делать добрые дела.

> Настанет время, мы будем гордиться ими – медсестрами, фельдшерами, врачами.

Диспансеризация

Какую еще пользу, кроме тонометрии и пульсометрии, могут приносить юные волонтеры-медики? Неоценима помощь ребят при проведении диспансеризации взрослого населения на селе. Индивидуальное именное приглашение на прохождение диспансеризации, как показал опыт, более весомое побуждение к действию, чем безликое объявление на стенде.

В подобной ситуации юный задор, свежие силы, чувство локтя, которое ребята испытывают при общении друг с другом, играют большую роль. Ребята-

волонтеры за один день легко справляются с кипой приглашений. А еще они научились убеждать, разъясняя взрослому населению всю важность регулярных осмотров на ФАПе, амбулатории или районной поликлинике, – тем самым способствуя раннему выявлению заболеваний. Главное, сделать важный первый шаг – прийти на прием. Чем раньше будет обнаружено серьезное заболевание, тем больше шансов на спасение и дальнейшую полноценную жизнь. Ребята это твердо уяснили и действуют абсолютно грамотно.

Гипертония, стоп!

Тюменская ассоциация медицинских сестёр в 2017 году стала победителем президентского гранта – социальный всеобуч «Гипертония, стоп!». Активная работа медицинских сестер Тюменской области в этом направлении проводилась в течение 2018 года. Ее было решено продолжить и далее, в течение 2019 и 2020 годов. Медики-волонтёры – первые помощники по выявлению артериальной гипертонии и предотвращению опасных последствий.

«Твори добро» – это визитная карточка всех мероприятий, где медики проводят профилактическую работу. Дети наравне с взрослыми занимаются выявлением групп риска по высокому АД. Через их руки за полгода прошла не одна сотня людей. Десятки выявленных детьми пациентов сегодня уже наблюдаются у специалистов. В их практике были даже зарегистрированы три случая, когда людям понадобилась

неотложная квалифицированная помощь. Возможно, четкие действия и серьезный подход ребят к доверенному делу помогли избавить этих людей от нежелательных последствий.

Серебряный волонтёр

На практические занятия с детьми иногда не хватало времени. Для этого стали приглашать помощников со стороны. Вера Ивановна Савицкая, ветеран труда, проработавшая в медицине 42 года, с удовольствием включилась в работу с молодым поколением. Талантливый наставник, поставивший за свою жизнь «на крыло» не одного молодого специалиста, Вера Ивановна нашла применение своим силам. Я знаю её с детства, она из тех добрых людей, что когда-то работали в Лесновской участковой больнице.

«Я дежурный по здоровью на селе»

Под таким названием я разработала положение квест-игры для того, чтобы поддержать интерес детей и проверить их знания, полученные при обучении в ФАПе. Им была предложена роль «Скорой помощи». Приятно удивило серьёзное отношение к поставленной задаче. Ребята-волонтеры искренне переживали, когда что-то не получалось. Хотя это была игра, они так волновались, как будто всё происходит на самом деле. Игра прошла на одном дыхании. Было интересно, как признались потом ребята, и страшно…

Гипертонический патруль

Количество ребят, желающих стать медиками-волонтёрами в других территориях района, месяц от месяца все возрастает. Чтобы не отвлекать детей от учебного процесса, возникла идея создания «гипертонических патрулей» в стенах школ. Мы, не задумываясь, включили этот пункт в план работы 2019 года.

Вопрос «С чего начать?» перед нами не стоял, поскольку отправной точкой послужил приказ департамента здравоохранения Тюменской области «Об организации “Гипертонического Патруля” в медицинских учреждениях», так своевременно изданный и растиражированный по всех ЛПУ области. Просто мы решили его применить еще и в образовании, так как проблема гипертонической болезни, повышенного давления последние годы остро стоит не только перед взрослым населением, но и перед молодежью.

Я обратилась к педагогам-организаторам школ с просьбой оказать содействие в организации «гипертонического патруля», работа которого направлена на выявление группы риска по высокому АД среди сотрудников и учащихся школ, определить рабочее место и согласовать режим работы. В трёх школах района патруль с большим желанием начал свою работу.

Неоценимую помощь в организации школьных патрулей оказали наши звездочки из отряда «Твори добро» Варвара Костецкая и Яна Коновалова. Бывалые волонтеры, они не только курировали новичков-сверстников, но и помогали с оформлением рабочего места. А я попросила начинающих волонтёров-медиков поделиться своими впечатлениями. Вот их отзывы: «В нашей школе прошла Неделя гипертонического патруля. Все желающие могли измерить себе артериальное давление. Большой интерес проявили учителя: приходили измерять давление каждый день. Благодаря активному участию многих учеников и учителей, мы выявили среди них тех, у кого было высокое АД и завели на каждого “Дневник наблюдения”. Нам понравилось работать в роли врачей, а учащимся – заботиться о своём здоровье. Мы продолжим свою работу с тем же настроем».

Связь с общественностью

Тесная дружба с редакцией районной газеты «Призыв» связывает нас давно. Они не раз освещали работу по волонтёрскому движению на страницах газеты. Мне показалось заманчивой идея привлечь к редакционной деятельности детей. Рубрику «Волонтёры-медики», где они сами будут рассказывать о своих добрых делах, мы согласовали с редакцией. Уже вышел первый материал «Гипертонический патруль», он был размещён также в интернет-газете Дома прессы и в соцсетях.

Есть ли будущее у волонтерского движения?

Активно включившись в работу с подрастающим поколением, убедилась: будущее у волонтерского движения есть! Честно говоря, начиная взаимодействие с ребятами, пожелавшими выбрать основной стезей для себя медицину, мы и сами не были уверены в успехе. Но теперь понимаем, какой огромный объем полезной для общества работы мы сделали вместе с этими детьми, имея общие цели и стремления.

Ребята доказали нам, взрослым, что им действительно можно доверять, они целеустремленные и настойчивые. Всё то доброе, что нам удалось заложить в их юные сердечки, со временем принесет плоды. Настанет время, мы будем гордиться ими – медсестрами, фельдшерами, врачами – и с легкой ноткой ностальгической грусти думать: когда-то мы были для них источником добра, профессионализма, человечности, и в том, что из них выросли благородные, милосердные люди, есть и частичка нашей души. Твори добро, и оно тебе вернется!

Это МЫ и МЫ будем!

В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ПРОШЛИ МЕРОПРИЯТИЯ, ПРИУРОЧЕННЫЕ К ВСЕМИРНОМУ ДНЮ БОРЬБЫ С РАКОМ

Мария ФЕДОРОВА
Председатель специализированной секции «Сестринское дело в онкологии» РООЛО «ПАССД»

Новообразования человека (опухоли) известны с давних времен. Несмотря на это, в настоящее время они относятся к одной из основных причин смертности во всем мире. Россия в этом вопросе не исключение. Возможно ли изменить эту тяжелую ситуацию? Современная медицина ведет непримиримую борьбу за снижение заболеваемости, и раннее выявление онкологических заболеваний. Всемирный день борьбы с раковыми заболеваниями (Word Cancer Day), отмечаемый 4 февраля, – это ежегодное мероприятие Международного противоракового союза (International Union Against Cancer. UICC), целью которого является привлечение внимания общественности к этой глобальной проблеме, напоминание о том, насколько опасны и распространены сейчас онкологические заболевания, и насколько значимы профилактические мероприятия.

Каждый год, начиная с 2008 года, данный День обозначен определенной темой. Тема 2019–2021 годов: «Я есть и я буду» (I Am and I Will). В этот день предлагается предпринять коллективные или индивидуальные меры по облегчению бремени рака.

Секция «Сестринское дело в онкологии» Профессиональной ассоциации специалистов сестринского дела Ленинградской области провела акцию, посвященную Всемирному дню борьбы против рака под девизом «Это я и я буду». В медицинских организациях области специалисты участвовали в организации и проведении профилактических мероприятий.

Рак легких, желудка, печени, толстого кишечника и молочной железы, рак шейки матки составляют большую часть причин смертности от онкозаболеваний. Треть случаев смерти вызвана пятью основными факторами риска, которые связаны с поведением и питанием – это высокий индекс массы тела, недостаточное употребление в пищу фруктов и овощей, отсутствие физической активности, употребление табака и употребление алкоголя. Кстати, курение – самый значительный фактор риска развития рака, который приводит к 22 % глобальных случаев смерти от рака и к 71 % глобальных случаев смерти от рака легких. Инфекции, вызывающие рак, такие как HBV/HCV и HPV, приводят к 20 % случаев смерти от рака в странах с низким и средним уровнем дохода.

Специалисты сестринского дела ГБУЗ «Ленинградский областной клинический онкологический диспансер» (далее – ГБУЗ ЛОКОД) – регионального медицинского учреждения по профилактике и лечению онкологических заболеваний в Ленинградской области, подготовили материалы для медицинских организаций региона с целью профилактического скрининга и раннего выявления предопухолевых и опухолевых болезней. Мероприятия, проводимые непосредственно специалистами ГБУЗ ЛОКОД, были направлены не только на первичную профилактику, но также на профилактику рецидивов различных онкологических заболеваний. Специалисты секции РООЛО «ПАССД» «Сестринское дело в онкологии» под руководством председателя секции – главной медицинской сестры ГБУЗ ЛОКОД Марии Федоровой, разработали брошюры по профилактике рака шейки матки (Светлана Ольшевская, медицинская сестра палатная онкогинекологического отделения), молочной железы (Ольга Маковеева, перевязочная медицинская сестра онкологического отделения хирургических методов лечения № 2 (маммологического), мероприятий по онкологическому эндоскопическому скринингу (Людмила Квасоля, старшая медицинская сестра отделения видеоэндоскопических методов диагностики и лечения). Традиционно в этот день в эндоскопическом отделении диспансера желающим были проведены профилактические исследования кишечника капсульным методом и фиброгастродуоденоскопия. В поликлинике были обновлены плакаты по профилактическому скринингу, а медицинская сестра диетическая Оксана Тучная подготовила для посетителей, пациентов и их родственников занимательную лекцию о правильном питании – «антираковая тарелка».

В дневном стационаре химиотерапевтического отделения, медицинский брат Илья Коваль, уже не первый год проводит занятия с пациентами и их родственниками о режиме дня и питании при проведении химиотерапии, раннем выявлении повторных рецидивов заболевания.

Широкая просветительская работа ведется в социальных сетях: группа «ЛОКОД. Профилактика, диагностика и лечение рака» «ВКонтакте» и Instagram. Там можно узнать, входите ли вы в группу риска по какому-либо виду онкологической патологии, получить информацию под хештегом #проверь себя и даже проконсультироваться у специалистов.

Медицинские работники ГБУЗ ЛО «Центр профпатологии» вносят свой вклад в борьбу с онкологическими заболеваниями. Здесь проводятся предварительные, периодические, углубленные и внеочередные медицинские осмотры граждан с целью не только выявления противопоказаний и про-

КАК СНИЗИТЬ РИСК ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ?

1. Снижение факторов риска

Правильное питание (уменьшение потребления жира – не более 50–70 г. в дневном рационе, обязательное присутствие в рационе овощей и фруктов, обеспечивающих организм растительной клетчаткой, витаминами и веществами, обладающими антиканцерогенными свойствами: желтые и красные овощи, содержащие каротин (морковь, помидоры и др.), фрукты с большим содержанием витамина С (цитрусовые, киви и др.), капуста (особенно брокколи, цветная или брюссельская), чеснок, лук, регулярное и достаточное потребление растительной клетчатки, содержащейся в цельных злаковых культурах, овощах и фруктах, ограничение потребления копченой и нитросодержащей пищи, ограничение потребления красного мяса); отказ от курения и алкоголя; минимизация стрессовых ситуаций; активный физический образ жизни; исключение профессиональных канцерогенов; выявление лиц с высокой степенью наследственного риска и наблюдение за ними).

2. Диспансеризация и профилактические медицинские осмотры

– анкетирование с целью выявления наследственных факторов развития ЗНО;

– антропометрия (выявление лиц с повышенной массой тела, ожирением или, наоборот, резко похудевших);

– осмотр кожи и слизистых оболочек для выявления предраковых заболеваний этих локализаций;

– регулярное, 1 раз в год, посещение гинеколога для женщин с обязательным взятием мазка для цитологического исследования;

– самообследование молочных желез, регулярно на 5-й день цикла;

– маммография для женщин старше 39 лет (УЗИ молочных желез до этого возраста) 1 раз в 1–2 года;

– флюорография или КТ 1 раз в год;

– развернутый анализ крови для лиц старше 39 лет – 1 раз в 5 лет (при отсутствии других признаков и жалоб);

– исследование кала на скрытую кровь для лиц старше 45 лет и при наличии жалоб;

– посещение уролога мужчинами старше 45 лет + сдача крови на ПСА;

– УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства для лиц старше 50 лет – 1 раз в 5 лет;

– фиброгастроскопия – каждые 2 года после 40 лет;

– колоноскопия – после 40 лет 1 раз, далее по назначению врача.

Лиц с выраженными факторами риска направляют в кабинеты профилактики и школы здоровья для коррекции образа жизни и отказа от вредных привычек (график обследования может быть иным и начинаться раньше).

В случае с другими видами онкологических заболеваний (например, мозга, ротовой полости, мочевого пузыря, почек, печени и т. д.) регулярный скрининг не подтверждает своей эффективности и порой может принести больше вреда, чем пользы (дорогостоящие ненужные обследования, вмешательства в организм, ложноположительные диагнозы). Однако, при болях и дискомфорте, любых тревожных симптомах – сразу надо обратиться к врачу!

В современном мире проблема онкологических заболеваний волнует многих – здесь нет равнодушных людей. Главная задача всех проведенных в этот день мероприятий – донести до населения информацию, что рак излечим, если он обнаружен на ранней стадии, что некоторые факторы риска мы можем снизить сами путем соблюдения правильного поведения, правильного питания и т. д.

Медицинские сестры всегда будут стоять на страже здоровья людей в рамках своей профессиональной компетенции и помогать в профилактике и борьбе с раком!

фессиональных заболеваний, но и для выявления и профилактики онкологии и «предрака».

В ГБУЗ ЛО «Сланцевская МБ» для повышения уровня знаний населения по вопросам профилактики, диагностики и лечения онкологических заболеваний, в рамках акции «Это я и я буду» проводились беседы с пациентами, разъяснялась необходимость в проведении того или иного обследования. В холле поликлиники и женской консультации проводилась раздача листовок и буклетов, транслировались видеоролики с информацией о профилактике онкологических заболеваний, проводилось анкетирование с целью выявления факторов риска. Врач-онколог провел осмотр женщин и мужчин, направленный на выявления патологии кожных покровов, молочных желез. При осмотре были выявлены только доброкачественные новообразования на коже. Всем пациенткам рекомендовано самообследование молочных желез и выданы направления на УЗИ молочных желез или маммографию (в зависимости от возраста). Информационный сайт поликлиники регулярно пополняется материалами по профилактике и раннему выявлению онкологической патологии, в том числе и материалами из профильного онкологического учреждения региона – ГБУЗ ЛОКОД. Регулярно, во время поликлинического приема, проводятся беседы о факторах развития злокачественных новообразований, рекомендуется здоровый образ жизни.

В ГБУЗ ЛО «Сертоловская ГБ», в каждом из трех отделений дневного стационара, медицинские сестры рассказывали о рисках развития рака, о влиянии наследственности и вредных привычек. В гинекологическом отделении был сделан упор на частоту посещения гинеколога и важность цитологического обследования для женщин. Мужчинам рассказали, с какого возраста необходимо посещать уролога и сдавать онкомаркер ПСА. Всех заинтересовало, как правильно проводить осмотр кожных покровов, определять размер и подвижность лимфоузлов. В столовых пациенты познакомились с «антираковой тарелкой» – равнодушных к проблеме рака людей не наблюдалось.

Во многих медицинских организациях Ленинградской области прошли акции, приуроченные к Всемирному дню борьбы с раковыми заболеваниями. Они были похожими и в то же время, совершенно отличными друг от друга. Было задействовано более 300 медицинских работников разного уровня.

ПРИВЕСТИ МИР К ЗДОРОВЬЮ

12 МАЯ МИР ОТМЕТИТ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕНЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

МЕДИЦИНСКИМ СЕСТРАМ ПРИНАДЛЕЖИТ ВЕДУЩИЙ ГОЛОС В ДОСТИЖЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ВО ВСЕМ МИРЕ

«*В мире насчитывается более 20 миллионов медицинских сестер, у каждой из них есть история. Они немало знают о надежде и смелости, боли и страдании, о жизни и смерти. Как вездесущая сила добра, медсестры слышат первый крик новорожденного, они же становятся свидетелями последнего вздоха умирающего. Они находятся рядом в самые счастливые и в самые трагичные моменты жизни*», – с этих слов начинается публикация Международного совета сестер, приуроченная к Международному дню медицинской сестры 2020 года – особенного в истории современного сестринского дела.

Во всем мире люди инстинктивно доверяют медсестрам и уважают выполняемую ими работу. Но понимание профессии в обществе исполнено противоречий, широко распространены представления о медсестре, как о подчиненной врача. Лишь малая часть населения осознает значение и роль медицинской сестры в современном здравоохранении. Поэтому сегодня одна из задач Международного совета сестер и национальных сестринских ассоциаций состоит в том, чтобы голос медицинских сестер был услышан, чтобы мир узнал об этой замечательной, современной и жизненно важной профессии.

Международный совет сестер был создан более 100 лет назад. В те времена едва появился телефон, путешествия между континентами были труднодоступными, тем не менее, основательницам Совета уже тогда удалось объединить лидеров профессии во всем мире. Международный совет выстоял и в годы разрушительных войн. Медицинские сестры всегда выступали единым фронтом в поддержку здоровья во всем мире, всегда работали ВМЕСТЕ. Вступая в 2017 году в должность президента МСМ, Аннет Кеннеди выбрала это слово своим девизом.

За прошедшие 3 года Международный совет не единожды продемонстрировал, как, действуя вместе, национальные ассоциации медсестер добиваются перемен. 2020 год откроет новые возможности, с тем чтобы лидеры объединили свои усилия и продемонстрировали всему миру новый взгляд на профессию медицинской сестры.

12 мая мировое сообщество профессионалов отметит день рождения Флоренс Найтингейл. Как отмечают в своем вступительном слове Энн-Мари Рафтери, профессор одноименного факультета сестринского дела в Королевском колледже Лондона и Кристоф Дебуа, генеральный секретарь Европейской ассоциации преподавателей сестринского дела, Флоренс впитала лучшие идеи викторианской эпохи, была воспитана в духе свободомыслия, с детства участвовала с родителями в гуманитарных миссиях. В доме Найтингейлов в те времена бывали выдающиеся мыслители эпохи. Ее решение стать медицинской сестрой было необычным для девушки такого происхождения, но благодаря своим знаниям она привнесла статистику в понимание «естественного закона». Она же благодаря своему знакомству с политиками выносила волнующие ее вопросы на уровень принятия решений, ведя борьбу как за изменения в области медицинского ухода, так и в поддержку социальной защиты людей и наделения женщин правами наравне с мужчинами. Как отмечают авторы предисловия, международная статистика и аналитика Флоренс была предтечей возникновения Международного классификатора болезней (МКБ). Внимание, которое Флоренс уделяла оценке исходов лечения, подчеркивает наша современница – Линда Айкен, – ***«умение Флоренс графически отображать данные подкрепляло ее мысли и заставляло людей действовать. Она понимала влияние данных на образ мыслей и, таким образом, вдохновляла политиков на реформы»***.

Каким увидела бы мир Флоренс Найтингейл сегодня? Авторы предисловия уверены – ее шокировали бы проблемы сегодняшнего мира – уровень неравенства людей, нехватки медсестер, современных угроз здоровью – от антибиотикорезистентности до эпидемий новых болезней. Флоренс не сидела бы, сложив руки. Она бы обязательно созвала саммит медицинских сестер во время Всемирной ассамблеи здравоохранения, провела бы слет лидеров профессии на полях Всемирного экономического форума в Давосе и заявила бы лидерам всех государств об их ответственности за оказание помощи.

Вне всяких сомнений, будучи нашей современницей, Флоренс стала бы первой, кто освоил бы телемедицинские технологии, учил бы их использованию коллег и расширял диапазон их применения в сестринской практике.

«Действительно, значение данных нельзя переоценить», – отмечает Барбара Стилвэл, исполнительный директор глобальной кампании «Сестринское дело сейчас». За последнее десятилетие научные исследования и анализ данных позволили нам установить факты о том, какова истинная роль

профессии в поддержке качества жизни и здоровья:

- Больные раком легких живут дольше, избегают дополнительных госпитализаций и лучше справляются с лечением, если за ним ухаживают медсестры с соответствующей специализацией.
- Оказание первичной медико-санитарной помощи медицинскими сестрами вместо врачей вероятно приводит к аналогичным или более высоким показателям здоровья пациентов и их удовлетворенности помощью.
- В странах с высоким уровнем дохода достаточное число хорошо подготовленных медицинских сестер, работающих в госпитальных отделениях, может снизить риск смертности пациентов.
- Модели сестринской помощи могут быть более эффективными в поддержке приверженности пациентов лечению и могут достигать более высокой удовлетворенности пациентов по сравнению с врачебными моделями.
- Передача сестрам определенных врачебных задач для расширения помощи бедным слоям африканского населения, больным ВИЧ/СПИДом, гипертонией и диабетом привела к снижению нагрузки на врачей и достижению более высоких показателей здоровья людей.
- Неспособность привести штатное расписание в соответствие потребностям пациентов приводит к росту показателей смертности.

Эти факты – результат работы современных последовательниц Флоренс Найтингейл, которые стремятся с помощью данных отразить вклад специалистов и выявить пробелы в работе систем здравоохранения, восполнить которые можно за счет наделения профессионалов более широким объемом полномочий.

Эта работа ведется во всем мире. Медицинские сестры берут на себя ответственность за решение сложных проблем, как в странах с высоким уровнем доходов, так и в наименее благополучных.

Казалось бы, с какими проблемами могут сталкиваться пациенты в США и Канаде, в странах с наиболее высокими расходами на здравоохранение? Ответ обсуждается на протяжении нескольких лет – расходы распределяются неравномерно. В представлениях политиков и общества олицетворением медицинской помощи являются больницы – врачи, лекарственные препараты, здания. Преодолеть этот подход пока не удается, поэтому при самых высоких затратах на здравоохранение США и Канады (10 739 и 6836 долларов на душу населения соответственно), в рейтинге по эффективности здравоохранения стран OECD (Организация экономического сотрудничества и развития – объединяет 36 государств) они традиционно занимают последние места, а медицинские ошибки считаются третьей причиной смертности – после онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний. Поэтому здесь медицинские сестры, объединенные в профессиональную ассоциацию, отстаивают реализацию новых подходов к организации помощи, поддержку помощи на дому, помощи в хосписах, помощи в домах сестринского ухода – тех направлений медицины, где ведущую роль играет медицинская сестра.

Ливан – страна, пережившая войну, где ощущается острый дефицит медицинской помощи. В первичном звене работают в основном медицинские сестры. За несколько лет в стране существенно снизился охват населения вакцинацией – утрачивались медицинские карты, люди теряли документы, просто не приходили и не обращались за помощью, во многих случаях никто и не пытался их найти, поскольку медсестер не хватало. Минздрав Ливана при поддержке ВОЗ и ЮНИСЕФ приступил к реализации проекта, направленного на поддержку вакцинации. В стране проводится анализ документации, ведется поиск детей в возрасте от 0 до 15 лет, пропустивших вакцинацию. Обнаружив таких детей, медицинские сестры вызывают их на прием, определяют график выполнения прививок и реализуют его. Таким образом, ежегодно в стране проходят пропущенную вакцинацию до 10 тысяч детей из бедных семей.

А теперь перенесемся в Чили, в медицинский центр Сотеро дель Рио, который обслуживает один из беднейших районов с населением 1,6 млн человек. В составе центра поликлиника на 600 посещений в день и стационар, рассчитанный на 800 коек. До внедрения реформы, о которой скажем чуть позже, получение оперативной помощи в этом центре для большинства пациентов проходило с большой отсрочкой – в листе ожидания операции значилось более семи тысяч человек, сроки ожидания варьировали от четырех недель до восьми лет! Но ситуация кардинально изменилась в результате создания отделения предоперационной подготовки – отделения, работой которого руководят медицинские сестры. Что изменилось? Лист ожидания сократился на 40 %! Сроки ожидания и прохождения предоперационной подготовки сократились с восьми месяцев до шести дней! Были оптимизированы планирование и использование операционных, медсестры добились повышения медицинской грамотности населения. Стоит ли говорить, что удовлетворенность пациентов помощью вышла на новый уровень! Успех этого проекта высоко оценило руководство чилийского минздрава – подобная система предоперационной подготовки была внедрена во множестве медицинских центров страны.

В Шеффилде (Англия) две медицинские сестры решили помочь выходцам из Индии и Пакистана и стали авторами еженедельной радиопрограммы, которая посвящена вопросам здоровья. Изюминка программы в языке вещания. Это хинди, который понятен 10 % населения Шеффилда – выходцам из стран Южной Азии. Многие из этих людей не очень хорошо понимают английский, а радиопередача дает им ценную информацию на родном языке. Программа транслируется и на канале в Фейсбуке. По итогам года программа обрела высокую популярность среди азиатского населения, повысила статус медицинских сестер и позволила людям понять, что эта профессия – достойный выбор будущего для своих детей.

Не остались незамеченными и примеры работы медицинских сестер нашей страны. В издании, посвященном Международному дню медицинской сестры, приведен опыт наших коллег по внедрению видео-контролируемого лечения ТБ, важнейшие разделы издания, подготовленные президентом, исполнительным директором Международного совета, исследователем

Линдой Айкен иллюстрируются нашими, российскими примерами.

2020 год вне всяких сомнений войдет в историю профессии, в историю системы здравоохранения многих стран мира. Мы уверены, что он станет поворотным в России. Уже сейчас руководители и эксперты Ассоциации медицинских сестер России готовят конкретные предложения по передаче медицинским сестрам новых полномочий и освобождении сестер от выполнения функций, которые не требуют медицинского образования. Мы становимся не просто свидетелями, а непосредственными участниками перемен, приводим в действие новые подходы к организации помощи.

Сделать предстоит еще очень много. Ведь реальный вклад медицинской сестры в здравоохранение зависит не только от набора задач, которые перед ней поставлены. Он определяется уровнем подготовки, полнотой ресурсного обеспечения, степенью безопасности и поддержки каждой медицинской сестры на рабочем месте. Но первый – важный и ответственный этап – пройден. Достигнуто понимание того, что сегодня медицинская сестра может сделать для здравоохранения гораздо больше, чем когда-либо ранее!

АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ

Уважаемые коллеги!
Примите самые искренние поздравления с Международным днем медицинской сестры и Международным днем акушерки!

Сегодня вы не просто представляете самую крупную армию работников здравоохранения, сегодня вы олицетворяете надежду миллионов людей на выздоровление и возвращение к счастливой жизни!

Мир проходит очередную проверку на прочность, в который раз медики всех стран объединяют свои усилия в борьбе с болезнью. Я уверена, что вы внесете достойный самых высоких оценок вклад в охрану здоровья населения.

Очень хочу пожелать вам самим сохранить и сберечь собственное здоровье, силы, эмоциональный настрой, ощутить, что ваши знания и клинический опыт – ценнейший ресурс для всего общества!

Сегодня, как никогда ранее, к людям приходит понимание истинных ценностей, уважение и признание в адрес тех, кто его достоин и заслуживает. И бесспорно, все это относится к вам – медицинским сестрам и акушеркам России!

Я искренне желаю вам преодолеть все трудности, решить все профессиональные задачи, ощутить значимость своей работы. Всем сердцем желаю вам здоровья, благополучия, смелости и стойкости духа, профессионализма, веры в свою профессию и гордости за нее!

В.А. Саркисова,
Президент РАМС,
Председатель Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций

Профессия доброты и милосердия

Наталья Владимировна Парохонько родилась в маленьком городке Омской области с удивительным названием – Тара. Здесь пролетело детство, прошла юность.

Интерес к профессии привила бабушка, которая к медицине не имела отношения, но всегда говорила, что медицина – самая уважаемая и почетная профессия. Поэтому, когда пришло время выбирать профессию, она, не раздумывая, поступила в Тарское медицинское училище № 2 на фельдшерское отделение.

В 1988 году после окончания учебы пришла работать в Тарскую ЦРБ медицинской сестрой отделения новорожденных. За шесть лет работы Наталья Владимировна приняла участие не только в выхаживании десятков новорожденных, но и научилась понимать матерей, консультировать, обучать их навыкам ухода и вскармливания.

В 1994 году после повышения квалификации была переведена на должность акушерки. Принципиальная, ответственная, коммуникабельная, энергичная, она стала настоящей душой коллектива.

Назначение Натальи Владимировны в 1998 году старшей акушеркой было справедливо одобрено коллегами. За полученные знания и приобретенные практические навыки она благодарна своим наставникам: врачам акушерам-гинекологам Филиппчик Л.Н., Козаевой Н.А., акушеркам Руденко Н.А., Крутаковой В.Е.

В коллективе трудятся 5 акушерок и 7 медицинских сестёр палаты новорожденных, это опытные, квалифицированные сотрудники, имеющие большой стаж работы. Благодаря слаженной работе сестринского коллектива показатель травматизма матери и плода, количества эпизиотомий, инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, достаточно низкий. Показатель совместного пребывания матери и ребенка составляет 98 %, раннее прикладывание к груди в родильном зале – 98 %. В отделении активно внедряются современные перинатальные технологии.

За годы работы акушеркой Наталья Владимировна приняла около 400 малышей. Навсегда в памяти останутся первые принятые роды и самостоятельное дежурство. Родился «богатырь» весом 4760 грамм. Пришлось сконцентрировать внимание, знания, сосредоточиться на основной цели, настроиться психологически и морально, чтобы исход родов был положительный для мамы и малыша.

Помочь родиться на свет недоношенному ребенку – двойная ответственность. Самый маленький новорожденный, которого пришлось принимать Наталье Владимировне, весил всего 700 грамм. Тепло и радостно становится на душе, видя, как он растёт и развивается в настоящее время.

С 2004 по 2007 год акушерское отделение приняло участие в Российско-Американском проекте «Мать и дитя». При непосредственном участии Натальи Владимировны были внедрены: кожный контакт матери и новорожденного, прикладывание ребёнка к груди матери в родильном зале, совместное пребывание с момента родов до выписки, вскармливание по требованию младенца. Проведена большая работа по организации индивидуальных родильных залов, палат совместного пребывания «Мать и дитя». Результат – акушерскому отделению Тарской ЦРБ было присвоено звание «Больница доброжелательного отношению к ребёнку».

Наталья Владимировна в рамках проекта повысила квалификацию на цикле «Современные методы контрацепции». Получив знания сама, она каскадным методом провела обучение акушерок стационара и поликлинического отделения, фельдшеров и акушерок фельдшерско-акушерских пунктов и амбулаторий, которые в свою очередь провели работу с населением по этой теме. Благодаря осуществленной работе охват контрацепцией женщин после абортов, родов, девочек, живущих половой жизнью, социально неблагополучных проведен на достаточно высоком уровне.

Профессиональный опыт, желание постоянно совершенствоваться позволили Наталье Владимировне в течение 15 лет быть председателем комитета по лечебному питанию Совета по сестринскому делу, рецензентом по оценке качества написания аттестационных работ на квалификационную категорию сестринского персонала акушерской и гинекологической служб: Тарской, Колосовской и Знаменской центральных районных больниц Омской области, членом экспертной предаттестационной подкомиссии в больнице.

Развитие профессии акушерки, её популяризация для Натальи Владимировны – дело всей её жизни. Наталья Владимировна делегат третьего съезда акушерок Омской области, региональных мероприятий по актуальным вопросам акушерства. Заслуженной стала её победа в 2011 году в конкурсе «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием» в номинации «Лучшая акушерка» в Тарской центральной районной больнице.

У Натальи Владимировны две замечательные дочери. Одна из них продолжила династию, окончив медицинское училище по специальности «Медицинская сестра», трудится в настоящее время в Тарской центральной районной больнице медицинской се-

строй офтальмологического кабинета поликлиники.

Сегодня, перебирая довольно внушительную стопку почётных грамот и благодарственных писем, Наталья Владимировна смущённо улыбается. Грамоты главы Тарского муниципального района, главного врача Тарской центральной районной больницы, Совета по сестринскому делу, профсоюзной организации, Омской профессиональной сестринской ассоциации, Тарского филиала медицинского колледжа, студенты которого ежегодно проходят производственную практику на базе акушерского отделения, только подтверждают её внутреннее убеждение в правильности выбора профессии. Значит – новые дела ждут и жизнь продолжается!

Год медицинской сестры и акушерки – прекрасный повод влиять на развитие профессии как личными профессиональными достижениями, так и коллективными.

Встречать людей у самого начала,
В конце наитруднейшего пути,
Брать на руки и слушать,
чтоб стучало
Сердечко у младенчика в груди
Наверное, не просто. И с годами
Приходит опыт, только не унять
Весь шквал эмоций – это чудо с нами!
И избран ты, чтобы его принять.
Сам переход из просто женщин – в маму,
Как таинство, доступное не всем.
Во все века была заглавной самой
И самою волнующей из тем –
Рождение ребенка! И по воле
Всевышнего была во все века
Профессия, что сглаживала боли
И род людской держала на руках.

Совет по сестринскому делу БУЗОО «Тарская ЦРБ», Саитова Татьяна Викторовна – председатель специализированной секции ОПСА «Акушерское дело»

Автор стихов: медицинская сестра поликлинического отделения Кускова Наталья Александровна

5 мая – Международный день акушерки

Уважаемые коллеги, дорогие друзья!

5 мая отмечается Международный день акушерки. Для акушерок этот год не менее особенный, чем для медицинских сестер – к профессии приковано внимание всего мира. Сегодня акушерки испытывают огромное давление – защитить интересы женщин, здоровье новорожденных в условиях пандемии – задача исключительной сложности. Вопреки рискам и высочайшей нагрузке акушерки всегда рядом с теми, кому сейчас так необходима их помощь.

«Акушерки вместе с женщинами: празднуем, демонстрируем, мобилизуем и объединяемся – СЕЙЧАС наше время», – так призывает отметить этот день Международная конфедерация акушерок. В дни пандемии мы готовим материалы в поддержку акушерской помощи, консультируем женщин онлайн и по телефону, и всеми силами стараемся сделать так, чтобы каждое новое рождение было настоящим праздником!

Вы, стоящие в начале жизненного пути человека, как никто другой понимаете ценность и хрупкость человеческой жизни. В эти непростые для нас всех дни, хочу сказать вам огромное спасибо за ваш профессионализм, самоотверженный труд и самоотдачу. Хочу пожелать вам, вашим близким и родным здоровья и благополучия, счастья и уверенности в завтрашнем дне.

Ваши знания и опыт стоят на страже зарождающейся жизни. Беды обязательно уйдут, а профессия останется, и мы сможем реализовать проект #женщина имеет право не знать, направленный на развитие профессии, увеличение информированности женщин, повышение качества акушерской помощи. Мы будем отстаивать право акушерок на достойное образование и принятие грамотного профессионального стандарта. Мы будем бороться за принятие в обществе профессии акушерки как Профессии.

Главное сейчас – берегите себя, ведь в руках акушерки – будущее!

С праздником, дорогие коллеги!

Агапова Юлия Владимировна,
председатель
Санкт-Петербургского отделения РАМС,
секции РАМС «Акушерское дело»

АКУШЕРКА – МОЯ ПРОФЕССИЯ

Посмотрев в эти тёплые зеленые глаза молодой и красивой женщины, сразу можно понять, что этому человеку присущи доброта, дипломатичность и благородство. Именно этими качествами обладает Галина Николаевна Евсюкова, старшая акушерка городской поликлиники № 8 города Омска.

2020 год стал для Галины Николаевны юбилейным как в личном, так и профессиональном плане. Она отмечает своё 65-летие и 45 лет трудовой деятельности. Наш коллектив считает это символичным, особенно в Год медицинской сестры и акушерки.

В 1974 году после окончания Омского медицинского училища № 3 по специальности «Фельдшер» пришла на работу в женскую консультацию ГБ № 8. Молодая, полная сил и задора она начала свой профессиональный путь акушеркой амбулаторного приёма. Работала на участке, который обслуживал 3500 женского населения.

За 20 лет Галине довелось поработать на приёме по бесплодию, невынашиванию беременности, в кабинетах планирования семьи, процедурном и смотровом. Высочайшая ответственность при выполнении своего профессионального долга позволяли своевременно прогнозировать неотложные акушерские ситуации, госпитализировать пациенток группы высокого риска по акушерской и перинатальной патологии, мотивировать женщин на активное участие в вопросах планирования семьи.

Галина Николаевна считает, что своими профессиональными успехами, она обязана коллективу, в котором продолжает работать. С большой благодарностью вспоминает своих наставников и учителей – заведующую женской консультации Галину Павловну Карпенко, акушерку Тамару Александровну Дегтяреву.

«Счастье испытываешь тогда, когда ты помогаешь женщине выносить желанную беременность и родить малыша», – говорит Галина Николаевна. Это сейчас в век вспомогательных репродуктивных технологий многоплодная беременность стала распространённым явлением, а когда-то была исключительным. Поэтому и сейчас Галина Николаевна помнит каждую женщину – исход родов, осложнения беременности, первый послеродовый патронаж. В её практике таких примеров достаточно.

> Счастье испытываешь тогда, когда ты помогаешь женщине выносить желанную беременность и родить малыша.

Сумев проявить себя как грамотный, ответственный и добросовестный работник, пользующийся уважением у пациентов и персонала, Галина Николаевна в 1995 году была назначена старшей акушеркой женской консультации поликлиники, где работает по настоящее время. Отделение ЖК в нашей поликлинике всегда в числе лучших – высокий показатель явки по беременности, низкий показатель преждевременных родов и стабильная ситуация с кадрами – 10 высокопрофессиональных акушерок.

Обладая большим профессиональным и жизненным опытом, она воспитывает чувство долга и взаимоуважения в коллективе, прививает молодым специалистам признание к наставникам. Это, безусловно, развивает корпоративную культуру, влияет на уровень удовлетворённости пациентов и отражается на личной успешности каждого.

Сегодня Галина Николаевна активно внедряет проект «Бережливая поликлиника»: пересматривает использование площадей, оптимизируем работу специалистов, внедряет новые формы обучения – учебно-тренировочные занятия, симуляционные тренинги.

Более 20 лет Галина Николаевна является членом Совета по сестринскому делу поликлиники, руководит Профессионально-этическим комитетом. Именно она пропагандировала в поликлинике Кодекс профессиональной этики акушерки РФ. Стремление создать доброжелательную атмосферу в консультации, условия для соблюдения прав пациентов, позволяют избегать жалоб пациентов и создавать безопасные условия для них.

Чувство ответственности, жажда знаний, высокое качество работы, потребность в профессиональном росте, любовь к профессии, настойчивость, большое трудолюбие – вот слагаемые успеха нашей героини. С 2001 года является активным членом Омской профессиональной сестринской ассоциации, которая в этом году отмечает свой 20-летний юбилей. Разделяет активную позицию ассоциации, доказывая это трудом и отношением к любимому делу.

За высокий профессионализм, желание служить во благо охраны материнства и детства Галина Николаевна награждена Почётной грамотой МЗ РФ, знаком «Отличник здравоохранения Омской области».

Омская профессиональная сестринская ассоциация, коллектив городской поликлиники № 8 от всей души поздравляют Галину Николаевну с замечательными юбилеями. В Международный год медицинской сестры и акушерки желаем здоровья, душевного тепла, счастья, приумножения как личных, так и коллективных профессиональных побед.

Бут Галина Егоровна,
главная медицинская сестра ГП № 8
Саитова Татьяна Викторовна,
председатель специализированной секции ОПСА «Акушерское дело»

НА ПЕРЕДОВОЙ – В БОРЬБЕ С ЗАХВАТЧИКАМИ И БОЛЕЗНЯМИ

Екатерина АНДРЕЕВА
Председатель Этического комитета РОО «Ассоциация средних медицинских работников в РС(Я)»

Бетюнская участковая больница Амгинской ЦРБ Республики Саха (Якутия) носит имя ветерана Великой Отечественной войны Кириллина Петра Васильевича. Присвоение имени простого трудяги-фельдшера медучреждениям разного уровня в России-матушке бывает, но не часто…

Наш герой родился 31 марта 1926 года, то есть, через четыре года после образования Якутской Автономной Советской Социалистической Республики (27 апреля 1922 года) Как раз во времена становления медицины Якутии.

Петр Васильевич был бойцом не только Красной Армии, но и передовых рубежей борьбы с инфекционными болезнями, веками терзавших народы Якутии. И основателем медицинской династии, потому обратимся к его внучке, врачу-реаниматологу отделения патологии новорожденных Национального центра медицины – Республиканской больницы № 1 Биктеевой Настасье Николаевне:

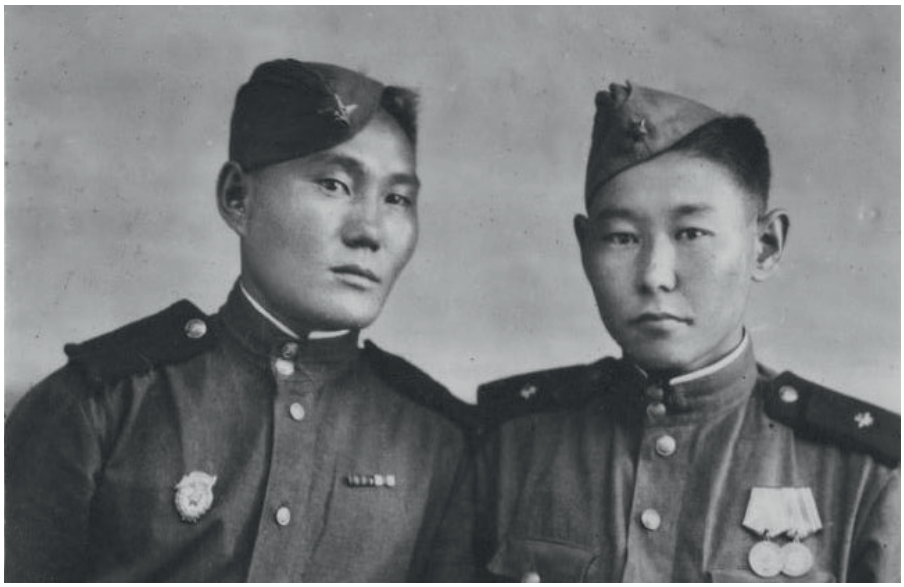
– Помню ли я своего деда? Я дедушку застала, но его не стало, когда мне было три года. Но, кажется, что я его помню, хотя бы потому, что достаточно хорошо знаю о нем по рассказам родных и земляков. Говорили, что я была любимой внучкой дедушки. Кажется, что вижу наяву, как мы всей семьей ездили на сенокос, как мы оставались с дедушкой на стане «ответственными кашеварами». Мне приятно, когда люди узнают во мне внучку Петра Васильевича, искренне радуются от того, что его внучка стала врачом.

Когда началась война, дедушке было всего 15 лет, но тогда все подростки работали в колхозе от зари до зари наравне с взрослыми. И рвались на фронт, закидывали военкомат заявлениями, и таким образом он был определен в Фабрично-заводское училище (ФЗУ) в Якутске. Мастерили бочки для засолки рыбы, проходили военное обучение. Потом их мобилизовали на так называемый «трудовой фронт», на Трофимовский рыбный завод в Булунском районе – на берегу моря Лаптевых Северного Ледовитого океана.

Тяготы и лишения были неимоверными, но ребята работали под лозунгом «Все для фронта, все для победы!». Или «Одна рыба – смерть одного фашиста». Холод, голод, цинга, эпидемия тифа. Дедушка заболел тифом, но фельдшеру удалось отправить несколько ребят на пароходе в больницу Якутска. Дедушка всю жизнь благодарил своего спасителя из вьюжных берегов Ледовитого океана. Всю жизнь помнил: Евдокия Иннокентьевна Борисова. Ведь многие его однокашники так и остались на той стылой окраине.

Дедушка на фронт был призван в 1944 году ручным пулеметчиком в 98-й кавалерийский полк 1-го Белорусского фронта. Шли бои за освобождение Польши, где немцы сопротивлялись ожесточенно – ведь дальше Фатерлянд. Здесь, под Варшавой, их подразделение накрыло минометным огнем. Его ранило, а погибших было много. В госпитале его быстро поставили на ноги, и он второй раз за свою молодую жизнь был благодарен людям в белых халатах.

Кириллин Петр Васильевич, ветеран Великой Отечественной войны, фельдшер



Кириллин П.В. в годы войны с однополчанином (1944 г.)

Медицинская династия Кириллиных: вдова ветерана – Кириллина Е.С., дочери – Биктеева Н.П. и Сутакова А.П., внуки и внучки.

После госпиталя он участвовал в кровопролитных боях за Берлин. Одним из его ярких воспоминаний было то, как они после Победы, одетые в парадные казачьи формы, выступили из Берлина до Бреста на боевых конях парадным строем. Отныне память о войне хранят награды: орден Отечественной войны 1-й степени, самая дорогая солдатская награда – медаль «За отвагу», медали «За освобождение Варшавы», «За взятие Берлина», «За победу над Германией», медаль «Георгий Жуков» и другие юбилейные награды и медали.

После войны дедушка окончил Якутскую фельдшерско-акушерскую школу (ЯФАШ) и был направлен в арктический Нижнеколымский район. В послевоенные годы состояние медицины Якутии было, что называется, в зачаточном состоянии. Что уж там говорить о Крайнем Севере, где расстояния измеряются количеством ночевок в пути, а людей можно не встречать в радиусе несколько сотен километров.

В 1956 году он вернулся в родной Амгинский район, где его направили заведующим ФАП села Бологур. Достаточно сказать, что местные жители называли его «военным врачом». Много жизней спас «военный врач». И занимался общественной работой. По его настоянию в 1958 году в Бологуре был открыт первый детский сад на 25 мест.

Была политика советского правительства – победить болезни. Периодически регистрировались вспышки детских инфекционных заболеваний. Корь, коклюш, эпидемический гепатит, паротит эпидемический, вирусный гепатит, трахома. И советским медикам удалось сделать многое, в том числе благодаря таким трудягам, как Петр Васильевич. Работа кипела днем и ночью. Оспа, дифтерия, полиомиелит, брюшной тиф, туберкулез, туляремия, бруцеллез… Эти болезни действительно были обузданы.

Петр Васильевич в декабре 1962 года направляется заведующим туберкулезной больницы, расположенной на местности Орай. Тогда же в Бетюнский ФАП после окончания курсов медсестер Красного Креста и Красного Полумесяца приступила к работе бабушка Евдокия Саввична. Вскоре они с дедушкой создали семью. Одно из острых бабушкиных воспоминаний, это работа в трахоматозном пункте при ФАП. Больных трахомой было очень много. Тогда молодая семья жила прямо в помещении ФАП и бабушка кипятила шприцы днем и ночью. Вместе с дедушкой проводили вакцинацию, санитарно-просветительную работу.

Моя мама и тетя также являются медицинскими работниками. Мама Биктеева Ньургустана Петровна работает помощником врача-эпидемиолога ГБУ РС(Я) «Амгинская ЦРБ», а её старшая сестра Сутакова Анастасия Петровна – старшей сестрой той же больницы. Мой отец, к слову сказать, более двадцати лет проработал водителем автомашины «Скорой помощи». Сестра Алена после окончания Красноярского университета работает химиком-экспертом в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии по Красноярскому краю». Двоюродный брат Петр Сутаков учится на втором курсе мединститута. Он, как и я, выбрал педиатрию. Его младший брат Савва, ученик 11 класса, пока думает. А вот моя младшая сестренка Аксинья мечтает быть только врачом.

Так что династия имеет полную перспективу расширения. О чем я мечтаю? Скорее, у меня планы. Их много, но, прежде всего, профессиональное развитие. Очень люблю работать с детьми.

Вот такие отдельные выдержки о жизни человека в белом халате, оставившего добрую память о себе. Оставившего прекрасных детей и внуков, трудолюбивых специалистов, патриотов своего дела и Родины. Меньше слов, больше дела – большинство ветеранов просто собственным примером показывали, какого качества люди вышли из пылающего, грохочущего горнила войны.

Что делать, пока не укусили...

ПРО КЛЕЩЕЙ И КРЫМСКУЮ ГЕМОРРАГИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ

Светлана АНДРЕЕВА
Исполнительный директор
АРОО «ПСА»

Благоприятные климатические условия

Теплые солнечные дни лета ждут не только коренные жители Астрахани, их ждут и туристы, которые приезжают в наш регион и порыбачить и искупаться в теплых водах рек. В предстоящем сезоне в связи с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой в мире прогнозируется рост внутреннего туризма, мы надеемся, что эпид. обстановка по COVID-19 к лету станет спокойнее. Но нельзя забывать о традиционных для нас напастях.

Многие российские регионы являются неблагоприятными с точки зрения потенциальной встречи с клещом. И если в северных широтах такая встреча грозит клещевым энцефалитом и боррелиозом, то в южных речь идет о Крымской геморрагической лихорадке (КГЛ). Инфекция имеет еще одно наименование – лихорадка Крым-Конго.

Природно-очаговая по КГЛ территория приурочена к степным, полупустынным и лесостепным ландшафтам Юга России (Республики Калмыкия, Дагестан и Ингушетия, Карачаево-Черкесская и Кабардино-Балкарская республики, Краснодарский и Ставропольский края, Ростовская, Волгоградская и Астраханская области).

Так, в этом году в Астраханской области клещи активизировались точно по расписанию, и первые пострадавшие начали обращаться в Областную инфекционную клиническую больницу уже в марте. В начале апреля, в то время когда клещи выходят из спячки, в нашем регионе начинают проводить профилактические мероприятия, в том числе акарицидную обработку территорий отдыха населения – парки, базы отдыха, а также сельскохозяйственных животных. Медики рекомендуют быть бдительными и не пренебрегать мерами безопасности.

Где особенно высока вероятность встречи с этим маленьким «хищником», и каковы последствия его укуса?

Ни возраст, ни пол, а уж тем более социальное положение клеща не интересуют, поэтому риску заражения КГЛ подвержены все люди, от мала до велика. Более других рискуют люди, чья деятельность связана с сельскохозяйственными работами и пребыванием в лесных хозяйствах. Встреча городских жителей с клещом отмечается в местах, где имеется высокая трава и деревья. Это могут быть как садовые участки, так и парки в городской черте, а также в пригородных лесах. В дом клеща можно занести на одежде или даже с букетом цветов. Домашние животные также могут оказаться переносчиками этого маленького кровососа.

Воротами инфекции является кожа в месте укуса клеща или мелкие травмы при контакте с кровью больных людей. Также опасно неосторожное раздавливание не присосавшегося клеща при удалении с тела или одежды при наличии незаметных микротравм на коже. Надо помнить о том, что клещи чаще ползут снизу вверх. У многих людей бытует ошибочное мнение, что клещи нападают с деревьев или высоких кустов, но клещи подстерегают свою жертву среди нижнего растительного яруса. Именно в траве клещи имеют лучшую защиту от солнечных лучей и больше шансов встретить свою добычу.

Предупрежден, значит защищен.

Отправляясь отдыхать на природу или выполняя работу в лесу, не надо забывать о мерах личной профилактики. И здесь особое значение имеет специальная одежда. Хороший результат достигается при совмещении спецкостюма с репеллентами, которыми обрабатывают открытые участки тела и одежду. Процедуру нанесения репеллентов следует повторять каждые три часа. При отсутствии такого костюма, собираясь на отдых или на садовый участок, необходимо одеться так, чтобы уменьшить возможность заползания клещей под одежду, на открытые участки кожи. Брюки необходимо заправлять в сапоги, гольфы или носки должны быть с плотной резинкой. Верхняя часть одежды должна быть заправлена в брюки, а манжеты рукавов плотно прилегать к руке. Желательно, чтобы голову закрывал капюшон (по нему клещ сползет на землю, в то время как с шапки запросто может упасть вам за воротник) или другой головной убор (например, платок, концы которого следует заправлять под воротник). Также желательно, чтобы одежда была светлых тонов и без рисунка, так как клещи на ней будут более заметны.

Во время укуса паразиты впрыскивают анестезирующее вещество, наподобие комаров, поэтому присасывание проходит незамеченным. Необходимо не реже, чем через каждые 1,5–2 часа проводить само- и взаимоосмотры для обнаружения прицепившихся клещей и их удаления. Обычно клещи присасываются не сразу. Чаще всего они ищут места, где кожа наиболее нежная: за ушами, на шее, под мышками и волосистой части головы, в паховой области. Нередко их находят и снимают с других участков тела.

Аналогичные меры предосторожности следует соблюдать во всех широтах во избежание контакта с клещами – переносчиками энцефалита и боррелиоза.

Что делать, если клещ уже присосался?

Обнаружив клеща, его необходимо удалить, но делать это лучше не самостоятельно, а в любой медицин-

ской организации. Если же вы находитесь вдали от медицинских учреждений, то можно попробовать удалить клеща самостоятельно, но здесь необходимо помнить несколько правил:

– Ни в коем случае нельзя применять бензин, лак для ногтей и другие химические вещества для извлечения клеща. Нередко можно услышать советы по удалению клеща при помощи жира или масла. Да, этот метод довольно-таки прост, но он не только бесполезный, но и вредный. Кровосос, почувствовав угрозу для жизни, расслабляет хоботок и отрыгивает содержимое желудка вместе с возбудителями в организм человека. При этом риск заражения резко возрастет.

– Клеща нельзя раздавливать, иначе его содержимое вместе с возбудителем болезни через микротрещины на руках попадет внутрь организма.

– Клеща нельзя дергать, так как можно оторвать ему голову, что так же вызовет проблемы.

– Снимать клеща следует очень осторожно, чтобы не оборвать хоботок, который глубоко и сильно укрепляется на весь период присасывания.

– Клеща захватывают пинцетом или обернутыми чистой тканью пальцами как можно ближе к его ротовому аппарату и, держа строго перпендикулярно поверхности укуса, поворачивают его тело вокруг оси, и извлекают клеща из кожных покровов.

– Место укуса необходимо продезинфицировать антибактериальным средством.

– После извлечения клеща необходимо тщательно вымыть руки с мылом.

– Снятого клеща необходимо по возможности доставить на исследование в лабораторию особо опасных инфекций.

В Астрахани клещей исследуют в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Астраханской области».

Клещи опасны не своим укусом, а тем, что они сосут кровь у различных животных, и от каждого животного набирают множество вирусов. Потом эти вирусы вводятся ими в организм человека.

Важно знать, даже если укус клеща был кратковременным, риск заражения не исключается.

Не теряйте время…

Если в месте укуса клещом образовалось покраснение, повысилась температура тела, появилась сыпь, надо срочно обратиться к врачу в целях обследования и последующего лечения в стационаре. А таким стационаром в нашем городе является Областная инфекционная клиническая больница им. А.М. Ничоги – единственное в области лечебное учреждение, оказывающее специализированную стационарную медицинскую помощь взрослым и детям с инфекционной патологией. Одним словом, не пропустите первые симптомы – успейте вовремя начать лечение.

Первые симптомы КГЛ начинаются, как у многих вирусных инфекций, с резкого повышения температуры и тяжёлой интоксикации, сопровождающейся головной и мышечной болями. Инкубационный период заболевания длится от 1 до 14 дней, в среднем 4–6 дней. В клинике КГЛ наблюдается два периода лихорадки. Заболевание всегда начинается остро с высокой температуры до 39–40 °С и болевого синдрома различной локализации. Возможен озноб, головная боль, боли в мышцах, суставах, животе и пояснице. Часто наблюдаются возбуждение, сухость во рту, головокружение, рвота, покраснение лица и слизистых оболочек. Через несколько дней температура снижается и человек считает, что он выздоравливает. Но буквально через некоторое время может начаться вторая волна лихорадки с присоединением геморрагического синдрома (кровотечения). Причем кровотечения могут быть не только наружными, но и внутренними, что может привести к неблагоприятному исходу заболевания. В этом периоде болезни больной человек опасен для окружающих.

Кровь у больных КГЛ в острой стадии заболевания, содержит вирус в высоких концентрациях, что диктует необходимость соблюдать все меры противоэпидемической безопасности при инструментальных манипуляциях, при заборе и исследовании биологического материала, остановке маточных и носовых кровотечений, смене загрязненного кровью белья и т. д.

В клинико-диагностической лаборатории возможно аспирационное заражение (высокая концентрация вируса в воздухе) при авариях.

За медицинским персоналом, находящимся в контакте с пациентами данного заболевания, устанавливается медицинское наблюдение с ежедневным измерением температуры тела.

Естественная восприимчивость людей высокая, постинфекционный иммунитет длится 1–2 года.

Вакцина против КГЛ пока не разработана и иммунизация населения не проводится. Поэтому основными мероприятиями по профилактике остаются меры, направленные на предотвращение контакта клещей с человеком.

Ситуация на контроле

В Областной инфекционной больнице ежегодно перед началом клещевого сезона врач-эпидемиолог совместно с главной медицинской сестрой проводит семинары и инструктажи для среднего звена медработников. Здесь подробно рассматриваются вопросы эпидемиологии, клиническая картина заболевания, вопросы проведения первичных противоэпидемических мероприятий при выявлении больного с подозрением на КГЛ и меры личной безопасности. Особое внимание уделяется алгоритму ведения больных, отбору, хранению и транспортировке биологического материала от больных с подозрением на КГЛ. Для практической отработки навыков проводятся тренировочные занятия с вводом условного больного КГЛ.

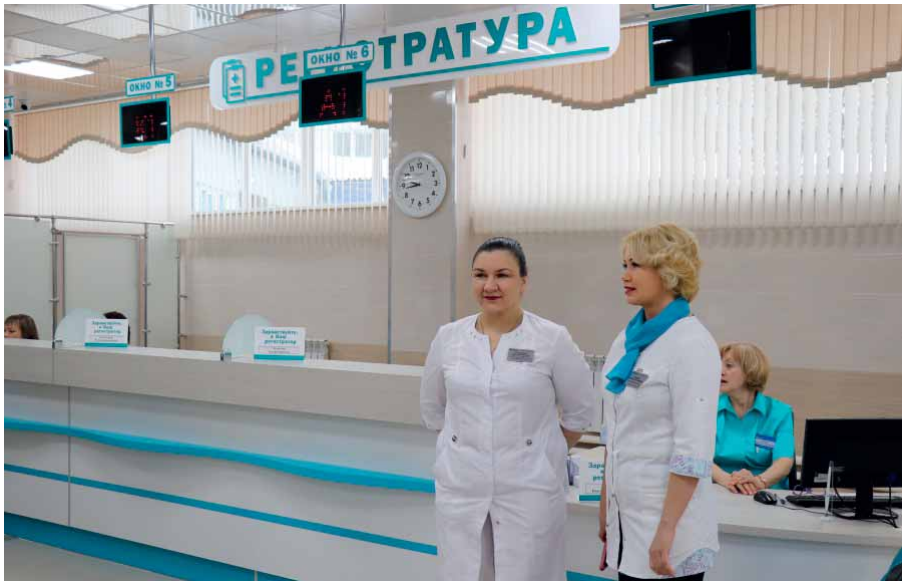
Ежегодно за помощью в связи с укусом клеща в одной только Астраханской области обращаются порядка 3 тысяч человек. Данные Роспотребнадзора по стране за последние пять лет свидетельствуют о ежегодном обращении 500 тысяч человек!

В завершение хочется сказать, что всего в природе насчитывается около 48 тысяч разновидностей этих опасных паукообразных. И проживают они на всех материках, и даже в суровом климате Антарктиды. Многие из них являются возбудителями опаснейших, а порой и смертельных заболеваний.

Будьте осторожны и хорошего вам отдыха!

ПЕРВИЧНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: НОВАЯ РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Валентина КРЮЧКОВА
Главная медицинская сестра ГАУЗ КО КГКП № 5, г. Кемерово



Государственное автономное учреждение здравоохранения Кемеровской области «Кемеровская городская клиническая поликлиника № 5» – одно из самых крупных лечебно-профилактических учреждений Кузбасса, основано в 1946 году. Прикрепленное население насчитывает более 93 тысяч человек.

В составе учреждения 47 терапевтических участков, 2 женские консультации, диагностическая служба (рентгенологическое отделение, отделение функциональной диагностики, клинико-диагностическая лаборатория) и специализированные (травматологическое, хирургическое, офтальмологическое, неврологическое, отоларингологическое, физиотерапевтическое) отделения.

С июля 2018 года ГАУЗ КО КГКП № 5 является участником пилотного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». Это совместный проект Министерства здравоохранения РФ и государственной корпорации «Росатом», который призван решить ряд задач по повышению доступности и качества медицинской помощи. В нашей организации ключевую роль в выборе этого проекта сыграли следующие факторы:

- неоправданно длительное время пребывания граждан в учреждении;
- необходимость разделить потоки пациентов и упростить запись на прием к врачу;
- неравномерная нагрузка специалистов;
- необходимость сократить объем «бумажной» работы.

В соответствии с технологиями и методиками «бережливого производства», а также по итогам проведенного хронометража мы определили, как именно перераспределим нагрузку между врачом и медицинской сестрой.

Организация сестринских постов

Одним из элементов проекта стала организация во всех терапевтических отделениях сестринских медицинских постов. Сестринский пост – рабочее место медицинских сестер, где они работают с пациентами по вопросам, не требующим участия врача. На сестринском посту могут одновременно работать до трех медицинских сестер. При такой организации медицинская сестра обычно может сопровождать работу двух врачей, ведущих прием пациентов. Итак, какие задачи вошли в функционал такой медицинской сестры:

- оформление направлений на диагностические исследования, консультации специалистов;
- запись пациента на исследования и консультации к врачам-специалистам;
- разъяснение пациентам правил подготовки к диагностическим исследованиям;
- оформление санаторно-курортных карт, выписки из амбулаторной карты.

Внедрение постов позволило эффективно использовать потенциал сестринского персонала, а также позволило добавить полезного времени врачу на проведение опроса, осмотра пациента и заполнение электронной амбулаторной карты. Мы достигли поставленной цели, смогли увеличить количество пациентов, принятых врачом за аналогичный период времени.

Помощь пациентам при укусе клеща

Наш следующий проект был направлен на перераспределение нагрузки между врачом и медицинской сестрой первичного кабинета при обращении пациентов с укусом клеща в травматологическое отделение. Эта задача особенно актуальна в летний период – с мая по август в кабинет первичного приема ежедневно обращаются от 10 до 30 человек. Кабинет травматологический, соответственно, в одном потоке идут пациенты с травмой и пациенты с укусом. Травмиро-

ванные пациенты приходят в кабинет дважды (возвращаются с готовым рентгеновским снимком), нагрузка распределена между врачом и сестрой неравномерно, врач загружен заполнением медицинской документации. Время ожидания приема достигало 120 минут!

Мы решили перераспределить обязанности между врачом и медицинской сестрой и выделить отдельный кабинет для приема пациентов с укусом клеща. ***Ответственность за первичный прием таких пациентов была возложена на медицинскую сестру:***

1. Медсестра проводит первичную сортировку для приоритетного предоставления медицинской помощи.
2. Оформляет добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство.
3. Производит подробный сбор эпидемиологического и прививочного анамнеза.
4. Вносит сведения о случае обращения по поводу присасывания (укуса) клеща в журнал учета инфекционных заболеваний.
5. Заполняет направления для диагностической лаборатории.
6. Удаляет клеща, проводит забор крови (согласно алгоритму).
7. Проводит взвешивание пациента.
8. Вводит иммуноглобулин (по назначению врача).
9. Дает рекомендации о действиях пациента при укусе клеща (памятка).

Роль врача-травматолога сводится к двум задачам:

1. Проводит осмотр места укуса.
2. Назначает для введения дозу иммуноглобулина.

Результаты порадовали и нас, и пациентов:

Длительность ожидания приема врача у кабинета уменьшилась со 120 до 20–30 минут.

Время приема врачом пациента с укусом клеща сократилось с 20 до 8 минут.

Продолжительность пребывания пациента в медицинской организации заметно сократилась.

Предоперационная подготовка

Еще одним из проектов по перераспределению врачебных функций на специалистов со средним медицинским образованием стал проект «Оптимизация процесса дообследования пациентов для плановой госпитализации в стационары хирургического профиля». Пациенты проходят дообследование на плановую госпитализацию в отделения: общей хирургии, кардиохирургии, оториноларингологическое, офтальмологическое отделение, онкологический диспансер.

Цель проекта:

Исключить выполнение врачом несвойственных ему функций:

- выписка направлений на диагностические исследования, консультации к врачам специалистам;
- запись на все виды исследований;
- маршрутизация пациента при прохождении дообследования;
- сокращение времени обследования при подготовке к плановой госпитализации на амбулаторном приеме;
- сокращение числа визитов пациента в поликлинику при обследовании.

Результатом этого проекта стала организация кабинета по подготовке пациента к плановой госпитализации, где прием пациентов по предварительной записи или в день обращения в поли-

клинику ведет медицинская сестра. Количество ежедневных обращений составляет порядка 20 человек.

На медицинскую сестру кабинета были возложены следующие функции:

- маршрутизация пациентов;
- выписка направлений;
- запись на диагностические исследования и консультации врачей-специалистов;
- заполнение медицинской документации;
- формирование пакета документов – результатов исследований пациента.

За счет этого проекта мы смогли:

- сократить сроки ожидания пациентом приема для оформления направлений при подготовке на плановую госпитализацию. Если ранее пациент ждал такого приема до 14 дней, то теперь документы оформляются в день обращения;
- исключить выполнение врачом несвойственных ему функций;
- сократить число визитов пациентов в поликлинику (с 7 до 3).

Реорганизации работы отделения профилактики

В нашей поликлинике функционирует отделение профилактики, где работают специалисты с высшим и средним медицинским образованием.

Основная цель этого отделения – проведение диспансеризации и профилактических осмотров. Отделение профилактики – большое подспорье участковой службе. Первый этап диспансеризации, практически, остается за отделением профилактики, а участковый терапевт занимается вторым этапом диспансеризации, т. е. назначает углубленное обследование при выявленных отклонениях от нормы или для уточнения диагноза и берет, при необходимости, такого пациента на диспансерный учет. В рамках отделения открыт и функционирует кабинет осмотра пациентов на видимые формы злокачественных новообразований (ЗНО). Ежедневно фельдшерами осматриваются до 70 человек.

На специалистов со средним и высшим сестринским образованием возложены следующие функции:

- медицинская сестра осуществляет взятие мазка с шейки матки на цитологическое исследование;
- фельдшер проводит осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов и прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра.

Этот проект также оказался успешным. Мы смогли достичь:

- повышения показателей качества и доступности медпомощи за счет перераспределения рабочего времени врача в пользу лечебно-диагностического процесса;
- расширения возможностей профилактики и укрепления здоровья прикрепленного населения;
- внедрения в работу сестринского персонала пациенториентированной модели оказания помощи;
- реализации самостоятельной роли медицинской сестры-бакалавра в проведении приема, активном участии в оказании профилактической, реабилитационной и паллиативной помощи и т. д.

Выводы

Как правило, к переменам многие относятся настороженно, иногда с отрицанием, но в данном случае между специалистами поликлиники возникла взаимная заинтересованность, направленная на решение таких проблемных вопросов, как кадровый дефицит, доступность и качество помощи, удовлетворенность пациента. Врачи некоторых специальностей (врач-онколог, заведующие терапевтическими отделениями, врачи акушеры-гинекологи) приняли участие в обучении сестринского персонала, охотно делились практическим опытом по проведению осмотра пациента, сбору анамнеза, оформлению медицинской документации и т. д.

Большая часть коллектива с пониманием отнеслась к изменениям, новой форме организации работы, так как за счёт внедрения механизмов «бережливого производства» изменения коснулись всех процессов. Перемены, реализованные в нашей организации, подтвердили обоснованность перераспределения профессиональных ролей между врачами и специалистами сестринского дела, показали, что медицинские сестры обладают достаточным объемом знаний и опыта для принятия нового уровня ответственности.

Мы предвидели, что поначалу пациенты могут негативно реагировать на перемены, просто потому, что привыкли к иным процессам, подходам и способам получения помощи. В период нововведений старались особенно чутко реагировать на поступающие замечания и анализировать их обоснованность. Например, критика коснулась организации сестринского поста. В процессе работы нам удалось учесть и принять критические замечания пациентов. В результате мы реализовали мероприятия по улучшению организации рабочего места медицинской сестры, по увеличению количества рабочих мест на сестринском посту, по созданию сестринских по образу ординаторских (для возможности работы с документацией, подготовке амбулаторных карт к приему врача, при необходимости работе с пациентом). Если работа организована качественно, четко, профессионально, если пациент получает необходимую помощь быстрее, чем ранее, то настроен он позитивно.

Осуществляя реформы на уровне учреждения, мы получали информационную и методическую поддержку Ассоциации медицинских сестер Кузбасса, влились в систему непрерывного профессионального развития, понимали, что наша работа направлена на развитие сестринской профессии. На собственном опыте мы имели возможность убедиться в том, что наделение специалистов со средним и высшим сестринским образованием большей самостоятельностью в принятии решений при оказании первичной медико-санитарной помощи повышает эффективность лечебно-диагностического, профилактического процесса, а также способствует повышению престижа профессии и реализации творческого потенциала медицинской сестры.

В заключение хочу искренне поблагодарить коллектив Кемеровской городской клинической поликлиники № 5 и пожелать коллегам в первичном звене успехов в профессиональных начинаниях!

Безопасно. Выгодно. Удобно

Александр ПОНОМАРЕВ
Эксперт по применению нетканых материалов в медицине

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), – одна из глобальных проблем медицины сегодняшнего дня. Наносимый экономический и социальный ущерб огромен. Только по официальным данным в России – это 15 млрд рублей, в Европе – 7 млрд евро, в США – 10 млрд долларов, но реальные цифры могут оказаться еще выше. Также внимание к серьезности ИСМП привлекает Всемирная организация здравоохранения, которая в 2017 году опубликовала список бактерий, устойчивых ко многим антибиотикам. В результате лечение становится более трудоемким и крайне затратным. Резистентность возбудителей ИСМП к существующим дезинфицирующим средствам стала еще одной проблемой для мирового здравоохранения. И пока идет разработка новых эффективных дезинфицирующих и лекарственных средств, нам остается только защищаться и сводить к минимуму новые случаи возникновения инфекций.

В прошлом номере журнала мы говорили о правильном выборе нетканых материалов для изготовления одноразового медицинского белья и одежды как об одном из способов защиты от ИСМП. На этот раз хотелось бы рассказать непосредственно о производимых из них изделиях.

Наибольшее количество случаев ИСМП регистрируется в хирургических стационарах и родильных домах. Именно в этих лечебно-профилактических учреждениях шанс возникновения инфекции максимально велик. Чтобы избежать этого, необходимо использовать покровный материал и одежду, полностью соответствующие требованиям ГОСТ EN 13795–2011 «Хирургическая одежда и белье, применяемые как медицинские изделия для пациентов, хирургического персонала и оборудования».

Давайте последовательно разберем, какими основными характеристиками и потребительскими свойствами должны обладать операционная одежда и белье. Начнем с одежды. Возьмем основные изделия, включенные в ГОСТ 13795–2011: халаты и медицинские костюмы.

Не все знают, что эти одноразовые изделия перестали быть безликими. Сейчас они разделяются на мужские и женские, по моделям, для хирургического и персонала отделений, для работы сидя. Существуют отдельные халаты для офтальмохирургов. Используемые материалы варьируются от обычного спанбонда до сложных композитных. То есть в настоящее время у вас есть выбор, в чем работать.

- **Хирургический костюм**, основным критерием выбора которого является тактильная комфортность для персонала. Решением данной проблемы являются композитные материалы Tutami и другие подобные. Заложенные в них мембраны позволяют испарениям тела свободно отходить через ткань от кожи человека, не вызывая парникового эффекта и мацерации, что очень важно при длительном ношении.
- **Хирургический халат** как основной элемент защиты медицинского работника должен быть гарантированно надежным, безопасным, проверенным, комфортным и сертифицированным. Вышеперечисленным требованиям отвечают абсолютно все халаты из нетканых материалов, правильно подобранных для конкретного изделия. Согласитесь, что халат для процедурной и халат для проведения операции с большим количеством отделяемого, по своим техническим характеристикам и потребительским свойствам должны быть разными. Современные композитные материалы позволяют операционному персоналу комфортно работать в халатах долгое время, не испытывая негативных ощущений парникового эффекта и при этом быть полностью защищенным от проникновения жидкостей и негативных факторов.

Далее кратко приведены основные типы используемых халатов с указанием сферы применения и материалов, из которых они изготавливаются.

- **Хирургические халаты без дополнительной защиты**. Предназначены для работы в операционных, смотровых и процедурных кабинетах, с небольшим количест-

вом отделяемого, для проведения малоинвазивных операций. Обычно такие изделия изготавливаются из базовых материалов.

Могут изготавливаться из материалов: вуденпалп, спанбонд, Tutami leve S, СМС.

• **Хирургические халаты с дополнительной защитой**. Нижние 2/3 рукава и передняя полочка выполняются из композитного влагонепроницаемого материала. Благодаря высококачественному исполнению этих зон такие халаты позволяют проводить длительные хирургические операции и/или операции с большим количеством отделяемого, обеспечивая надежную защиту и комфорт врача.

Могут изготавливаться из материалов: Tutami leve, Tutami papyr, Tutami leve S, вуденпалп, спанбонд, ламинированный спанбонд.

• **Хирургические халаты с защитой для работы сидя.** За счет глубоких складок на передней полочке защищает со всех сторон при работе сидя, как широкий фартук. Нижние 2/3 рукава и передняя полочка выполняются из композитного влагонепроницаемого материала. Такой халат позволяет комфортно работать при проведении манипуляций в урологии, гинекологии, проктологии.

Могут изготавливаться из материалов: спанбонд, ламинированный спанбонд, Tutami leve.

• **Процедурные халаты.** Изготавливаются из базовых материалов, в стерильном и нестерильном исполнении. Для удобства застежка делается на кнопках и располагается спереди.

Могут изготавливаться из материалов: СМС, Tutami leve, спанбонд.

С одеждой разобрались – теперь заострим внимание на одноразовом белье. Для удобства медицинского персонала оно выпускается не только по отдельности, но и в готовых комплектах под разные профили операций. По просьбе заказчика комплектация может меняться.

В качестве примера удобства использования комплектов одноразового белья можно привести пункт 4.9 СанПиН 2.1.3.2630–10, где говорится о необходимости накрыть малый инструментальный стол «стерильной простыней, сложенной вдвое, а затем стерильной пленкой в развернутом виде, края которой должны равномерно свисать со всех сторон стола. <…> Альтернативой является использование простыни-чехла однократного применения из нетканого, воздухопроницаемого материала, устойчивого к проникновению жидкостей». Согласитесь, создание защиты с помощью чехла гораздо быстрее и удобнее, чем отдельное расстилание простыни и пленки.

Одно из основных изделий в составе большинства комплектов операционного белья – простынь. В зависимости от профиля операции она имеет разную конструкцию и форму вырезов, может быть оснащена липкими краями, карманами, отводами для жидкостей и т. д. и т. п. Одноразовые простыни, используемые при длительных операциях и/или с большим количеством отделяемых жидкостей, должны полностью производиться из материалов, соответствующих ГОСТ 13795–2011.

До недавнего времени на российском рынке предлагались импортные материалы или отечественные аналоги, изготовленные из импортных комплектующих. Но вследствие роста курса валюты закупка импортного материала становится экономически невыгодной, и именно в этот период на рынок выбрасываются «лоскутные одеяла». Получается, что так называемая «укрепленная впитывающая зона» (не больше 1 м^2) из дорогого многослойного материала окружена дешевым однослойным материалом. Подобные изделия не позволяют избежать инфицирования при длительности операции более получаса. Если жидкости больше 200 мл, то она начинает стекать на пол и под операционное белье, на пациента, и велика вероятность повреждения целостности простыни. Изделия с подобной конструкцией не соответствуют упомянутому стандарту ГОСТ в части высококачественного исполнения.

Повторимся: если вы хотите обеспечить максимальную защиту, выбирайте изделия, качество которых подтверждено в соответствии с ГОСТ 13795–2011. Компромиссом между качеством и экономической выгодой стало обеспечение ЛПУ изделиями, изготовленными из композитных материалов отечественного производства. Для защиты собственного производства в 2015 году государство запустило программу поддержки импортозамещения, обязательную для заказчиков всех уровней, тем самым ограничив возможности закупки импортных изделий.

Стоит еще раз подчеркнуть, что современная отечественная промышленность благодаря поддержке государства способна производить изделия ничуть не худшего качества, чем западные соседи. Примером такого удачного вложения государства является ранее упомянутый материал Tutami. Производимый с нуля на территории России, он остается в доступной ценовой категории, чтобы каждое лечебное учреждение могло обеспечить свой персонал и пациентов качественными, надежными и удобными комплектами медицинского белья.

В пользу экономической выгоды одноразовых медицинских изделий высказывалось Министерство здравоохранения Республики Татарстан в письме от 21 октября 2003 года. Помимо всех вышеназванных преимуществ, был отмечен выраженный экономический эффект от использования одноразового медицинского белья и одежды. В частности, в письме говорилось: «***Одноразовые изделия, с кажущейся на первый взгляд дороговизной, в итоге оказываются более экономически целесообразными по сравнению с многоразовым текстильным бельем и одеждой.***

Использование одноразовой стерильной медицинской одежды и белья уменьшает вероятность занесения инфекции пациенту, в том числе через медицинский персонал, как посредника между больными, в результате этого сокращаются сроки пребывания пациента в лечебном учреждении, что дает дополнительную экономию койко-мест».

В современных реалиях только качественные изделия, безопасные и удобные для медицинского персонала и пациента одновременно, отвечающие нормативным требованиям и несущие экономическую выгоду, должны использоваться во всех лечебно-профилактических учреждениях. Только такие изделия способны всесторонне защитить нас с вами от инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Лучшие среди равных и равные среди лучших

Янминкуль И.В.
Пресс-секретарь ТРОО ТОПСА

С 21 по 23 февраля 2020 года состоялся XXII Конгресс педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» совместно с I Всероссийской конференцией детских дерматологов.

В рамках конгресса за три дня прошли 145 симпозиумов, включая интерактивные, совещания главных специалистов, круглые столы, лекции, панельные дискуссии, мастер-классы, а также питч-сессии, медицинские диспуты и медицинское ток-шоу.

Мероприятие было проведено на высочайшем уровне. Очными участниками конгресса стали 9258 делегатов, 73616 специалистов подключались онлайн.

В работе конгресса приняли участие академики Л.М. Рошаль, А.А. Баранов, Л.С. Баранова-Намазова, В.Ю. Альбицкий, Н.Н. Ваганов, министр науки Валерий Фальков, министр здравоохранения Михаил Мурашко, представители МЗ РФ, Счетной палаты, профессора, канд. мед. наук, ректоры медицинских вузов страны, главные врачи МО, практикующие врачи-педиатры, зарубежные специалисты в области педиатрии, студенты высших и средних медицинских учебных заведений и др.

В ходе конгресса обсуждались животрепещущие для педиатрической службы вопросы: кадровый дефицит, особенно в первичном звене, пробелы в нормативно-правовой базе. Например, остро необходим ФЗ об охране здоровья детей, ведь в 323-ФЗ проблемы и права детей не учтены абсолютно. И, если по целевым показателям проблема младенческой, детской, подростковой смертности в значительной степени решена, главным приоритетом остается детская инвалидность. Нужна комплексная государственная политика в области обеспечения первичного медицинского звена. Проблемы образования при обучении врачей поднимались неоднократно. Пока неравномерно проводится работа в области информатизации. Не всегда достоверны статистические показатели.

Ключевой проблемой пока является культура здравоохранения в целом, ведь никакие вливания в строительство новых лечебных учреждений, оснащение новейшим оборудованием или внедрение бережливых технологий не помогут медицинскому работнику стать милосердным, участливым, внимательным. А в отношении детского населения эти понятия становятся еще более значимыми.

От Тюменской области в работе XXII Конгресса приняли участие представители Департамента здравоохранения, педиатры, а также медицинские сестры – члены ТРОО ТОПСА. Тюменские сестры надежно и прочно заняли нишу среди медицинских сестер, представительниц разных регионов нашей огромной Родины.

Во-первых, мы были на конгрессе единственными представителями, облаченными в одинаковую форму – белые футболки с логотипом ТРОО ТОПСА и гордой надписью на спине «Я – медицинская сестра». Нас радостно приветствовали, заметив на рукаве надпись «Тюмень», спрашивали, где можно приобрести такую замечательную футболку. Мы даже устроили небольшой флешмоб: «Мы – члены ТРОПСА, и мы гордимся этим!».

Во-вторых, параллельно с участием в работе конгресса, мы делали полезное дело – до начала симпозиума и в перерывах рассказывали о проводимой ассоциацией работе по профилактике рака молочной железы (РМЖ), наших социальных проектах «Нет раку груди!» и вручали памятки по самообследованию молочных желез. Как правило, на мероприятиях подобного уровня стараются вручить рекламную листовку. Мы же занимались профилактикой среди всех участниц конгресса.

Очень достойно тюменскими сестрами были представлены доклады на X Форуме детских медицинских сестер, сестринском симпозиуме: «Совершенствование процесса вакцинопрофилактики неорганизованного населения в детской поликлинике» (Логинова Любовь, старшая медицинская сестра педиатрического подразделения поликлиники ОКБ № 2) и «Совершенствование профилактической работы в детской поликлинике» (Зайцева Наталья, старшая медицинская сестра детской поликлиники ГП № 17).

Следует понимать, что не так просто было завоевать приглашение на выступление с докладом, ведь всего в оргкомитет конгресса поступило 1490 заявок.

Кроме того, нам было чем гордиться и на церемонии награждения при торжественном открытии конгресса. Почетный титул «Детская медицинская сестра образовательного учреждения» завоевала Синицына Наталья, медицинская сестра Каскаринской СОШ. В конкурсе «Лучший художественно-исторический очерк по истории российской педиатрии» в номинации «История создания педиатрического учреждения, педиатрической кафедры или педиатрической службы региона» 3-е место завоевала Янминкуль Ирина, главная медицинская сестра ГБУЗ ТО «Областная больница № 14 имени В.Н. Шанаурина» (с. Казанское). Организаторы подчеркнули, что в 2019 году поступило очень много творческих работ в разных номинациях, тем ценнее и дороже досталась нам победа.

На церемонии завершения Конгресса педиатров, взлетев со своих мест, мы громко пели «Гимн педиатров», мы были на равных с врачами, составляя единое целое, и нам было радостно от этого. Спасибо Конгрессу за это!

Представители Тюменской сестринской ассоциации выглядели достойно и с гордостью представляли свой регион, свою ТРОО ТОПСА!

ХИРУРГИИ ОДНОГО ДНЯ И РОЛЬ ОПЕРАЦИОННОЙ СЕСТРЫ

Елена АНДРЕЕВА
Главная медсестра, операционная медсестра ООО МЦ «Надежда», президент РОО «Ассоциация медицинских сестер Тамбовской области»

Поскольку обещание, данное в присутствии почти 900 человек, автоматически превращается в обязательство, тему «Хирургии одного дня и роли операционной сестры» следует раскрыть чуть более подробно. На конференции были представлены не только материалы по этому направлению, но и наши разработки (памятки, чек-листы, рекомендации), которые могут быть полезными и другим операционным сестрам.

Современная модель здравоохранения все более стремится к пациенториентированности и стационарозамещающим технологиям. Вот тут и выходит на сцену хирургия одного дня. В чем же ее преимущества? Не все операции требуют обязательной госпитализации в стационар. Современный уровень развития медицины позволяет многие вмешательства выполнять буквально за один день.

Хирургия стационара одного дня – это:

- *широкий спектр операций по технологии «Хирургия одного дня»;*
- *малоинвазивные методы лечения в области общей хирургии, оториноларингологии, урологии, гинекологии, проктологии, дерматологии, травматологии;*
- *эффективное обезболивание, включая все виды наркоза (масочный, внутривенный, эндотрахеальный, а также спинальная и продлённая эпидуральная анестезии);*
- *современное высокотехнологичное оборудование. Операционные оснащены новейшей аппаратурой экспертного класса, полным набором инструментов для малоинвазивных операций;*
- *применение как проверенных практикой и временем методик, так и новейших, не имеющих аналогов в регионе.*

Возможности и условия многопрофильной клиники дают гарантию безопасности и эффективности хирургического вмешательства.

Одно из преимуществ хирургии одного дня – комфортное психологическое состояние. Человек, пришедший на операцию, знает о том, что в этот же день его выпишут домой. А значит, предстоящая операция не столь сложна. К тому же восстановительный период после операции в домашних условиях проходит быстрее и легче. Кроме того, благодаря пребыванию дома, а не в общей палате с другими пациентами, в послеоперационном периоде минимизирован риск заражения перекрестными инфекциями

Я расскажу немного о медицинском центре, где в настоящий момент работаю. МЦ «Надежда» был основан в 2016 году на базе нескольких кабинетов с очень скромным набором медицинских услуг. Сейчас это три центра, в которых ведут прием порядка 120 врачей по 65 лицензированным специальностям. С января 2019 года начал функционировать оперблок и койки дневного пребывания с палатой интенсивного наблюдения. На диаграмме представлены некоторые статистические показатели (рис. 1).

В настоящее время хирургическая служба состоит из нескольких направлений – оториноларингология, общая хирургия, гинекология, онкология, проктология, урология, флебология и травматология. И вот здесь и всплывает это модное слово «пациенториентированность», т.е. учет потребностей пациентов, которые не должны идти вразрез с инфекционной безопасностью и стандартами оказания помощи.

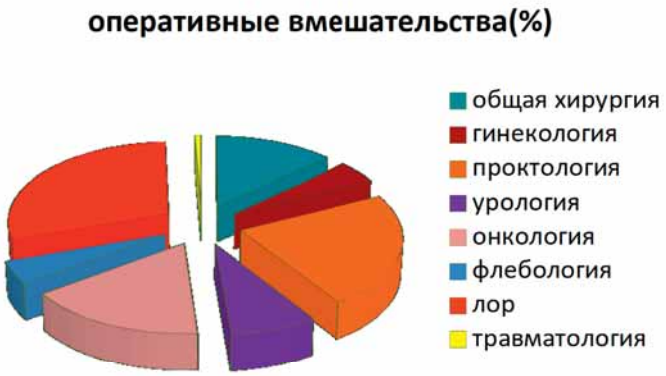


Рис. 1

Хирургия одного дня означает изменение штатной структуры отделения. Принятое в хирургических больницах разделение медицинских сестер на палатных, процедурных и перевязочных становится ненужным. Одна сестра обычно выполняет все эти обязанности. Малое число коек позволяет это сделать без снижения качества лечения. Операционная сестра – универсальный «солдат», который сопровождает пациента от момента первого приема до выписки. Это крайне важно для психологического комфорта. Достаточная однородность пациентов позволяет при этом не снижать качества лечения, и даже больше внимания уделять именно сестринским функциям – обучению, уходу.

Как видно из представленной таблицы, с этим справляются 4 операционных сестры (ну и 5-я – я). Конечно, не отрицаем и помощь анестезистов и медсестер процедурных кабинетов центра. Они при необходимости подключаются к работе стационара одного дня.

Хирурги	4
Онкологи	3
Оториноларингологи	3
Проктологи	2
Урологи	3
Гинекологи	4
Травматологи	2
Операционные м/с	4
Анестезиологи	2
Анестезисты	2
Медицинские сестры	6

Особенность же работы операционной сестры – многофункциональность: от операций на коже и подкожной клетчатке, лор-органах до травматологических, гинекологических, проктологических операций. Особым курсивом следует выделить детские операции. По сути, операционные сестры в данном случае – это уникальные сестры, которые не только могут участвовать в операциях «от макушки до пяток», но и вести наблюдение в палате, регистрировать ЭКГ, выполнять некоторые простейшие физиотерапевтические процедуры, основы массажа, работают с венозным доступом. Выступают в роли координатора действий и потоков.

И если в большом, стандартном оперблоке операционные сестры распределяются по направлениям хирургии, то здесь работа строится немного иначе. Это психологическая совместимость хирург-сестра, ее опыт и способности. У кого-то лучше идет лор, а у кого- то проктология. Кто-то лучше разбирается в аппаратуре, а кто-то быстрее работает с хирургами традиционной школы.

Я принципиально не касаюсь вопросов инфекционной безопасности – это отдельный огромный пласт. Упор в данном случае на квалификационные характеристики и способности операционной сестры именно как помощника хирурга, а в ряде случаев и как полноценного ассистента.

Для лучшего взаимопонимания, нами разработаны чек-листы для пациентов, где по возможности прописаны все их действия при подготовке к операции. В зависимости от нозологии, можем индивидуально вносить дополнительные рекомендации.

Основная сложность этой модели оказания помощи – это отсутствие динамического наблюдения. Если в стационарных условиях мы имеем возможность организовать полноценный пред- и послеоперационный период, то краткосрочность пребывания ставит серьезную задачу перед операционной сестрой. И первое, что необходимо, – тщательный отбор на оперативное лечение в ходе амбулаторного приема. И здесь должно возникнуть доверие между медработником и пациентом, ибо этот тандем должен будет работать на протяжении всего периода лечения.

Особенности предоперационной подготовки:

- возможность присутствия некоторое время в палате (30–60 мин), привыкание к обстановке, возможность расположиться, окружить себя знакомыми предметами (особенно важно для детей);
- тщательный сбор анамнеза (особенно аллергологического);
- изучение результатов предыдущих обследований, выписок;
- контроль состояния кожных покровов, места операционного разреза;
- оформление согласия на вмешательство и анестезиологическое пособие;
- использование одноразового белья с учетом психологического комфорта;
- подготовка венозного доступа;
- введение антибактериальных препаратов.

Остановлюсь на наиболее часто встречающихся вопросах.

1. **Зачем приходить заранее?** Это необходимо для поддержки психологического комфорта и дает возможность выполнить обязательные процедуры спокойно, без суеты.

2. **Почему нельзя использовать свою одежду?** Здесь можно пойти на небольшой компромисс при необходимости, объяснив пациенту элементарные основы инфекционной безопасности (например, детям допускается чисто выстиранное хлопковое белье, если оперативный доступ позволяет).

3. Иногда получаем вопросы от коллег, например, о том, **как часто мы отменяем или переносим операции?** Противопоказания абсолютно такие же, как и в круглосуточном стационаре (изначальный отбор пациентов для оперативного вмешательства предполагает только плановые вмешательства и согласуется с возможностью сроков послеоперационного восстановления). К категорическим противопоказаниям относятся простудные заболевания в острой форме, такие как грипп или ОРЗ, нарушение свертываемости крови, выраженная аллергия на лекарственные препараты. Серьезными ограничивающими факторами являются возраст пациента – он должен быть в пределах от 2 до 60, и сопутствующие заболевания почек, печени, сердечно-сосудистой системы. Хотя, если хроническое заболевание не прогрессирует, то разрешение на амбулаторную операцию, как правило, дается.

Такой момент, как детский возраст, – достаточно серьезный фактор, который нивелируется соблюдением юридических моментов. Под детские операции выделяется отдельный день (детская эндоурология) или они идут в первую очередь (например, эндоскопическая аденоидотомия).

Следующий шаг, и очень важный для операционной сестры хирургии одного дня – это послеоперационный период. Основная сложность, повто-

рюсь, – невозможность длительного динамического наблюдения.

Пока пациенты находятся в МЦ – это и контроль состояния, и обучение уходу за местом оперативного вмешательства (для этого у нас разработаны памятки и рекомендации практически по всем случаям – от удаления подошвенной бородавки до грыжесечения). Основная задача операционной сестры – обучить пациента основам перевязки.

Критерии для выписки пациента:

1. Стабильное состояние сердечно-сосудистой и дыхательной системы.
2. Ясное сознание (полная ориентированность, отсутствие сонливости).
3. Пациент в состоянии принимать пищу, ходить, обслуживать себя и справлять свои физиологические потребности (в состоянии помочиться, особенно после нейроаксиальной анестезии).
4. Прошло не менее двух часов после операции.
5. Пациент в состоянии принимать свои обычные медикаменты (к примеру, противодиабетические, противосудорожные и другие медикаменты).

Обмен контактными телефонами – обязательное условие. Есть возможность и видеосвязи с врачом.

Хочу вернуться немного к теории и остановиться на нескольких факторах. И первый – это психоэмоциональный: в условиях хирургического стационара пациент – это «больной», а в домашних условиях он – «выздоравливающий». Положительное впечатление пациентов – важный фактор. Во многом смягчается психоэмоциональное напряжение и тревога перед операцией. Пациент считает, что если в этот же день или на следующие сутки он будет выписан, то, следовательно, предстоящая операция не столь сложна и опасна, что ему не придется испытывать сильной боли в послеоперационном периоде, делать обезболивающие уколы, быть в какой-то степени обездвиженным и прикованным к постели. Тем более, что эта информация всегда передается от одного больного к другому в процессе общения и в свою очередь, способствует снижению тревоги перед операцией. Положительное впечатление формируется комфортными условиями содержания больного (как минимум это одноместная палата), благожелательностью и вниманием персонала, исключением томительного ожидания в очереди.

Если в больших городах хирургия одного дня это нормальная практика, то на периферии в этом надо еще убедить и найти, что называется, «своего пациента». Это, прежде всего, репутация – клиники, врача, персонала в целом. Никакая реклама и обещания выгоды не помогут, если пациент не видит индивидуального отношения к себе, благожелательности и комфорта.

Все больше пациентов понимают преимущества хирургии одного дня, и ключевую роль в этом понимании играет операционная сестра. Ведь оглушенные потоком медицинской информации, именно к ней пациенты обращаются с простыми, бытовыми, житейскими и даже интимными вопросами.

Не стоит забывать и об экономической составляющей. Что скрывать, все мы сейчас нацелены на трудоспособность, а хирургия одного дня – это именно тот вариант, который устраивает и граждан, желающих сократить пребывание вне работы, и государство, которому важно сократить расходы на длительное стационарное лечение.

Хирургия одного дня имеет очевидный экономический эффект, особенно в многопрофильных больницах. Создание таких отделений быстро окупается. Экономическая целесообразность и высокая эффективность хирургии одного дня привлекли внимание к ней государственных служб стран Европы и Америки. Еще в 1987 году в США на заседании Конгресса страны обсуждались проблемы развития лечебной программы хирургии одного дня. Она получила полную поддержку с созданием законодательной базы и разработкой регламентирующих инструктивных документов. В большинстве стран Европы такой подход к хирургии одного дня также имеет государственную поддержку.

Понятия «хирургия одного дня» и «амбулаторная хирургия» очень близки. Амбулаторная хирургия – это пребывание больного в стационаре несколько часов после операции с последующим патронажем на дому. Амбулаторная хирургия распространена в странах с развитой социальной инфраструктурой и не исключает пребывание больного под наблюдением на госпитальной койке до следующих суток.

Схематично вот так можно представить модель хирургии одного дня – от приема до операции и последующей реабилитации (рис. 2).

Благодаря применению инновационных технологий (в том числе видеолапароскопической техники) и новейших малотравматичных методик можно сделать операцию и выписаться из стационара уже через несколько часов. Такая схема имеет массу преимуществ, благодаря которым реабилитационный период удается сократить в 1,5–2 раза. Часть операций проводится с использованием местной анестезии, что позволяет избежать побочных действий общего наркоза.

За хирургией одного дня будущее, и главная роль в этом будущем у нас с вами!

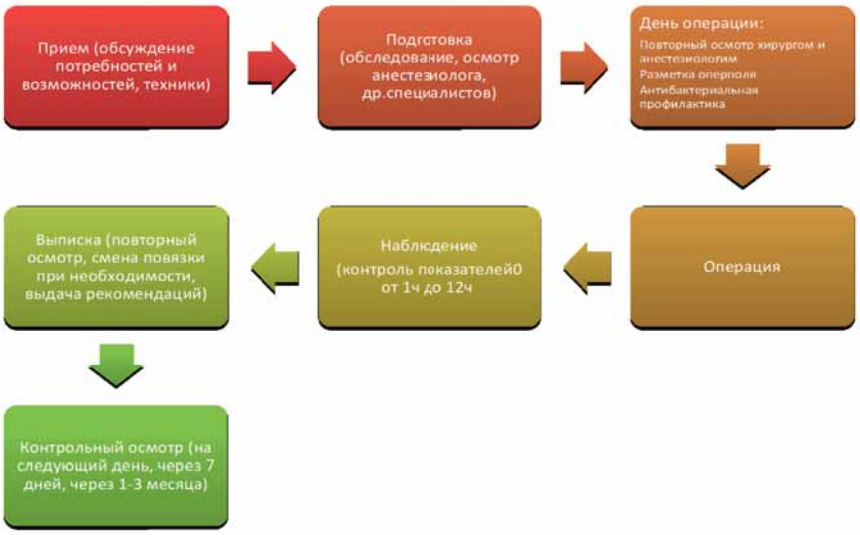


Рис.2

Внутренний контроль качества: профилактика падений

Рябкова В.В.
Главная медицинская сестра ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Смоленск)

«Всегда нужно помнить, что правильный уход всегда важнее самого лечения».
Ф. Найтингел

ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Смоленск) создано по решению Правительства Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи по специальности «Травматология и ортопедия» за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

В условиях современной медицины основой успешного лечения и профессионально оказанной медицинской помощи является удовлетворенность пациента предоставляемыми услугами. Министерство здравоохранения Российской Федерации 7 июня 2019 года утвердило приказ № 381Н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности». Одним из направлений обеспечения безопасности пациента в медицинской организации является предотвращение падений. Причины падений различны – это и деформация или дисфункция суставов, это нарушение слуха и зрения, нарушение равновесия. Приказом главного врача в нашем центре были определены меры обеспечения такой безопасности и ответственные лица.

Как строится эта работа? Медицинская сестра приемного отделения проводит тщательный сбор анамнеза в пределах своей компетентности, контроль результатов клинического обследования, работая с каждым индивидуально.

С целью профилактики падений в стационаре медицинские сестры приемного отделения проводят вводный инструктаж пациентов: объясняют, что прежде чем встать с кровати, необходимо пригласить медицинскую сестру палатную (постовую), воспользовавшись кнопкой вызова; личные вещи и предметы первой необходимости (трость, ходунки, костыли, очки и др.) необходимо разместить на прикроватной тумбочке на расстоянии вытянутой руки; если пациента беспокоит неудобство кровати, следует сообщить медицинской сестре. Пациентам объясняют, с какой целью медицинские работники поднимают защитные поручни на кровати.

Медицинские сестры палатных отделений проводят повторный инструктаж пациентов, обучают каждого из них пользованию кнопкой вызова, правилам перемещения в постели. Помогают пациентам разместить личные вещи и предметы ухода на прикроватных тумбочках на расстоянии вытянутой руки. Еще раз объясняют, что прежде чем встать с кровати, необходимо при помощи кнопки вызова пригласить медицинскую сестру. Пациентов с рисками падений помещают в палату, которая находится рядом с постом медицинской сестры.

Результаты проведенных инструктажей фиксируются ответственными лицами в журнале учета инструктажей с обязательной подписью инструктируемого и инструктирующего. Каждый случай падения пациента регистрируется, проводится анализ, выясняются причины падения.

Медицинским психологом был разработан «бегунок» с вопросами для пациентов.

Инструкция по прохождению теста

Этот опросник содержит вопросы, касающиеся Ваших взглядов на свое здоровье. Подчеркните вариант ответа, который Вам больше всего подходит.

Вопросы	Ответы	
1. Случались ли у Вас падения в течение последних трех месяцев?	Да	Нет
2. Пользуетесь ли Вы техническими средствами для передвижения (костыли, ходунки, кресло-каталка)?	Да	Нет
3. Требуется ли Вам помощь сопровождающего персонала для передвижения?	Да	Нет
4. Бывают ли у Вас головокружения?	Да	Нет
5. Случаются ли у Вас судороги?	Да	Нет
6. Бывают ли у Вас частые перемены настроения?	Да	Нет
7. Бывает ли у Вас шаткость походки?	Да	Нет

Это ускоряет работу медицинской сестры приемного отделения, которые проводят первичный сестринский осмотр, оценку риска падений по шкале Морзе для всех поступающих пациентов, кроме детей до года.

Международная шкала Морзе

Оценка риска	Баллы	Действия
Нет риска	0–24	Тщательный основной медицинский уход
Низкий риск	25–50	Внедрение стандартизированных вмешательств для профилактики падений
Высокий риск	51 и более	Внедрение специфических вмешательств, направленных на профилактику падений

Медицинская карта стационарного больного (учетная форма 003/У) с высоким риском падений помечается стикером оранжевого цвета, пациенту надевается браслет оранжевого цвета, и он транспортируется в отделение травматологии и ортопедии. Вертикализация пациента после операции проводится только в присутствии инструктора по лечебной физкультуре.

В течение трех суток после хирургического лечения на кровати пациентов подняты защитные поручни. В каждой палате есть памятки, но все равно падения пациентов имеют место быть. За 2019 год в приемном отделении риск падений был выявлен у 365 пациентов, было зафиксировано 23 падения. В основном падения происходят в ночное время, когда пациент считает, что может справиться самостоятельно и посещает туалетную комнату. В результате падений два человека из общего количества подлежали оперативному лечению, остальные падения к осложнениям не привели.

Каждый случай падений рассматривается индивидуально, главная медицинская сестра проводит беседу с каждым пациентом, выясняя причину произошедшего. Выясняется, что многие из пациентов переоценивают свои возможности, многие не хотят беспокоить персонал, результатом чего и становится падение.

После падения проводится повторная оценка пациента, совместно с лечащим врачом в план наблюдения и ухода за пациентом вносятся дополнения.

Падения классифицируют по тяжести последствий:

- нет последствий – у пациента нет никаких повреждений;
- небольшие последствия – приложен холод, проведена обработка раны;
- тяжелые последствия – пациенту показано хирургическое лечение и т. д.

Чтобы противостоять падениям, в центре ежегодно проводятся инструктажи с медицинским и техническим персоналом, включающие в себя стратегию по снижению риска падений. Персонал обучают правилам реагирования на падения, в распоряжении сотрудников имеется соответствующая памятка. В каждой палате имеется кнопка вызова персонала, позволяющая медицинской сестре быстро реагировать на вызов пациента. Работает «школа пациента», где медицинский психолог всякий раз обращает внимание пациента на профилактику. Медицинскими сестрами проводится эффективная обезболивающая терапия. В программу реабилитации включены упражнения, позволяющие восстановить способность к передвижению.

Инструктаж содержит порядок действия всех сотрудников центра при обнаружении факта падения пациента: сотрудник должен немедленно проинформировать руководителя структурным подразделением, попросить пациента присесть на кресло-каталку и составить отчет об инциденте по утвержденной форме.

Особое внимание уделяется пациентам с выявленным риском падения – проводятся мероприятия, которые воздействуют на окружающую пациента обстановку:

- расположение костылей и других устройств для передвижения в удобном для пациента месте (у изголовья кровати);
- туалетные комнаты и душевые оборудованы специальными поручнями;
- устанавливаются специальные устойчивые конструкции кресло-туалет;
- имеется «дежурное освещение»;
- пациенты с цветовым кодированием на истории болезни и имеющие оранжевый браслет располагаются в палатах рядом с постом медицинской сестры палатной (постовой);
- доклад во время передачи дежурства обязательно содержит сведения о пациентах с риском падений.

В структуре центра есть консультативная поликлиника, которая проводит отбор пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, подлежащих хирургическому лечению. Здесь используются следующие меры профилактики:

- сопровождение пациента от кабинета до места дальнейшего следования (пациенты приходят на консультативный прием и сопровождаются медицинским работником), здесь оценка не проводится;

ПАМЯТКА ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ: «КАК РЕАГИРОВАТЬ НА ПАДЕНИЕ»

Уважаемые коллеги! Если произошло падение пациента, руководствуйтесь следующими правилами:

- **Проверьте основные показатели состояния организма (пульс, дыхание, артериальное давление, температуру).**
- **Никогда не перемещайте пациента, прежде чем определите объем повреждений.**
- **Спросите пациента, ощущает ли он (она) где-нибудь боль.**
- **Попросите его (ее) поднять руки. Появилась ли боль?**
- **Попросите пациента поднять ноги. Появилась ли боль?**
- **Проверьте, не различается ли длина ног.**
- **Если нога повернута внутрь или наружу, или пациент жалуется на боль, не передвигайте его!**
- **Обеспечьте дальнейшую медицинскую оценку состояния пациента.**
- **Если пациент в состоянии двигать всеми конечностями, помогите ему встать.**
- **Проверьте, нет ли симптомов растерянности, дезориентации, оцените размеры зрачков и др.**
- **Проверьте состояние пациента через несколько часов после падения, обращайте внимание на покраснение, припухлость или повышение температуры каких-либо участков тела; проверьте, не возникло ли затруднений при движении конечностями.**

Если выявлены какие-либо вышеперечисленные симптомы, доложите лечащему или дежурному врачу, возможно потребуется дальнейшее медицинское обследование пациента.

- **Спросите пациента, почему он упал. Чувствовал ли он головокружение, терял ли сознание или просто споткнулся?**
- **Составьте отчет о происшествии и внесите в лист учета падений.**

АУДИТ ПРОГРАММЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПАДЕНИЙ

За каждый ответ «Да» присваивается 1 балл, за каждый ответ «Нет» – 0 баллов. Целевой показатель – не менее 20 баллов.

ОБЩИЕ АСПЕКТЫ

Рабочая инструкция по профилактике падений.

Ответственное лицо за программу профилактики падений.

Обсуждение вопросов профилактики падений как минимум ежеквартально.

Вопросы профилактики падений доводятся до заведующих отделениями.

Проведены расследования всех случаев падения.

АНАЛИЗ

Заполнение установленной формы отчета о падении, имеются данные о месте, времени инцидента и его последствиях.

Ежемесячные данные по консультативной поликлинике.

Ежемесячные сводные данные по стационару и обсуждение инцидента в отделении.

Наличие тенденций эффективности программы профилактики падений.

ОБУЧЕНИЕ

Проводится обучение среди вновь принятых сотрудников.

Проводится ежегодное обучение среди работающих сотрудников.

БЕЗОПАСНАЯ БОЛЬНИЧНАЯ СРЕДА

Наличие палат с цветовой кодировкой.

Выполнение плана безопасности (защитные поручни).

Палата безопасная для пациентов высокого риска:

- исправное освещение;
- кнопка вызова доступна для пациента;
- исправные защитные поручни;
- исправный тормоз кровати;
- пол сухой и не скользкий.

ОЦЕНКА РИСКА ПАДЕНИЙ

У всех пациентов при поступлении проведена оценка риска падений (кодировка на истории, внесение в журнал проведения инструктажа).

Оценка риска падений проведена медицинской сестрой приемного отделения правильно.

ПРОФИЛАКТИКА ПАДЕНИЙ В СТАЦИОНАРЕ

1) Носите удобную для Вас обувь с нескользящей подошвой;
2) Старайтесь не ходить по мокрому полу;
3) Не торопитесь и не суетитесь при ходьбе;
4) Убедитесь в том, что костыли или ходунки, которые Вы используете для ходьбы, удобны, надежны и подобраны по росту;
5) Если для передвижения Вы используете коляску, убедитесь, что она поставлена на тормоза, прежде чем садиться или вставать с неё;
6) Не вставайте первый раз после операции самостоятельно, дождитесь инструктора ЛФК, который научит Вас технике ходьбы на костылях;
7) После операции в ночное время используйте судно;
8) При передвижениях после операции будьте осторожны! Постарайтесь не перемещаться на дальние расстояния без отдыха. Если чувствуете слабость или головокружение, попросите о помощи медицинский персонал;
9) Постарайтесь не вставать с кровати в ночное время без необходимости; если Вам нужно встать, включайте ночник, чтобы ориентироваться в помещении;
10) Соблюдайте осторожность в ванной комнате: опирайтесь на поручни, когда садитесь или встаёте;
11) Если Вы чувствуете слабость после операции, не закрывайте дверь в ванной комнате на замок;
12) Если у Вас закружилась голова, присядьте на стул или кровать. Если такой возможности нет, поставьте костыли немного впереди себя и обопритесь на них, позовите на помощь;
13) Соблюдайте правила ортопедического режима.

- страховка пациентов в зонах риска падения (размещаются сигнальные отметки «Осторожно мокрый мол»);
- контролировать положение и состояние пациента.

Один раз в квартал старшими медицинскими сестрами отделений составляется отчет по падениям. Советом медицинских сестер центра проводится внутренний аудит программы по профилактике падений.

Еще Эрнст Эмори Кодман в 1917 году заявлял, что если больница стремится улучшить свою работу, она должна знать результаты своей работы и анализировать эти результаты.

Общая стратегия повышения безопасности наших пациентов – системный подход к выявлению, анализу и предотвращению ошибок и неблагоприятных событий.

Дезактив–Гель

АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО

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

ОПИСАНИЕ

Готовый к применению гель в виде прозрачной вязкой жидкости.

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

СОСТАВ

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

НАЗНАЧЕНИЕ

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

Срок годности средства—3 года.

МИКРОБИОЛОГИЯ

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

ПРИМЕНЕНИЕ

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

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

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

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

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

ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА СЕРИИ МЕДИЛИС® ОТ ВСЕХ ВИДОВ ВИРУСОВ В ТОМ ЧИСЛЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (2019 -nCoV)

Использовать продукцию с целью предупреждения возникновения и распространения вирусной инфекции, для профилактической и очаговой (текущей и заключительной) дезинфекции следует в следующих концентрациях рабочих растворов по препарату:

1. Медилис-3ДВ ДЕЗ - 1,5%;
   RU.77.99.88.002.E.005136.06.13
2. Медилис-ДЕЗ - 1,5%;
   RU.77.99.37.002.E.002104.02.11
3. МЕДИХЛОР таб. 1 г и 3,32 г - 0,06% (*-по активному хлору);
   RU.77.99.27.002.E.001462.01.12
4. Медилис-АСЕПТ - 100% (без разведения в виде готового раствора);
   RU.77.99.88.002.E.008854.09.15
5. Афлоран - 8%
   RU.77.99.88.002.E.007040.08.13

ПРОДУКЦИЯ*	СОСТАВ	ФАСОВКА/ФОРМА ВЫПУСКА	СРОК ГОДНОСТИ ср-ва/раб. р-ра
Медилис-ДЕЗ	ЧАС + триамин	1л/5л/концентрат	5 лет/28 суток
Медилис-3ДВ ДЕЗ	ЧАС+ триамин +ПГМГ	1л/концентрат	5 лет/14 суток
Медилис-АСЕПТ	ЧАС+ПГМГ	50мл/250мл/ 1л/концентрат	5 лет/-
Афлоран	ЧАС	1л/концентрат	5 лет/14 суток
Медихлор №1000	ДХЦК	1кг банка/1000 таблеток по 1гр	5 лет/4 суток
Медихлор №300	ДХЦК	1кг банка/300 таблеток по 3,32гр	5 лет/4 суток

реклама

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

УЗНАЙ БОЛЬШЕ НА WWW.MEDILIS.RU