

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 3/47 2020



Ковидные будни сестринского сообщества: От Ленинградской области до Республики Саха (Якутия)



стр. 26

ПОМОЩЬ ОНКОБОЛЬНЫМ:

*перспективы расширения роли
медицинской сестры*



стр. 24

ПОДАРИ ЖИЗНЬ – СТАНЬ ДОНОРОМ:

*Роль операционной медицинской
сестры в трансфузиологии*



стр. 31

К ВОПРОСУ О БЕЗОПАСНОСТИ:

*случайные уколы иглой в практике
медицинской сестры*



ЛИЗОФОРМИН 3000 КЛИНДЕЗИН-СПЕЦИАЛЬ

ЗАЩИТЯТ ПЕРСОНАЛ И ПАЦИЕНТОВ

- ✓ Дезинфицирующие средства для проведения текущих и генеральных уборок при выходе из карантина при коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 (Covid-19)
- ✓ Высокая антимикробная активность (бактерицидная, туберкулоцидная, вирулицидная, включая коронавирусы семейства SARS, спороцидная, фунгицидная)
- ✓ Рекомендованы ГУ НИИ ГРИППА РАМН в качестве высокоэффективного дезинфицирующего средства в отношении вируса птичьего и свиного гриппа
- ✓ Экстренная дезинфекция при чрезвычайных ситуациях, включая SARS-CoV-2 (Covid-19)
- ✓ Лизоформин 3000 в 2003 году применялся ВОЗ для обеззараживания очагов коронавирусной инфекции SARS в Юго-Восточной Азии

ИМЕЮТ ШИРОКУЮ ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ДЛЯ ОБРАБОТКИ:

- пола;
- стен;
- жёсткой мебели и прочих поверхностей;
- санитарно-технического оборудования;
- ИМН;
- стоматологических инструментов и материалов;
- эндоскопов (ручной и механизированный способы в установках «УЗО»);
- медицинских отходов (перевязочный материал, ватно-марлевые салфетки, тампоны, ИМН и бельё однократного применения перед утилизацией);
- транспорта;
- мусоросборочного оборудования, мусоропроводов и мусоросборников

**КАЧЕСТВО И
ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ПРОВЕРЕННЫЕ
ВРЕМЕНЕМ**

СФЕРЫ ПРИМЕНЕНИЯ:

- ЛПО (включая роддома при проветривании);
- Стоматология;
- Ветеринария;
- Транспорт;
- Производственные предприятия;
- ЖКХ;
- Предприятия коммунально-бытового обслуживания, пищевой промышленности, общественного питания и торговли, культуры, спорта и др.



Уважаемые коллеги, дорогие читатели «Вестника»!

Рады приветствовать вас со страниц журнала Ассоциации медицинских сестер России и поделиться наиболее актуальными новостями из жизни профессионального сообщества.

К сожалению, пандемия коронавирусной инфекции затянулась надолго, полностью перевернув жизнь миллионов людей и профессиональную деятельность медицинских работников во всем мире. Мы не стали исключением. Двигаясь с запада на восток, вирус проник во все уголки нашей Родины. Первыми эстафету борьбы с пандемией принимали врачи, медицинские сестры, фельдшеры, акушерки Москвы, а сейчас неустанно работают медики восточных территорий. От вируса не смогли оградиться даже самые затерянные улусы Республики Саха (Якутия). В каждой территории противодействие пандемии обретает свои черты, и в каждой специалисты сестринского дела выполняют свой профессиональный долг, преодолевая нечеловеческие нагрузки и оказывая помощь в чрезвычайно суровых условиях.

Ассоциация была вынуждена перевести всю свою работу в режим онлайн-функционирования. И, надо сказать, этот переход нам удался. Только за этот сравнительно небольшой промежуток времени мы смогли провести десятки тематических конференций, вебинаров и даже мастер-классов, аудитория которых составила порядка 20 тысяч специалистов, а география распространилась не только на большинство российских регионов, но даже на ряд других государств. Мы продолжаем поддерживать инициативы региональных ассоциаций и надеемся, что в скором времени онлайн-формат взаимодействия станет при-

«Дискуссия «блогер ты или медицинская сестра» еще год назад прошла бы в пользу виртуального эквилибриста, спешащего запечатлеть каждую секунду своей жизни, а сегодня всем все понятно, всё на своих местах, все знают – медицинская сестра это труд, это самоограничения, это большие жертвы ради других.

вычным способом обмена знаниями и опытом.

Конечно, пандемия в эти месяцы занимала центральное место в нашей работе – уверены, что читатели, задействованные в борьбе с вирусом, стали активными пользователями онлайн-ресурсов ассоциации, где мы старались оперативно размещать не только российские, но и международные рекомендации и видеоинструкции по проблемам диагностики, лечения, организации работы персонала в «красной зоне». Вирус отступает, но мы должны сохранить полученные знания, дабы при возможном обострении ситуации важная и проверенная опытом информация всегда была под рукой. Раздел, посвященный борьбе с пандемией, будет сохраняться в актуальной линейке проектов РАМС на новом сайте нашей организации, который стал нашим своеобразным подарком членам ассоциации к Дню медицинского работника.

Пандемия изменила не только «лицо» здравоохранения и сестринского дела, содержание практики, но и уровень ответственности специалистов. Не в одной стране врачам пришлось делегировать серьезную часть клинических полномочий специалистам сестринского дела. И если ранее вопросы политики не решались годами и десятилетиями, то теперь лед тронулся, и медицинские сестры не отдадут завоеванных позиций. В ряде стран, и Россия не исключение, медицинским сестрам пришлось возглавить работу ковидных госпиталей. Было трудно, но ведь справились! Вообще произошла переоценка роли всех и каждого как в профессии, так и в обществе. Дискуссия «блогер ты или медицинская сестра» еще год назад с высокой долей вероятности прошла бы в пользу виртуального эквилибриста, спешащего запечатлеть каждую секунду своей жизни, а сегодня всем все предельно понятно, всё на своих местах, все знают – медицинская сестра это труд, это самоограничения, это большие жертвы ради других. В мирное и спокойное время нам это показать,

увы, никак не удавалось... Кстати, небывалый рост популярности профессии уже отражается на увеличении потока абитуриентов, желающих поступить на программы сестринского дела. Данных по России у нас, к сожалению, нет, а вот в Швеции число заявлений за ковидную весну выросло на 70% по сравнению с предыдущими годами.

На страницах этого выпуска мы обязательно познакомим вас с героями нашего времени, которые работают в «красной зоне», обеспечивают безопасность помощи, руководят клиниками и проведем интересную параллель: ведь вот так же сестрички работали и в годы войны, – забыв о себе, о своей семье, о своей жизни, медики всей страны оперировали под артиллерийскими обстрелами и бомбежками, акушерки спасали беременных и рожениц, выносили новорожденных из-под разрушенных налетчиками стен родильных домов.

В этом году мы все хотели достойно отметить 75-летие Великой Победы – готовили крупную историческую конференцию. Встретиться очно не получилось, но права вспомнить и почтить память наших коллег никакой ковид у нас не отнимет. Хочу искренне поблагодарить региональные ассоциации, настоящих патриотов своей Родины и профессии, которые в эти дни работали с архивными материалами и делали достоянием всех историю подвига медицинских защитников нашего Отечества!

Дорогие друзья, предстоят еще долгие недели, а возможно и месяцы тяжелой работы. Мы надеемся, что публикации «Вестника» не только дадут вам полезные знания – как и ранее, авторы целого ряда статей делятся важным опытом практических преобразований, ставят вопросы, касающиеся расширения роли специалистов сестринского дела, но и станут для вас зарядом энергии для ежедневной работы, для окончательной победы над разбушевавшимся вирусом. Искренне благодарю вас за огромный труд, за верность своей профессии, от всего сердца желаю вам сохранить свое здоровье!



На обложке: **Нигрей Татьяна Сергеевна**, старшая медицинская сестра отдела профессиональной дезинфекции, **Барадулин Алексей Алексеевич**, заместитель главного врача по медицинской части, заведующий моноинфекционным госпиталем, **Мисевич Татьяна Николаевна**, старшая медицинская сестра стационара, **Фусс Татьяна Владимировна**, главная медицинская сестра ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1» г. Тюмень. Терапевтический стационар больницы с марта 2020 года перепрофилирован в моноинфекционный госпиталь на 380 коек для лечения больных с инфекцией COVID-19.

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ	
Первые шаги тюменцев: Глобальная кампания «Сестринское дело сейчас» и молодежная инициатива «Найтингейл челлендж» расширяют горизонты	стр. 36
КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Роль медицинской сестры в ведении детей до трех лет после офтальмологической операции	стр. 15
Подари жизнь – стать донором	стр. 24
Случайные уколы иглой в практике работы медицинской сестры	стр. 31
ГЕРОИ ПРОФЕССИИ	
Мы были первыми. Опыт борьбы с COVID –19 в Республике Саха (Якутия)	стр. 3
Есть такая профессия – спасать людей	стр. 7
Равнодушных не было. Интервью с Ольгой Кузиной, главной медицинской сестрой, заместителем начальника COVID -госпитализации	стр. 8
Счастлирое предназначение Татьяны Нигрей Фельдшер – это мое. Полвека служения медицине и пациентам. Интервью с Марией Огородник, заведующей фельдшерско-акушерским пунктом	стр. 18
Служба родовспоможения в блокадном Ленинграде, 1941–1944 гг.	стр. 20
ИННОВАЦИОННАЯ ПРАКТИКА	
Результаты работы пациенториентированной школы ухода на дому	стр. 16
Оказание помощи пациентам с онкологическими заболеваниями: потенциал расширения роли медицинской сестры	стр. 26
Уходим в сети. Опыт Ассоциации средних медицинских работников республики Саха (Якутия) по проведению онлайн-мероприятий	стр. 29

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 07.07.2020. Отпечатано в ООО «Аллегро». Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28. Заказ № 1134. 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 ФИ.О. автора, должности, учреждения, контактных данных, фотографией автора, иными иллюстрациями в виде отдельных файлов JPEG.

ОФОРМЛЕНИЕ ПОДПИСКИ

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

УЧРЕДИТЕЛИ И ИЗДАТЕЛИ

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

РЕДАКЦИЯ

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

АДРЕС РЕДАКЦИИ

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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



МЫ БЫЛИ ПЕРВЫМИ. ОПЫТ БОРЬБЫ С COVID-19 В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)



■ Нюргуяна Ивановна Егорова

Председатель районной профсоюзной организации работников здравоохранения ГБУ РС(Я) Намская ЦРБ

*«Дух бродяжий! Ты все реже, реже
расшевеливаешь пламень уст...»*

Сергей Есенин.

«Не жалею, не зову, не плачу...»

Пандемия коронавирусной инфекции резко и стремительно вошла в нашу жизнь. И эта болезнь, к великому сожалению, дошла и до нашего района. Незадолго до этого я получила информацию о том, что в Москве открывается специализированная инфекционная больница, нужны специалисты для борьбы с новой коронавирусной инфекцией. Не задумываясь ни на минуту, заполнила анкету и отправила на сайт организации. Через некоторое время на мой запрос откликнулись и проинформировали о предстоящей тяжелой работе, об условиях существования и дали недельный срок на принятие окончательного решения. В первую

очередь поговорила и посоветовалась со своей семьей, объяснила ситуацию и получила одобрение. Написала главному врачу Ариану Николаевичу Сергееву заявление, чтобы предоставили очередной отпуск, во время которого могла бы вылететь на вахтовую работу в столицу. При встрече Ариан Николаевич выслушал меня спокойно, затем вместе обсудили вероятную ситуацию и в нашем регионе. Подумав, он мне любезно отказал: ведь если у нас в районе вдруг возникнет вспышка коронавируса, то моя помощь будет нужна здесь. Момент наступил... И недаром в народе говорят: «Где родился, там и пригодился».

Первый случай заболевания коронавирусом в нашем улусе был официально зарегистрирован 30 апреля 2020 года. По оперативным расследованиям было установлено, что пациент заразился в ЯРОБ г. Якутска, где проходил лечение. С того дня больница улуса, медицинский персонал неустанно и не покладая рук борются со страшным недугом, прилагая все усилия к преодолению коронавируса. В целях предупреждения и предотвращения распространения этого коварного заболевания экстренно были созданы оперативный штаб, развернуто стационарное инфекционное отделение, сформирована эвакуационная бригада скорой медицинской помощи. В таких условиях крайне важно получать достоверную информацию о происходя-

щем, поощрять проявления доброты и солидарности, и принимать конкретные меры. С каждым заболевшим в улусе начиналось волнение. Вспышка произошла в самой далекой и труднодоступной деревне. Село Салбанцы расположено в глубинке Намского района, где дороги почти нет, поэтому многие были уверены, что коронавирус туда не дойдет. Но, увы, ошибались...

Для оказания помощи заболевшим было принято решение о создании специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи ЦРБ. 18 мая после очередного дежурства отдыхала дома, проснулась из-за телефонного звонка заместителя главного врача по лечебной работе Февроньи Егоровны Стручковой с предложением поехать в село Салбанцы, чтобы помочь молодым специалистам – врачу и фельдшеру, командированным на два дня ранее нас, и, не задумываясь, согласилась. На сборы дали всего один час. Такой же час был и у Карины Андреевны Жирковой, начинающей и подающей большие надежды медицинской сестры кардиолога. Этот час решил многое, – коллеги из профсоюзного комитета и администрация ЦРБ помогли нам закупить продукты питания и предметы личной гигиены. В 19:00 на машине нас доставили в город Якутск. В 19:30 мы вылетели на вертолете из аэропорта Маган в Салбанцы. Летели недолго, около получаса, но на борту царила глубокая тишина



и мучительное молчание. С волнением ждали приземления... В глубине души я сидела и представляла, какая там обстановка.

Наконец-то прибыли в населенный пункт. Нас встретила прикрепленная к медикам машина, на борту которой находился пожилой больной человек в сопровождении совсем юного врача-терапевта Партизанской врачебной амбулатории, Екатерины Станиславовны Семеновы. За рулем сидел сам Глава МО «Салбанский наслег» Сахаян Прокопьевич Аргунов, которого экипаж санрейса почему-то прозвал «начальником Чукотки». Сказано с долей юмора, но на самом деле звучит гордо. После размещения больного в вертолете нас доставили к месту службы – на Фельдшерско-акушерский пункт. Здесь с уставшими отчаянными словами «Не до Вас!» нашу команду встретила фельдшер скорой помощи Варвара Александровна Пахомова. Девочки выглядели очень уставшими, изнуренными, с ожогами глаз от кварцевого облучения, с признаками аллергической реакции от дезинфектантов. Мы с Кариной разгрузили вещи, отправленные больницей медикаменты и расходные средства. Тихо произвели обход ФАП. Условия для проживания были некомфортные, но жить можно. В дальней комнате стояли две кровати, на кото-

рых уже были хозяйки. А мы расположились на кушетках. В наличии общая кухня, где была одна старая плитка и электрочайник. Это уже прогресс. Сварила по-домашнему мясной суп и накормила девочек. У них не было времени приготовить себе нормальную еду. Питались, как выяснилось, «дошираком» и бутербродами. И тут я опять вспомнила Есенинские строки: *«Ты теперь скупее стал в желаньях, жизнь моя, иль ты приснилась мне?»*...

На следующий день из-за ожогов девочки не смогли открыть глаза, боялись света, жаловались на боли и жжение в глазах. Я их лечила, как могла, капала новокаин в глаза каждые полчаса. По сравнению с инфекционным ковидным отделением села Намцы, условия у нас были как на войне – военно-полевые. Мы попали в самое пекло, в очаг коронавирусной инфекции. В Салбанцах в связи с карантином было закрыто все: магазины, пекарня, образовательные учреждения... Выручили закупленные нами продукты питания и необходимые предметы первого пользования. У нас не было ни повара, ни санитарки, сами убрали за собой, готовили еду, мыли посуду, стирали... Я как старшая по возрасту была для своих девочек и мамой, и наставником, и начальством, и вечным дежурным по кухне.

Начались трудовые будни: активный обход домовых хозяйств, профилактические беседы, осмотр больных, выполнение инструкций и приказов по устранению инфекции. Получили противочумные костюмы, сейчас в таких формах работают все медики улуса. Представляете, как трудно весь день носить эти костюмы и работать как в теплице, забыв о еде, о своих нуждах? Эта одна проблема, вторая – дезинфекция СИЗов. У нас не было ни прачечной, ни дезкамеры. Дезинфицировали, стирали и после просушки вешали под кварцевой лампой. С утра снова надевали эти же СИЗы, и начиналось все по-новому. Личная гигиена – основа нашего здоровья, а уличного летнего душа не было поблизости, остальные удобства уличные. Временный душ мы построили из подручных средств, свою помощь любезно предложил местный житель Андрей Васильевич Федоров, который работал газооператором АО «НКТЭ», а шланг попросили у главы села. Так мы преодолели одну сложность, вторая беда – вопрос питьевой воды. Это большой дефицит. Заказывали воду в Намцах, привозили в кулерных бутылках. Воду для нужд носили из детского сада, и в этом нам помогали местные волонтеры. Волонтеров во всем селе было только двое, и дел у них было много, не успевали всё делать. В таких отдаленных территориях нередко бывают проблемы, о существ-





вовании которых городские жители давно забыли, – отсутствовал интернет, связь работала плохо, электричество периодически пропадало. Все это оказывало негативное влияние на нашу работу.

После ежедневных рейдов бригада составляла массу отчетов, заполняли дневники в амбулаторных картах осмотренных больных, отправляли экстренные извещения на вновь выявленных больных, вносили все данные в компьютер, вели 3-кратный мониторинг пациентов. Наши мобильные телефоны и стационарный телефон ФАПа буквально горели в руках. Звонили администрация больницы, РПН (Роспотребнадзор), ФБУЗ, администрация улуса, больные и их родственники, беспокоились, давали советы, получали информацию. Получалось, работали много, почти круглосуточно, очень уставали, никто нормально не отсыпался. И днем, и ночью обслуживали все поступающие вызовы, никому не отказывали. Как мы всё это вытерпели? Просто... Мы медики, но порой нам самим нужна была помощь психолога. Не каждый может всё это воспринимать как должное. Ведь там со мной трудились совсем молодые, неопытные девчонки, которым нужно было вовремя подставить свое плечо и протянуть руку помощи. Девочки очень скучали по дому, по своим детям, что трудно было не заметить. Украдкой плакали, разговари-

вая и общаясь со своими близкими по телефону. Но они терпели и преодолевали все трудности, изо всех сил старались не думать о своих проблемах, ведь помощь пациентам – их долг и призвание. *«Ты теперь не так уж будешь биться, сердце тронутое холодком...»* – сказал Есенин в том же стихотворении.

Трижды в день мы выполняли уколы по назначениям наших врачей и фельдшера, брали анализы на коронавирусную инфекцию, измеряли температуру тела, артериальное давление, пульс и сатурацию, распределяли и раздавали по домам противовирусные препараты взрослому и детскому населению, вели и заполняли процедурные листы, после сортировки сопровождали тяжелобольных к транспортировке. В первую очередь отправляли на большую землю пожилых и старых больных, инвалидов и беременных. С трудом уговаривали стариков на госпитализацию, ведь они совсем не понимали возможные последствия и осложнения заболевания. С каким волнением и переживанием ждали результаты анализов?! Как свои собственные... Боялись и подозревали, что количество зараженных прибавится в разы, и это, к сожалению, лабораторно подтверждалось. Все спрашивали о результатах своих анализов, а мы ломали голову, как сообщать жителям положительные результаты. Это было

очень просто и невероятно трудно. Для каждого пытались найти нужные слова, старались успокоить и больных, и жителей. Вели санитарно-профилактическую работу в виде индивидуальной беседы с каждым жителем, объясняли, что нужно соблюдать изоляцию, правила личной гигиены, вовремя принимать лекарства... Санрейсы в основном прилетали ночью по 2–3 раза. Каждый рейс брал на борт по два пациента, в кабине были установлены две капсулы для транспортировки ковид-положительных больных. Многие больные с трудом соглашались ехать в этих капсулах. Мы понимали их дискомфорт, нехватку кислорода, удушье, укачивание внутри капсулы. Старики буквально задыхались в капсуле не только от самой болезни, но и от невыносимого страха. Но ничего не поделаешь, таковы правила транспортировки инфекционных больных. Вовремя и обоснованно вызванный санрейс спасал жизнь пожилых людей и инвалидов.

20 мая к нам присоединились ещё два специалиста: врач-педиатр Хатырской участковой больницы Скрыбина Светлана Дмитриевна и фельдшер-лаборант Дьяконова Вия Николаевна. Мы очень обрадовались этому событию, – так наша бригада стала полноценной, готовой к оказанию качественной медицинской помощи всем возрастным группам населения. Все пациенты, а также контактировавшие

с ними лица находились под чутким медицинским наблюдением нашей бригады. Светлана Дмитриевна незамедлительно занялась обследованием и лечением детей, что намного облегчило нагрузку врача-терапевта Екатерины Станиславовны Семеновой. По назначению врачей опытный фельдшер-лаборант Вия Николаевна Дьяконова делала забор крови для анализов у пациентов с симптомами ОРВИ для более точной диагностики, тем самым очень помогла врачам. Так уже в новом составе мы встали на борьбу с коронавирусом – работа предстояла большая. Благодаря подкреплению медицинская помощь в селе Салбанцы стала более доступной. У всех появилась уверенность в завтрашнем дне.

Не могу не сказать о полном составе нашей бригады: Дьяконова Вия Николаевна – фельдшер-лаборант; Жиркова Карина Андреевна – медсестра; Егорова Нюргуяна Ивановна – медсестра, старшая бригады; Пахомова Варвара Александровна – фельдшер; Семенова Екатерина Станиславовна – врач-терапевт; Скрыбина Светлана Дмитриевна – врач-педиатр. Что сделали эти женщины за период командировки? Транспортировали на госпитализацию – 19 тяжелобольных, взяли анализы на ковид – у 288 человек, выявили 48 больных, зараженных вирусом. За этими сухими фактами круглосуточная работа, борьба с тяжелейшим вирусом, огромная профилактическая работа, ежедневное дистанционное самообразование и многое другое.

В конце командировки каждая испытывала гордость от того, что работала здесь, помогала больным, выполняла свой гражданский долг. Долг медиков всегда выше долга других. За столь короткое время мы так сплотились, сдружились, что не хотели расставаться друг с другом и населением села Салбанцы. Я очень горжусь своими девочками, своей отважной бригадой!

Отдельное спасибо жителям села. Это исключительно добропорядочные, исполнительные люди. Когда мы прибыли сюда, никого на улице не было: даже собаки не лаяли, коровы не мычали, это очень смутило, как будто мы попали в брошенное мертвое село. Оказывается, все находились на самоизоляции. Эта изоляция – большой плюс начала нашей миссии. Из местных общались с нами глава Сахаян Прокопьевич Аргунов и наш водитель Алексей Анатольевич Артамонов. В то время от работы водителя все отказывались, поэтому глава села сам возил нас до появления Алексея. Все остерегались, оградялись от нас. Говорили, что любой человек может быть распространителем коронавирусной инфекции. Некоторые люди не открывали двери, а наоборот запирались, а некоторые были уверены, что такой болезни нет, что мы сами все придумали. Это было понятно, село маленькое, болезнь опасная, население, угнетенное болезнью, обзлюилось от недуга, испытывало стресс. Было видно – люди страдают, болеют, напуганы. Но в их глазах наряду со страхом и паникой

виднелись искры надежды. Им надо было в кого-то верить, и мы пришли работать во благо здоровья населения села Салбанцы...

Мы все столкнулись с общим врагом и находимся в состоянии войны с вирусом, который обязательно победим. И мы с гордо поднятой головой не побоимся и не постыдимся сказать: «Мы были там!», «Мы были первыми!», «Мы сделали это!», «Мы потушили пожар пандемии!», «Мы спасли!», «Мы победили!».

От имени бригады хотим поблагодарить наш славный профсоюз и администрацию ЦРБ – главного врача Ариана Николаевича Сергеева, заместителей главного врача – Февронью Егоровну Стручкову, Веру Викторовну Атласову, Надежду Васильевну Сметанину, районного педиатра Жанну Филипповну Игнатьеву, заведующую поликлиникой Варвару Афанасьевну Максимову, главного санитарного врача улуса Лену Ильиничну Ильину, главу МО «Салбанский наслег» Сахаяна Прокопьевича Аргунова за поддержку в трудную минуту, за содействие и помощь в работе, за гуманитарную помощь и человеческое тепло, население села Салбанцы за исполнительскую дисциплину, послужившую первым шагом к выздоровлению. «Не жалею, не зову, не плачу, все пройдет, как с белых яблонь дым» – пусть слова великого поэта будут пророческими, и как можно скорее настанет тот день, когда мы окончательно победим коварный вирус.



Есть такая профессия – спасать людей

■ **Ирина Викторовна ЯНМИНКУЛЬ**
пресс-секретарь ТРОПСА

Таких, как он – мало. Современные молодые люди сегодня, увы, имеют другие взгляды на жизнь. А Захар Юрьевич Мецкер, заведующий ФАП в деревне Железный Перебор, что входит в состав ГБУЗ ТО «Областная больница № 19», парень той правильной «закваски», благодаря которой люди осознанно идут в бой, рискуя собственной жизнью, желая защитить Родину. С такими, как он, идут в разведку. Говоря об этом молодом человеке, это не высокопарные слова. Он – ответственный и надежный, хочет и может внести свой вклад в большую общую победу, ведь даже в мирной жизни всегда есть место подвигу. Пусть и неожиданно для нас всех, жизнь как раз сегодня каждому дает возможность проявить себя в борьбе с COVID-19, ведь коронавирус не щадит ни пожилых, ни молодых. Это наш общий неопознанный враг, поэтому и условия работы медицинских работников приравниваются к военным.

Те, кто сегодня на передовой в многогоспиталях, никому не пытаются доказать или показать свое героичество, они просто честно и достойно выполняют свой профессиональный долг. Они на время оставили свои семьи, позабыли о полноценном сне, времени приема пищи. Время выбрало их, и они защищают честь халата, которую последние годы в СМИ удавалось незаслуженно испачкать.

Не только город или страна ждут от медиков квалифицированной помощи, на них смотрит весь мир. Быть ли жизни на планете Земля, зависит не столько от больших ученых и именитых докторов, которые изобретают и испытывают такую долгожданную и нужную вакцину. В большей степени сегодня больным нужнее участие обычных врачей-анестезиологов, пульмонологов, терапевтов, санитарок, медицинских сестер, фельдшеров, таких как Захар Мецкер, которые буквально вытаскивают с «того света» людей, жаль, что нередко ценой собственной жизни.



Поначалу Захар Юрьевич был активно задействован в бригаде по забору биосред на анализ коронавирусной инфекции, обслуживая пациентов на личном автотранспорте. Но он понимал, что этого недостаточно, и он может гораздо больше. Проявив настойчивое желание работать в больницах города Тюмени, где лечат пациентов с подтвержденным COVID-19, был включен в резерв. И вот уже с 28 апреля Захар начал работать в многогоспитале.

Конечно, Захар Мецкер пока достаточно юн и амбициозен, ведь нет еще и года, как он закончил Тюменский медицинский колледж по специальности «Лечебное дело», но даже за столь малый промежуток времени ему удалось очень многое. Завоевать любовь и уважение жителей в деревне, где ты работаешь, отнюдь не просто, для этого мало просто ходить на работу. А пожилые жители деревни Железный Перебор очень уважительно отзываются о нем за его доброту, чуткость, внимательность к их хворям. Этого же мнения придерживается и Шмидт Надежда Юрьевна, фельдшер с большим трудовым опытом: «Очень приятно быть наставником у такого работника первичного звена здравоохранения в сельской местности, он же буквально все на лету схватывает».

Жители села прекрасно понимают своего фельдшера и еще больше ува-



жают за его смелый выбор, желая Захару Юрьевичу здоровья и сил. Они гордятся своим медицинским работником, ведь его неиссякаемый оптимизм сегодня является «маяком» для всех жителей деревни.

Есть такая профессия – спасать людей. И эта профессия выбрана им.

РАВНОДУШНЫХ НЕ БЫЛО

ИНТЕРВЬЮ С ГЛАВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ
ГБУЗ ЛО «БОКСИТОГОРСКАЯ МЕЖРАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»,
ЗАМЕСТИТЕЛЕМ НАЧАЛЬНИКА COVID-ГОСПИТАЛЯ
ОЛЬГОЙ СТАНИСЛАВОВНОЙ КУЗИНОЙ

В эти дни тысячи медицинских сестер по всей стране приняли на себя основной удар настоящей стихии. Пандемия COVID-19 проникла во все уголки нашей Родины, полностью перевернув жизнь и работу специалистов, вставших на защиту жизни и здоровья инфицированных больных. Работа и ответственность главных сестер порой менялась кардинально. Сегодня нам хотелось бы рассказать вам о Кузиной Ольге Станиславовне – замечательной главной сестре Бокситогорской межрайонной больницы, в условиях пандемии переквалифицировавшейся из фельдшера отделения скорой медицинской помощи с многолетним стажем и руководителя всего сестринского персонала лечебного учреждения в заместителя директора инфекционного госпиталя.



Ольга Станиславовна пришла в медицину не случайно. Она всегда хотела быть доктором. По воле судьбы стала фельдшером скорой медицинской помощи. Решив для себя, что профессию надо осваивать с азова, девушка поступила в Тихвинский медицинский колледж. Успешно окончив учебное заведение по специальности фельдшера, в 2000 году она устроилась на работу в Центральную районную больницу в отделение скорой медицинской помощи. Уже позднее фельдшер скорой помощи Кузина получила высшее образование с дипломом Санкт-Петербургского Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова по специальности «Менеджер сестринского дела» и в 2016 году приняла дела в должности главной медицинской сестры ГБУЗ ЛО «Бокситогорская межрайонная больница».

Мы решили поближе познакомиться с Ольгой Станиславовной и рассказать читателям журнала «Вестник Ассоциации медицинских сестер России» о профессиональных буднях коллектива COVID-госпиталя, в частности о буднях сестринского персонала.

– В эти дни в сотнях медицинских организаций России развернуты моноинфекционные отделения. Превратить больницу общего профиля в инфекционную не так-то просто. Расскажите, что вам удалось сделать до поступления первых инфекционных больных. Как Вы подготовили свой персонал?

– Во-первых, хочу отметить, что результат, который мы получили в сжатые сроки, заслуга многих людей: сотрудников АХЧ, медицинских сестер, младшего медицинского персонала, докторов. Все вместе мы трудились над созданием нового отделения – COVID-госпиталя. Только совместная упорная работа позволила полностью

перепрофилировать больницу в специализированный центр для лечения больных коронавирусной инфекцией.

Действительно, у нас было мало времени. Распространение заболевания в мире показало, что время работает против нас. Иллюзий о том, что нас беда обойдет стороной, не оставалось. И начинать приходилось, как говорится, «с нуля». Но команда медицинских сестер нашей больницы не привыкла пасовать перед трудностями. Собравшись вместе, мы продумали стратегию работы, оценили наши возможности и приступили к выполнению поставленной задачи.

К поступлению первых пациентов готовились тщательно. Для размещения моноинфекционного отделения на 60 коек было отведено отдельное стоящее здание. Первые шаги по его обустройству сделал коллектив административно-хозяйственной части. Именно сотрудники хозслужбы оборудовали помещения необходимой кислородной подводкой, в экстренно короткие сроки были возведены новые и снесены ненужные стены. Мы делили здание на зоны. Как говорится, одна голова – хорошо, а две – лучше. Поэтому, разделившись на две команды, мы разрабатывали разные варианты зонирования с учетом требований и нормативов по организации работы инфекционных отделений. В процессе подготовки к открытию выбирали наиболее подходящий. Так получилось, что именно мое предложение выдержало все испытания. Было принято решение реализовать его на практике.

Мы продвигались к своей цели методом проб и ошибок. До поступления первого пациента у нас была возможность исправить все возможные недостатки. Мы понимали, что после открытия отделения права на ошибку у нас уже не будет.

Вопрос размещения приемного покоя для пациентов различных категорий (способных передвигаться самостоятельно и с помощью спецсредств) потребовал оборудования двух отдельных входов. С помощью хозяйственной службы больницы проблемы были решены.

Формируя моноинфекционное отделение, я в очередной раз убедилась, что сила коллектива нашей больницы в единстве. Равнодушных не было. Все стремились оказать посильную помощь. Сотрудники контрактного отдела и аптеки занимались обеспечением будущего госпиталя лекарственными препаратами и расходными материалами. Персонал отделения реанимации и анестезии развернул и полностью оборудовал ОРИТ будущего госпиталя – укомплектовали специализированные палаты всем необходимым для комфортной работы даже в экстренных ситуациях.

Медицинские сестры разрабатывали алгоритмы экипировки персонала отделения, обработки спецтранспорта, создания безопасных условий для сотрудников отделения в процессе лечения больных. Объединившись, средний и младший медперсонал проводил обработку и дезинфекцию помещений, укомплектовывал процедурные кабинеты, разрабатывал схемы дезинфекции и утилизации расходных материалов, изучал материалы по эффективности различных дезрастворов и их воздействие на новый вирус.

Работа кипела во всех направлениях. На меня, как на заместителя начальника госпиталя, легла ответственность за соблюдение санитарно-эпидемического режима, подбора персонала для отделения, оборудования общежития для проживания сотрудников, обсерватора, а также вопросы жизнедеятельности стационарных отделений в новых условиях.

Одной из важнейших задач, которую предстояло решить, стала организация обучения персонала основам работы в условиях пандемии. С помощью врача-эпидемиолога мы проводили занятия для уже сформированных врачебно-сестринских бригад. Хотя и в сжатом курсе, но мы постарались рассмотреть и учесть все нюансы будущей работы, уделяя особое внимание соблюдению необходимых мер безопасности.



Для меня, как руководителя, важно, чтобы сотрудники больницы даже в условиях работы с опасной инфекцией, оставались в строю и могли выполнять поставленные перед нами задачи по лечению больных.

Колоссальный объем работ мы провели за две недели. И мы справились. Уже 3 апреля COVID-госпиталь Бокситогорской межрайонной больницы, первый на территории Ленинградской области, принял первого пациента. И, надо сказать, пациента в тяжелом состоянии.

– Работа с новым заболеванием – это, безусловно, вызов. Вызов для руководителей, врачей, медицинских сестер, для всего технического персонала. Как прошла первая встреча с больными, первые дни работы?

– Мы учились. Не скрою, были опасения, что начало работы не пройдет гладко. Но страхи оказались беспочвенными. Мы просто встали в строй и приступили к работе, плечом к плечу вступили в бой с инфекцией, о которой знали очень мало. В процессе работы продолжали обучаться на специализированных курсах, разбирали методические рекомендации, вносили коррективы в планы лечения, совершенствовали свои знания, оттачивали навыки проведения привычных манипуляций в непривычной экипировке. За выздоровлением первого пациента следили всем коллективом, несмотря на то, что больные со всей территории Ленинградской области поступали ежедневно.

С гордостью могу сказать, что коллектив COVID-госпиталя с честью выполняет поставленные перед ним задачи.

– Изменилась ли ситуация сейчас, после знакомства с болезнью? Можно ли сказать, что появилось чувство уверенности в своих силах, или напротив, надо быть настороже, чтобы степень настороженности сестер не упала?

– В состоянии готовности надо быть всегда. Утрата бдительности – первый шаг к поражению. Даже после успешного лечения более 150 пациентов, детального знакомства с инфекцией и тонкостями ее развития у разных больных, мы пришли к пониманию, что COVID-19 – опасное заболевание, которое не прощает оплошностей. Медицинские сестры, впрочем, как и в своей повседневной деятельности, стоят на страже здоровья коллектива, они проводят инструктаж каждого сотрудника госпиталя, неустанно следят за соблюдением санитарно-эпидемических норм, в то же время выполняя лечебную работу.

– На какое количество больных рассчитан COVID-госпиталь в Бокситогорске?

– Наш госпиталь рассчитан на 60 коек, из них 21 – реанимационная. За время работы моноинфекционного отделения специализированную медицинскую помощь получило более 120 человек. Среди них были пациенты,

переносившие заболевание в тяжелой форме. Коллектив госпиталя борется за жизнь и здоровье каждого больного, независимо от степени тяжести заболевания. Коронавирусная инфекция очень коварна, поэтому бдительность терять нельзя даже в казалось бы легких случаях.

– Осознают ли администрация и жители района всю серьезность ситуации, как Вас поддерживают?

– В борьбе с новой инфекцией мы чувствуем большую поддержку как от жителей Бокситогорского района, так и от административно-управленческого аппарата. В самом начале работы мы получили неоценимую помощь в приобретении средств защиты для сотрудников COVID-госпиталя. Население района помогает теплыми словами поддержки. Отрадно, что бокситогорцы с пониманием отнеслись к введению ограничительных мер, а потому беспрекословно следуют рекомендациям по сей день, помогая нам сдерживать темпы распространения инфекции.

Большую поддержку оказывают предприятия и предприниматели, работающие на территории нашего района. Едва ли не каждую неделю сотрудникам госпиталя доставляются «посылки» в виде продуктовых наборов, необходимых для пациентов и сотрудников хозяйственно-бытовых средств.

– Ольга Станиславовна, расскажите, как организован процесс оказания помощи?

– В сутки на работу выходит четыре врачебно-сестринские бригады. Продолжительность смены определена в 6 часов. К этой цифре мы пришли путем расчетов и обсуждений. В этом режиме сотрудники госпиталя работают уже более двух месяцев. Сегодня в штате моноинфекционного отделения достаточно врачей, медицинских сестер и младшего медицинского персонала. Хотя в самом начале были трудности. Но мы справились. На помощь штатным сотрудникам больницы пришли студенты Тихвинского медицинского колледжа, ординаторы Первого Санкт-Петербургского медицинского университета им. академика И.П. Павлова. Теперь коллектив госпиталя – сплоченная команда с устоявшимся институтом наставничества. Ведь молодых и вновь прибывших сотрудников необходимо обучать уже непосредственно на месте работы.

– Профессия медицинской сестры имеет женское лицо, чаще всего сестры – это мамы или уже бабушки. Возникла ли у Вас проблема с нехваткой персонала, удалось ли ее решить?

– На первых порах определенные трудности были. Но кто с ними не сталкивался? Мне, как руководителю, приходилось проводить беседы, разъяснять специфику лечения инфекционных заболеваний, рассказывать о средствах индивидуальной защиты и принятых мерах безопасности. Зача-

стую персонал приходилось уговаривать приступить к работе в госпитале. Но, несмотря на все трудности, первая «вахта» была сформирована. Так же удалось набрать персонал и на замену.

Однако судьба внесла свои коррективы. Так случилось, что врачи и медсестры, выполняя свои обязанности по лечению пациентов, лично столкнулись с COVID-19. И вместо замены поступили в госпиталь в качестве пациентов. В этот момент мы столкнулись с реальной нехваткой персонала теперь уже не только в моноинфекционном отделении, но и в остальных отделениях стационара. Эпидемия и новый вирус нещадно вносили коррективы в наши планы, переписывая их на свое усмотрение. Нас спасло то, что Бокситогорская межрайонная больница – большое медицинское учреждение, разделенное на зоны. Закрывая на карантин отделения в Пикалево, мы переносили нагрузку на стационары в Бокситогорске. Поэтому перерывов в оказании экстренной медицинской помощи нам удалось избежать. Испытывая жесткий кадровый дефицит, мы были вынуждены экстренно сформировать команду врачей для оказания необходимой помощи пациентам нашей больницы. Ведь, несмотря на свирепствующий вирус, другие заболевания не исчезли сами по себе. Медицинский персонал привлекали из других районов. На нашу просьбу о помощи откликнулись Волховская, Тихвинская и Подпорожская межрайонные больницы. Мы все жили в стационаре вместе с нашими пациентами, забыв о праве на сон и отдых. Это было необходимо, чтобы медицинская помощь нуждающимся могла быть оказана в круглосуточном режиме.

Очень трудно было, когда из строя вышел руководящий состав больницы. И так получилось, что именно мне пришлось принять на себя руководство не только госпиталем, но и всей Бокситогорской больницей. Я понимала, что данный факт противоречит издавна установленной иерархии «врач–медсестра». Преодолевая внутренние опасения, мне пришлось принять на себя новый груз ответственности. Много мыслей было по поводу того, как отнесется врачебный персонал к необходимости подчиняться главной медицинской сестре. Но хочется сказать спасибо на-





шим докторам, которые не только не акцентировали внимание на должностных различиях, но и стремились помочь во всем. Все вопросы мы решали сообща на утренних планерках, обсуждали в течении дня поступающие новые вводные, вносили коррективы в намеченные планы. Мы справились. И работа кипела, постепенно входила в привычное русло.

А самое главное, что наши коллеги, побывав пациентами госпиталя, вернулись туда после выздоровления, но уже в качестве сотрудников. Ведь не зря говорят медики: кто, если не мы? По этому принципу и работает медицинский персонал нашей больницы.

– Во всем мире медицинским работникам не удастся избежать заражения инфекцией. Как обстоят дела в Вашей клинике?

– Сотрудникам моноинфекционного отделения Бокситогорской больницы удалось избежать профессионального заражения. Это наша общая заслуга. Мы разработали четкий алгоритм мер безопасности, который соблюдают все без исключения сотрудники как внутри госпиталя, так и занятые на обеспечении нужд нового подразделения: врачи, медсестры, младший медицинский персонал, хозяйственная служба и т.д. Медицинские сестры осуществляют чуткий контроль

за соблюдением разработанных и утвержденных нами правил.

– Что Вам помогло справиться с ситуацией? Какие выводы Вы сделали для себя и коллектива?

– Наше единство. В первую очередь мы – команда единомышленников. Достичь цели в одиночку не получится, поэтому все медицинские сестры вступили в борьбу с новой инфекцией единым фронтом. Я, как руководитель, горжусь своими подчиненными, ведь они не только четко и оперативно выполняют поступающие распоряжения, но и, являясь непосредственными участниками лечебного процесса, вносят предложения по улучшению нашей работы, повышению качества оказания медицинской помощи в рамках деятельности среднего медицинского персонала.

– Если заглянуть в будущее, что на Ваш взгляд необходимо для достижения и поддержания высокого уровня «боеготовности» медицинских сестер и больницы в целом к вероятным вспышкам инфекционных заболеваний?

– Необходимо постоянно учиться, совершенствоваться в профессии. Все, чего нам удалось достичь сегодня, стало возможным только в процессе непрерывного обучения. Большую роль в перепрофилировании нашей

больницы сыграла коллегиальность работы. Дистанционное и очное консультирование, помощь в организации нового вида медицинской помощи в рамках всего учреждения, поддержка коллег в сложных ситуациях – все это является ступеньками на пути к нашему общему успеху.

Конечно, напрямую это не относится к сути заданного Вами вопроса, но я считаю, что важным фактором на пути к достижению необходимого результата является тесное взаимодействие руководителя с коллективом. И не только в рамках рабочего процесса. Часто сотрудникам, работающим в сложных и опасных условиях, изолированным от внешнего мира, требуется психологическая поддержка, дружеский совет, а иногда необходимо просто выслушать человека.

– Что бы Вам хотелось сказать своим коллегам в собственном учреждении, коллегам в стране?

– Никогда не останавливайтесь на достигнутом. Учитесь, совершенствуйтесь не только в своей профессии, но и в смежных областях. Объединяйтесь не только в трудные минуты, ведь самое важное – это коллектив. Только соратники трудоспособны и всегда готовы к достижению поставленных целей и задач независимо от ограничений во времени и ресурсах.

Счастливое предназначение Татьяны Нигрей

■ **Ирина Викторовна ЯНМИНКУЛЬ**
Пресс-секретарь ТРОПСА

Татьяна Сергеевна Нигрей – медицинская сестра современной формации, которая постоянно старается обновлять и обогащать свои знания. После окончания в 2001 году Тобольского медицинского училища им. В. Солдатова, по специальности «Лечебное дело», в 2005 году закончила очное отделение ГОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия», получив высоко востребованную специальность «Менеджер дел». Жизнь сама все разложила по полочкам, несмотря на то, что с самого детства Татьяна хотела стать врачом-гинекологом, а после окончания медицинского училища зримо представляла себя первой помощницей врача-хирурга – операционной медицинской сестрой.

В должности старшей медицинской сестры в Отделении профилактической дезинфекции ГБУЗ ТО «ОКБ № 1» Татьяна Сергеевна трудится пока чуть менее года. Областная клиническая больница № 1 в городе Тюмени действительно крупнейшее, прекрасно оснащенное лечебное учреждение под номером один! До этого 5 лет она работала в должности главной медицинской сестры в ФГБОУ ВО Тюменский медицинский университет.

Сегодня Татьяной Сергеевной накоплен настолько бесценный организационный и управленческий опыт, что ей по плечу любой участок работы. С момента перепрофилирования больничного корпуса по ул. Котовского в моноинфекционный госпиталь для лечения пациентов с COVID-19, отдел профилактической дезинфекции, который возглавляет Татьяна Сергеевна, стал выполнять ведущую роль по недопущению распространения инфекции и заражения. Татьяна Сергеевна инициировала идею создания дезинфекционной бригады, оснащенной специализированным оборудованием для выполнения заключительной дезинфекции в помещениях моноинфекционного госпиталя.

Чтобы упорядочить и изначально правильно систематизировать работу бригады по профилактической дезинфекции, группой единомышленников – главной медсестрой Т.В. Фусс, старшей

медсестрой терапевтического стационара Т.Н. Мисевич и врачом-эпидемиологом О.П. Марковой, при непосредственном участии Татьяны Сергеевны были разработаны и адаптированы все необходимые инструкции и (СОПы) по надеванию и снятию СИЗ, по приготовлению дезинфицирующих растворов и проведению заключительной дезинфекции в помещениях госпиталя, транспорта скорой помощи, на котором приходилось доставлять пациентов с опасным диагнозом в другие корпуса и на КТ.

В дебригаде Татьяны Нигрей – 9 сотрудниц, в их число по временной необходимости вошли медицинские сестры из разных отделений: реабилитационные, операционные, а также медсестры детских отделений. В настоящее время их помощь для многогоспиталя бесценна!

Аэрозольные генераторы – главный рабочий инструмент сотрудниц отдела профилактической дезинфекции, однолитровые, пятилитровые, в которые заливается разведенный до нужной концентрации дезинфицирующий раствор. В настоящий момент при борьбе с COVID-19 хорошо себя зарекомендовали такие дезсредства, как «Септолит-ДХЦ», «Пероксигид». Средства индивидуальной защиты (СИЗ) также являются незаменимой составляющей профессионального имиджа дезинфекционной бригады: комбинезон типа «Кварц» многоразового применения с капюшоном, щитки или очки, респиратор с дыхательным фильтром, нарукавники, высокие бахилы, фартук, резиновые перчатки. Причем, все должно быть надето и впоследствии снято в определенной очередности. Работают девушки по 12 часов, с 8:00 до 20:00, и с 20:00 до 8:00, выходя на смену по три человека. Попробуй выстоять в таком обмундировании на протяжении полусуток. Очки катастрофически регулярно запотевают, воздуха через респиратор, можно сказать, не хватает систематически, ведь в многогоспиталях к приточно-вытяжной вентиляции предъявляются особые требования. Кожа в теплом помещении под плотным панцирем спецодежды также не вентилируется, и, соответственно, не дышит. Пить хочется постоянно, поэтому, подбегая после смены к автобусу, который транспортирует отработавшую смену в гостиницу, каждый с жадностью вливает

в себя по полуторалитровой бутылки чистой и холодной воды. Напиться до сыта не удастся даже в гостиничном номере. Если во время смены сотрудник многогоспиталя испытывает жажду, голод или потребность в туалете, из «красной зоны» он может пройти через санпропускник в «зеленую зону» для отдыха не ранее, чем через 6 часов. Поэтому умение терпеть – это тоже сила духа сотрудников. В отделениях многогоспиталя на видеорекамерах, которые расположены везде при переходе между корпусами, в зоне раздевания и одевания можно пронаблюдать оплошности или ошибки персонала. Поэтому в «красной зоне» стоят ответственные сотрудники, которые в соответствии с алгоритмом проверяют, контролируют очередность и все промежуточные этапы снятия СИЗов. После технического перерыва сотрудник надевает другой, чистый комплект СИЗ.

Бригаде профилактической дезинфекции заявки передаются сотрудниками подразделений по рации или телефону, а проведенная бригадой работа фиксируется в журнале дезобработки, где заносится информация: дата, время, объект дезинфекции, площадь дезинфицируемых поверхностей, количество израсходованного дезраствора. За смену усталость наваливается очень сильно, ведь в жару в средствах индивидуальной защиты находиться просто невыносимо, а сотрудникам нужно еще и очень интенсивно трудиться.

Даже отдыхать от работы в гостинице все равно очень нелегко. Выходить из номера строго запрещено, и замкну-

тое помещение, где общение с близкими доступно только по телефону, очень угнетает. Этого недолгого общения ждут не только медицинские работники, возвращения своих мам очень ждут дети, особенно малыши. На восстановление сил и отдых, как правило, даются только сутки. Успев выспаться после нелегкой смены, сотрудники умиляются заниматься абсолютно разными вещами: кто-то «в запой» читает интересную книжку, другой жадно «гло-тает» телепередачи, третья вяжет, четвертый рисует, пятый слушает любимые музыкальные композиции.

Перед выездом из гостиницы «Восток», где с комфортом в 1–2 местных номерах размещены сотрудники многогоспиталя ОКБ № 1, ответственные сотрудники измеряют у них температуру тела, АД, тем самым осуществляя допуск к работе. Завтрак и ужин для медиков организован в гостиничном ресторане. Еда приготовлена вкусно, блюда калорийны и разнообразны, ведь силы медицинским работникам очень нужны на работе. И все же, отработав месяц в таком непростом режиме, где человек лишен своих привычных жизненных условий и простых человеческих радостей, большинство начинает настаивать на смене образа жизни. Психологически сложно все это выдерживать. Жизнь идет, и каждый из сотрудников торопит свое время, каждый безудержно хочет домой... Ну, а если кто-то по ряду причин выходит из строя – без долгих задержек на место вышедшего встает медицинский работник из резервной группы. Подвести друга друга они не имеют морального права.





Вообще, если говорить о степени обеспеченности Тюменских медицинских работников средствами индивидуальной защиты, есть все необходимое. Неоспоримую поддержку при этом оказывает резервный фонд Департамента здравоохранения Тюменской области, выделяющий дезсредства, расходные материалы, СИЗы. Причем, у сотрудников есть возможность выбора перед рабочей сменой цвета комбинезона, в котором придется провести как минимум шесть часов. Не каждому хочется ходить целую смену в черном или темно-синем комбинезоне. Если есть цвета одежды жизнеутверждающие и яркие: салатовый, лимонный, оранжевый, согласитесь, ласкающая глаз палитра позволяет на сложную ситуацию взглянуть под другим спектром.

«Редко можно назвать коллектив настоящей командой. Мы – сплоченная команда профессионалов и оптимистов. Нас отличает не только умение работать, но и отдыхать, праздники и другие радостные события мы отмечаем дружно и весело. Мы в предложенных жизнью обстоятельствах работаем как единый, хорошо отлаженный механизм. Благодаря нашей главной медсестре Фусс Татьяне Владимировне, человеку с огромным опытом и багажом знаний, профессионалу своего дела, даже сложные нестандартные ситуации мы решаем в рабочем порядке. Перед нами поставлены четко определенные задачи, нацеленные на результат. Конечно, до пандемии у нас были другие цели: продвижение проектов «Универсальная сестра» и «Транспортные бригады», которые и сейчас работают, но в связи с более значимыми приоритетами они отошли на второй план. Сегодняшняя ситуация в стране

еще более позволяет нам всем сплотиться, объединяет сотрудников как на передовом фронте. И я уверена, что этот опыт еще больше укрепит нашу команду, приблизит успешное завершение наших проектов», – так с большой гордостью говорит о своем коллективе Татьяна Сергеевна Нигрей.

Но быть старшей медсестрой в отделении профилактической дезинфекции, это малая толика ее обязанностей. Она отвечает за обучение бригад, разработку и внедрение СОПов, обращение в подразделениях с медицинскими отходами, больничным бельем, работу дезинфекционных камер. Организует работу 19 кастанш, 60 младших медицинских сестер. Медперсонал многогоспиталя регулярно обследуют на COVID-19: персонал отделения профилактической дезинфекции сдает мазки не реже 1 раза в неделю. Сейчас работа в основном стабилизировалась, а если сравнивать с моментом, когда ситуация с коронавирусом только разворачивалась, и нужно было учесть множество нюансов, казалось, что от работы

просто «захлебываются», ведь работать приходилось по 14–15 часов.

Сказать, что работы или больных в многогоспиталях становится меньше, пока нельзя. Только в хирургическом корпусе на госпитализации находятся более 120 пациентов, терапевтический корпус также практически заполнен. Важную роль сыграла присланная Департаментом здравоохранения схема лечения бессимптомных больных с COVID-19, которая позволила врачам вести таких больных в домашних условиях. Сейчас на госпитализацию поступает больше пациентов с тяжелыми пневмониями, асоциальных пациентов. Медицинский сотрудник, обслуживая своих пациентов, помимо скромности и сдержанности, должен быть добрым и вежливым, видеть свою цель не в добывании славы и денег, а в облегчении страданий и исцелении больных, в самоотверженном служении людям, которые обращаются к нему за помощью и за советом. Вот в этом и есть счастье – предназначение Татьяны Нигрей, человека, выбравшего своим призванием медицину.



РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ВЕДЕНИИ ДЕТЕЙ ДО ТРЕХ ЛЕТ ПОСЛЕ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ



Ольга Александровна ПЛОТНИКОВА

Старшая медицинская сестра,
Чебоксарский филиал
ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава
России, г. Чебоксары



В современном мире число операций у детей с заболеванием органа зрения раннего возраста с каждым годом увеличивается. Часто это связано с тем, что уже в первые дни жизни на операционный стол попадают дети с таким заболеванием, как ретинопатия недоношенных. В Чебоксарском филиале МНТК «Микрохирургия глаза» также отмечается неуклонное увеличение количества оперируемых детей в возрасте до трех лет. Грамотное медицинское сопровождение детей, перенесших офтальмологические операции, особенно необходимо и неопценимо.

С 2013 по 2015 год в Чебоксарском филиале прооперировано и пролечено 1863 ребенка в возрасте до трех лет, из них максимальное количество 76,7% приходится на детей до года (табл.).

Таблица

Динамика оперативных вмешательств у детей до трехлетнего возраста в ЧФ МНТК «Микрохирургия глаза»

Возраст	2013	2014	2015	Пролечено детей (всего)
До 1 года	475	464	489	1428
От 1 до 2 лет	86	98	81	265
От 2 до 3 лет	30	66	74	170
Всего	591	628	644	1863

В послеоперационном периоде дети до трех лет нуждаются в особом индивидуальном подходе, тщательном наблюдении и уходе.

Алгоритм сестринского ухода за детьми в послеоперационном периоде

В первые сутки после операции ребенок находится под наблюдением не только анестезиолога, педиатра и лечащего врача-офтальмолога, но и под чутким наблюдением палатной медсестры. Лечение ребенка всегда проводится в сопровождении матери (сопровождающего) в условиях стационара, в комфортабельной индивидуальной палате, в которой имеется специальная детская кровать.

В первые часы после операции медицинской сестре необходимо установить тщательное наблюдение за ребенком. Следует обратить внимание на профилактику рвоты и осложнений, связанных с ней, таких как аспирация рвотными массами. Ребенка необходимо уложить в горизонтальном положении на боку без подушки. По восстановлении сознания ребенок может принять удобную позу в горизонтальном положении в зависимости от вида операции. Когда ребенок полностью проснулся, можно начинать его поить чистой во-

дой без газа, обязательно маленькими порциями (для профилактики тошноты и рвоты).

Обезболивание имеет очень важное значение. Ребенок, у которого ничего не болит, как правило, не испытывает тошноту, рвоту, дискомфорт в глазу, не пытается снять повязку, следовательно, ранний послеоперационный период протекает комфортно и заживление послеоперационной раны идет быстрее. Для послеоперационного обезболивания мы используем парацетамол в форме сиропа, чтобы свести к минимуму уколы, как правило, этого бывает достаточно. Одновременно с обезболиванием ведем профилактику нередкого осложнения – гипертермии, так как панадол является отличным жаропонижающим средством. Также регулярно проводим термометрию.

Кормление после операции начинают только после того, как убедились, что ребенок способен усваивать воду. Лучше давать полужидкую и жидкую пищу (бульон, кефир, йогурт). Режим питания обязательно согласовывается с педиатром. Дети малого возраста чаще всего находятся на грудном или искусственном вскармливании. Все необходимые смеси и готовое питание, к которому адаптирован ребенок, сопровождающие готовят сами. Хранят питание в холодильнике, которые имеются в каждой палате.



Закапывание капель

В зависимости от вида операции назначается повязка моно- (при операциях по поводу катаракты, глаукомы, отслойки сетчатки и др.) или бинокулярная (при хирургическом лечении некоторых косоглазий). В конце рабочего дня ребенок осматривается лечащим врачом, проводится беседа с матерью на тему ухода за ребенком. В первый день после операции перевязка проводится в присутствии заведующего отделением, лечащего врача и перевязочной медсестры. Все необходимые манипуляции производятся лично лечащим врачом. Далее осмотр осуществляется не менее трех раз в день с целью профилактики ранних послеоперационных осложнений.

Медицинская сестра также предпринимает все необходимые действия для



Бинокулярная повязка

профилактики ранних послеоперационных осложнений – следит за тем, чтобы проводилась ежедневная влажная уборка мест пребывания с ребенком, проветривание комнаты не менее трех раз в день, кварцевание не менее трех раз в день. Медицинская сестра обучает сопровождающих ребенка родственников правилам соблюдения личной гигиены. В периоды эпидемии гриппа сопровождающий и ребенок должны использовать средства индивидуальной защиты в виде одноразовой маски. Необходимо исключить контакт ребенка с пациентами старшего возраста. Палатная медсестра налаживает контакт с матерью и ребенком, заботится о своевременной смене повязки при ее намокании, регулярно закапывает индивидуально назначенные капли, контролирует

общее состояние ребенка. Медсестра объясняет сопровождающему, чтобы он также наблюдал за общим состоянием ребенка, контролировал наличие повязки на глазах, защищал ребенка от случайного травмирования оперированного глаза, следил, чтобы ребенок не тер глаза руками.

Каким бы способом ни проводилось лечение, забота о создании условий для спокойного состояния больного ребенка и для сопровождающего его родственника наряду с медицинским уходом за прооперированным глазом имеет огромное значение. В выздоровлении ребенка далеко не последнюю роль играют поддержка родителей, вся окружающая его среда, которая должна быть максимально доброжелательной, сочувствующей, уютной, теплой и, по возможности, очень красочной.

Увеличивающееся количество хирургических офтальмологических вмешательств у детей до трех лет требует от медицинской сестры особых навыков, профессиональных знаний течения послеоперационного периода, умений грамотно проводить профилактику послеоперационных осложнений, чуткости, внимательности по отношению к своим маленьким пациентам и их родителям.

Результаты работы пациенториентированной школы ухода на дому

■ Людмила Владимировна АНИСКОВИЧ

Главная медицинская сестра,
Государственное автономное
учреждение здравоохранения
Кемеровской области «Кемеровская
клиническая районная больница»

*Искусство ухода и заключается
в том, чтобы ухаживать
не за пациентом с каким-либо
заболеванием, а за человеком,
обладающим индивидуальными
особенностями, характером,
привычками, желаниями.*

*Наша забота пусть останется
нашим потомкам.
(Публий Вергилий Марон)*

ГАУЗ КО «Кемеровская клиническая районная больница» (ГАУЗ КО ККРБ) – крупнейшее лечебно-профилактическое учреждение Кузбасса, обеспечивает квалифицированную медицинскую помощь и осуществляет комплекс профилактических мероприятий по предупреждению заболеваний и оздоровлению населения Кемеровского муниципального района.

ГАУЗ КО ККРБ представлена 38 структурными подразделениями: районная больница, консультативная поликлиника, 10 амбулаторий, 2 ОВП, 24 ФАП, 25 домовых хозяйств и 17 школьных кабинетов.

Общая численность взрослого обслуживаемого населения составляет 46 556 человек.

Количество лиц трудоспособного возраста	25 757
Мужчин	49,5 %
Женщин	50,5 %
Старше 60 лет	9843
Количество лиц пенсионного возраста	11 070
Доля лиц пенсионного возраста	23,5 %

В течение последних трех лет отмечается значительное увеличение граждан пенсионного возраста, прикрепленных к ГАУЗ КО ККРБ.

Увеличение продолжительности жизни сопровождается ростом хронической, длительно протекающей патологии, снижением физической активности людей преклонного возраста,

что естественно приводит к возрастанию потребности в оказании медицинской помощи.

Последствия тяжелых травм, перенесенных инсультов и инфарктов, старческая немощность – часто встречающиеся ситуации, когда человек не может заниматься самоуходом и ему требуется посторонняя помощь. В первую очередь эту помощь будут оказывать близкие тяжелобольного или престарелого человека, его родственники, социальные работники.

Именно поэтому инициативной группой, созданной по приказу главного врача, принято решение об организации «Пациенториентированной школы ухода на дому» для ухаживающих за данной категорией пациентов.

Главная цель школы – помощь в обучении родственников и ухаживающих за тяжелобольным человеком правилам качественного ухода, от которого зависит восстановление пациента, его настроение, да и самочувствие всех домочадцев.

Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи:

1. Обучение родственников и других лиц, осуществляющих уход за тяжелобольными на дому.
2. Информирование родственников по вопросам реабилитации, факторам риска развития осложнений и сопутствующей патологии.
3. Консультирование родственников, осуществляющих уход, по вопросам реабилитации.
4. Формирование у родственников ответственного отношения к состоянию здоровья тяжелобольного маломобильного пациента, выполнению ре-

комендаций по лечению, повышению мотивации к оздоровлению.

«Школа» организована для нескольких целевых групп:

- родственников пациентов пожилого возраста и инвалидов, полностью утративших способность к самообслуживанию и передвижению в связи с преклонным возрастом или болезнью;
- пациентов (пожилые люди, инвалиды, граждане, трудоспособного возраста, не являющиеся инвалидами), желающих пройти обучение навыкам самоухода;
- специалистов со средним медицинским образованием;
- социальных работников;
- студентов средних профессиональных учебных заведений.

Для организации пациенториентированной школы ухода на дому были разработаны следующие документы:

- положение о «Школе»;
- программа обучения специалистов сестринского дела для ведения школы;
- раздаточные материалы для родственников (памятки, буклеты);
- методические рекомендации для ухаживающих за тяжелобольными маломобильными пациентами;
- тематические учебные планы занятий по обучению родственников;
- формы отчетно-учетной документации;
- тестовые задания;
- анкета для родственников.

Отработка практических навыков проводится в кабинете, моделирующем жилую комнату. Для этого приобретено специальное оборудование

(муляжи, фантомы, кресло-каталка, ходунки). Запасы оборудования пополняются по мере необходимости и возможности медицинской организации, но не реже одного раза в год.

«Школа» предполагает проведение 8 занятий по 1–1,5 часа. Обучение предусматривает как групповые, так и индивидуальные занятия.

За время ведения «Школы» нами обучено: 48 медицинских работников, 12 студентов Кемеровского областного медицинского колледжа, 10 социальных работников, 383 родственника, осуществляющих уход за тяжелобольными пациентами.

Каждая проведенная учебная сессия сопровождалась анализом, были выявлены определенные недочеты:

- не все родственники готовы заниматься в группах;
- не всегда обучающихся устраивал график проведения занятий.

В ответ на выявленные проблемы нами были выработаны решения:

- обучающимся было предложено посещать как групповые, так и индивидуальные занятия;
- график занятий был разработан в каждом структурном подразделении в соответствии с пожеланиями родственников;
- отработана методика проведения «круглых столов» с разбором нестандартных ситуаций, происходящих с немобильными пациентами в домашних условиях.

Общее число обученных составило 425 человек.

Наши профессионалы стараются делиться наработанным опытом. Специалисты «Школы», приняли активное участие в выставке «Медицина. Реабилитация. Доступная среда. Здоровый образ жизни» по тематическому разделу: «Уход за маломобильными пациентами». Был разработан и представлен стенд «Пациенториентированная школа ухода на дому».

Оценивая результаты разработки и ведения «Школы», важно отметить, что за время работы «Школы» значительно повысился уровень самообслуживания и самоухода пациентов. Обучение привело к созданию благоприятной обстановки и психологической атмосферы в семьях, за это время ни у одного пациента не наблюдалось развития пролежней.



«Фельдшер – это моё!»

ПОЛВЕКА СЛУЖЕНИЯ МЕДИЦИНЕ И ПАЦИЕНТАМ

В марте 2019-го исполнилось полвека с того дня, как Мария Огородник начала свой трудовой путь. За эти десятилетия в ее трудовой книжке так и не появилось других организаций – 50 лет из своих 72-х она посвятила работе в Дружносельском фельдшерском здравпункте Гатчинской больницы.

– В этот фельдшерский пункт я пришла работать сразу после окончания медицинского училища в Ленинграде, в 1969 году. Практику проходила в Кингисеппском районе, на «скорой помощи», и мне очень нравилось: оказываешь помощь – и видишь сразу результат, кому-то только что было плохо – смотришь, а уже лучше становится. И я мечтала работать на «скорой», но нужен был фельдшер в Дружноселье. А так как я здесь выросла, переехав из Новгородской области в Сиверскую, – то и согласилась работать здесь. Тем более, что мне сказали: «Вы немного поработайте, а то деревня совсем без медработника, а потом на «скорую» пойдете». Так «немного» превратилось в полвека.

– Не жалеете?

– Нет. Я же всё равно фельдшер. И фельдшер – это моё. Постепенно привыкла к месту, к людям и очень полюбила эту работу. Старше стала – поняла, что уже и ночных смен не хочется. Так и осталась.

– А кроме «скорой» нигде не хотелось работать? В детстве кем мечтали быть?

– Не знаю почему, но вариантов у меня и не было, никем другим я и быть не хотела, даже космонавтом. Только медиком! Хотя в семье медиков не было. А вот тетя, к которой я переехала в Сиверскую с 4-го класса, была акушеркой. Я родилась в Новгородской области, но там было сложно со школой: начальная – за 4 км от нашей деревни, старшие классы – за 10 км. Ни транспорта, ни дороги. Зимой гуськом друг за другом ходили: первый по сугробам дорогу прокладывает. И обратно также. Поэтому родители были вынуждены отпустить к тете. Закончила Сиверскую школу, пробовала поступить в институт, но не набрала баллов, пошла в училище, а потом сюда.

Мы разговариваем с Марией Петровной в процедурном кабинете Дружносельского ФЗП: в ее кабинете проходит выездной прием терапевта Сиверской больницы, и у местного фельдшера есть немного времени, чтобы ответить на вопросы. Причем на вопросы любые: дверь периодически открывается, в кабинет заглядывают местные жители: «Мария Петровна, я вот грудь себе сожгла: горчичник поставила, он



не грел, а я...» – и Мария Петровна, извинившись, прерывается, выслушивает, подсказывает, подбадривает...

– В самом начале было трудно, конечно. Поселка не знала. Фельдшерский пункт располагался в деревянном бараче с печным отоплением, без воды, туалет – во дворе, за старыми столярными мастерскими. Дрова надо было выписывать. Санитарка по утрам топила печь, и когда я приезжала на работу, уже было тепло. За водой на колодец ходили по очереди с ведрами. На вызовы шла – тоже брала с собой ведро. Но когда нравится работа, на бытовые сложности не смотришь. Привыкаешь, принимаешь как само собой разумеющееся: надо – значит надо. Да и дома ведь было так же: дрова, вода на колодец. Потом построили это здание – с паровым отоплением, стало легче. Участок у меня по площади компактный, всех давно знаешь, с кем-то по душам поговоришь, а с кем-то просто «здравствуйте». А когда знаешь, уже и в работе проще. Например, выписывая рецепт, понимаешь: этот человек сможет купить себе лекарство получше, хотя оно и подороже, а этот – не сможет, надо выписать другое. В этом смысле на селе легче работать. Есть у нас женщина, она мне воду иногда приносит. «Зачем?» – говорю, а она: «А что мне, трудно? Я все равно иду в эту сторону». А ведь не каждый пойдет в эту сторону и принесет канистру воды – идёт, да и мимо пройдет. А она – нет. В прошлом году было много снега, я утром на работу после выходных приехала – тропинка почищена. «Ну, – думаю, – Галина Сергеевна, больше некому». – «А что, – говорит, – нечего было делать в выходные...» Все ведь от людей зависит. И мне моя работа нравится. Не с тяжестью на душе идешь сюда каждый день. Кажется, за столько лет всё уже должно надоесть, а я со страхом думаю: как же я буду без работы? Ведь придется же когда-то уходить.

– И что, никогда не хотелось бросить всё и уйти на другую работу?

– Бросить?.. Не помню. Были моменты – повозмущаешься, позлишься, но до заявлений на увольнение дело ни разу не доходило.

– А какие годы для Вас были самыми счастливыми периодами работы?

– Ни самых счастливых, ни самых тяжелых времен назвать не могу – всегда есть что-то хорошее и что-то плохое. И про трудности работы на селе я ничего особо не могу сказать, ведь сравнить-то не с чем: я всю жизнь только здесь и нигде больше.

– Тем не менее трудности наверняка есть, ведь медицинским работникам приходится раз в пять лет проходить учебу, подтверждать сертификаты, категории, и без этого они не имеют права продолжать работу...

– Да, учимся. В Петербург ездим в областную больницу, в Гатчину. И это тоже воспринимаю так: надо – значит надо, будем учиться. Тяжело, наверное, когда каждый день нужно на учебу, у нас она проходила без отрыва: 3 дня – работа, 2 дня – учеба. Вот на экзаменах – да, морально тяжело: я их еще со школы боюсь. И страх, и волнение, и ночью не спишь... В медучилище, когда училась, едем с подругой на экзамен, а она мне и говорит: «Да что ты волнуешься?» – «Наташ, говорю, а когда надо волноваться?» – «Вот, говорит, билет возьмешь, тогда и волноваться будешь!» Хорошо, когда человек так может! А я еще учиться не начала – только поступила, знаю, что в училище надо идти на следующий год только – а уже волнуюсь. А она говорит: когда билет возьмешь... «Научи, говорю, меня так. Расскажи, где кнопочка, которая волнение выключает». И до сих пор я так на экзаменах: вроде всё знаешь, а страшно, опыт есть – а теряешься.

– А бывало, что волнение подводило и приходилось пересдавать?

– Нет. Никогда ничего не пересдавала. Это стыдно. Всё сдавала с первого раза.

– А в работе есть волнительные моменты? Или здесь берет своё опыт, а волнуетесь Вы только перед экзаменами?

– Нет, конечно, в работе тоже волнения присутствуют. Например, есть на участке больной ребенок. Мамы же разные: одна будет делать все, что ей скажешь, а другая не будет. Поэтому, конечно, переживаешь, как и что, бывает, вечерами звонишь: как температура, как ребенок?

– Мамы разные сейчас? Или они были всегда?

– У меня была женщина на участке, один раз прибегает запыхавшаяся, с ребенком:

– Что, – спрашиваю, – бежала?

– Да, со смены отпросилась.

– Зачем?

– Вы сказали прививку надо сделать.

– Я ж графика Вашего не знаю, завтра бы пришли, – отвечаю.

– Как я приду завтра, если Вы сказали сегодня?

Вот такие были мамы. Сейчас, конечно, молодежь другая. Иногда и 5 раз скажешь, – то забыли, то не смогли...

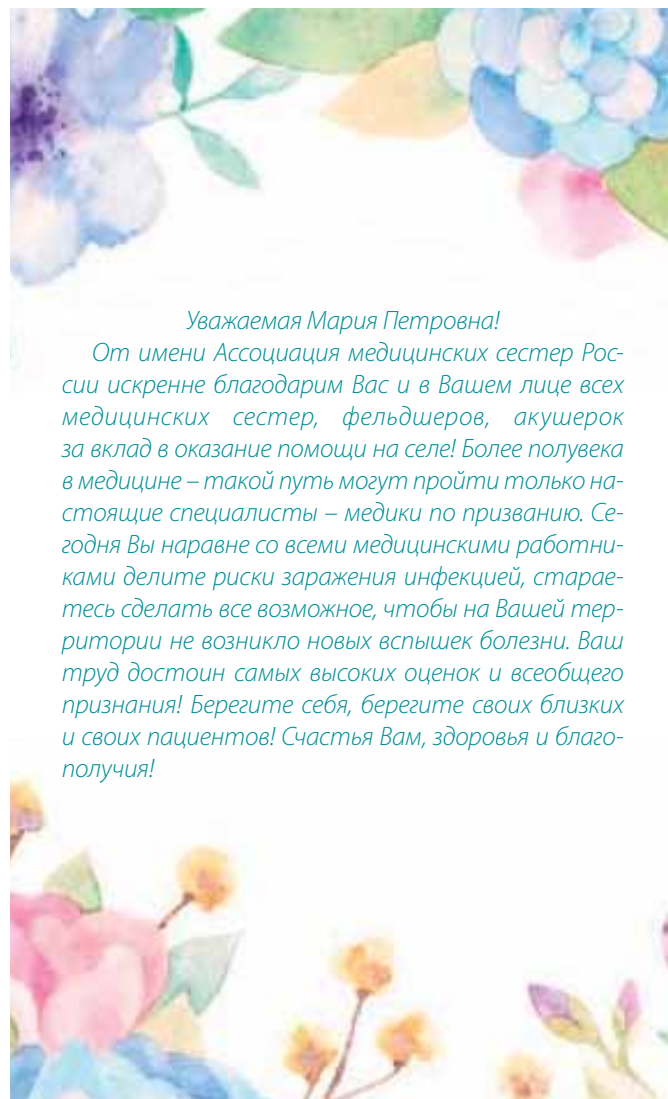
– А бывает, что Вам, несмотря на опыт, и то, что Вы хорошо знаете своих пациентов, что-то непонятно? Что делаете в таких случаях?

– Если что-то непонятно, сложно – я не стесняюсь обращаться к коллегам и просить помощи. Отправляю на консультацию в Сиверскую поликлинику – там никогда не отказывают. К нам в ФАП приезжают терапевты, педиатры – я записываю тех, кто, как я считаю, нуждается в консультации, сама звоню, приглашаю: кому-то нужно откорректировать лечение, что-то назначить.

– И последний вопрос: что Вам хочется сказать своим коллегам и пациентам?

– Хочется сказать, чтобы коллеги и не коллеги берегли своё здоровье. Это основное. Без здоровья ничего не хочется, ничто не радует. Чтобы было семейное счастье, потому что поддержка близких, крепкий тыл – это очень важно. И мне, слава Богу, с этим очень повезло. Чтобы был успех в жизни. Чтобы люди любили свою профессию и друг друга. Знаете, у меня дочь работает медицинской сестрой в реанимации. В свое время я ей говорила: не ходи в медицину, забот много, а зарплаты невысокие. Но она все равно пошла. И где-то в глубине души я всё-таки рада, что она тоже выбрала этот путь – помогать людям.

*Интервью брала
пресс-секретарь ГБУЗ ЛО Гатчинская КМБ
Елена Карлаш*



Уважаемая Мария Петровна!

От имени Ассоциации медицинских сестер России искренне благодарим Вас и в Вашем лице всех медицинских сестер, фельдшеров, акушеров за вклад в оказание помощи на селе! Более полувека в медицине – такой путь могут пройти только настоящие специалисты – медики по призванию. Сегодня Вы наравне со всеми медицинскими работниками делите риски заражения инфекцией, стараетесь сделать все возможное, чтобы на Вашей территории не возникло новых вспышек болезни. Ваш труд достоин самых высоких оценок и всеобщего признания! Берегите себя, берегите своих близких и своих пациентов! Счастья Вам, здоровья и благополучия!



СЛУЖБА РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В БЛОКАДНОМ ЛЕНИНГРАДЕ

1941–1944 ГГ.





Виктория Кузнецова

Акушерка родильного отделения
ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта»

В самом начале Великой Отечественной войны, предпринимая нападение на СССР, немецко-фашистское руководство придавало исключительно большое значение захвату Ленинграда. Оно планировало, овладев портами на Балтийском море, включая Ленинград и Кронштадт, приобрести наиболее удобные морские и сухопутные коммуникации для снабжения своих войск.

Наступление немецко-фашистских войск непосредственно на Ленинград началось 10 июля 1941 года. В августе тяжелые бои шли уже на подступах к городу. 30 августа немецкие войска перерезали железные дороги, связывавшие Ленинград со страной.

Кольцо блокады сомкнулось 8 сентября 1941 года – немецко-фашистские войска овладели Шлиссельбургом и отрезали Ленинград от всей страны с суши. Началась почти 900-дневная блокада Ленинграда.

Война и блокада потребовали массового привлечения женщин к работам в сферах, так или иначе связанных с военным противостоянием – в противовоздушной обороне города, в ремонте боевой техники, на промышленных предприятиях всех профилей, в том числе сталелитейных, кожевенных, типографских. Так, к 1942 году женщины Ленинграда составляли около 78% от всех работающих жителей.

На состояние здоровья подавляющего большинства женщин-блокадниц постоянно влияли три основных фактора: голод, холод и ежедневное психоэмоциональное напряжение, об-

условленное постоянной опасностью для жизни. Эти факторы взаимно отягощали друг друга, усугубляя нарушения жизнедеятельности организма.

Голод был одним из главных врагов блокированного города. У жителей развивалась алиментарная дистрофия – основной её причиной становилась длительная недостаточность полноценных, главным образом животных, белков, что влекло за собой распад собственных белков и связанные с этим тяжелейшие поражения органов, тканей и нарушения важнейших жизненных функций.

Помимо алиментарной дистрофии, авитаминозов и гипертонической болезни у женщин репродуктивного возраста наблюдались нарушения менструальной функции. Наиболее распространенным проявлением этих нарушений была аменорея. Зимой 1941 года около 80–90% женщин страдали этим заболеванием. Позднее появился и специфический термин для этого заболевания – «аменорея военного времени».

Впервые и наиболее полно «аменорея военного времени» была изучена во время блокады Ленинграда.

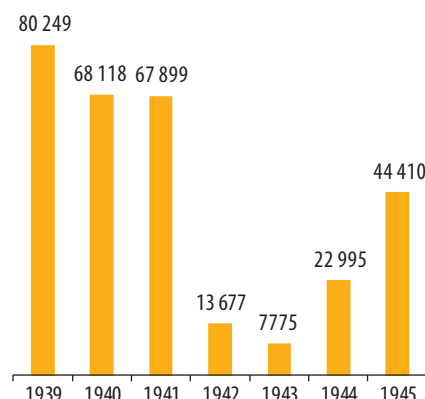
Но даже в этих нечеловеческих условиях у части женщин сохранялась репродуктивная функция, они беременели, вынашивали, рожали и выхаживали детей. Согласно архивным документам,

в самом тяжелом, 1942 году, родилось немногим более 13,5 тысяч блокадных детей.

Служба родовспоможения в блокированном городе продолжала функционировать, борясь за жизнь и здоровье матерей и детей в ужасающих условиях города-фронта.

С началом Великой Отечественной войны и приближением фронта к Ленинграду состав и количество лечебных учреждений города существенно изменились, часть их была эвакуирована. Врачи, акушерки и медсестры массово уходили на фронт по призыву, либо добровольцами, их численность в городе резко сократилась.

Многие учреждения родовспоможения закрывались, другие перепро-



Динамика рождаемости в блокадном Ленинграде [2]

филировались для нужд войны, начиная с первых ее дней – на их базах развертывали военные эвакуогоспитали, оказывавшие помощь раненым. Там же принимали гражданское население, пострадавшее от обстрелов и бомбежек. Оставшиеся в городе специалисты из закрывшихся учреждений родовспоможения проходили переобучение и становились военными врачами и медсестрами.

Необходимо отметить, что с первых дней осады города была проведена реорганизация гражданской медицинской службы, созданы органы, которые координировали работу всех медицинских учреждений Ленинграда.

Хотя условия работы были порой почти невыносимыми, по некоторым данным к осени 1941 года в Ленинграде еще работало 15 родильных домов (1492 койки), к августу 1942 года их число сократилось до 11 (976 коек), а к октябрю тяжелейшего 1942 года – до 6 (731 койка) [3].

В 1941 году в родильных домах осажденного Ленинграда работало 164 врача и 693 специалиста сестринского звена, они оказали помощь 71,5 тыс. пациенток акушерского профиля. Но уже в 1942 году число врачей сократилось до 73 (более чем в 2 раза), а среднего медицинского персонала – до 210 (более чем в 3 раза). До 15,7 тыс. человек уменьшилось и число женщин, получивших акушерскую помощь (более чем в 4,5 раза).

Продолжали работать 22 акушерско-гинекологических кабинета на предприятиях и женские консультации в каждом районе, всего их было не менее 34, и 80% будущих мам посещали их достаточно исправно, несмотря на голод, холод и бомбежки.

В одну из ночей 1942 года медсестра родильного дома во время авианалета была контужена, но не покинула пост и вынесла на своих руках в бомбоубежище 28 младенцев

Условия работы акушерских служб были подчас совершенно экстремальными, что усугублялось большой нехваткой медицинского персонала. Суровой зимой 1941–1942 гг. медицинским работникам часто приходилось предпринимать героические усилия, чтобы обеспечивать своим пациентам самые простые условия существования: необходимо было заботиться о доставке и нагреве воды, минимальном освещении, обеспечении чистым бельем, об отоплении (в окнах зданий от постоянных бомбежек почти не осталось стекол, паровое отопление заменили временными печами). Особенно трудно было согреть рожениц и новорожденных, обеспечивать только что родивших женщин горячей пищей. Отдельной большой задачей являлось поддержание асептики и антисептики при оказании медицинской помощи.

Младенцев сохраняли в самодельных термостатах, состоящих из двух ванночек, вложенных одна в другую. Пространство между ними заполнялось горячей водой, которую приходилось менять через каждые 2–3 часа. Термостат бережно закутывался в чехол, чтобы сохранить тепло, столь необходимое для жизни малыша. Все эти простейшие в мирное время мероприятия в дни блокады требовали громадной затраты сил от персонала.

Большие трудности были связаны с транспортировкой пациентов – так как основная масса медработников были женщины, больные алиментар-

ной дистрофией, как и большинство жителей. Сами истощенные, акушерки и медсестры при бомбежках переносили тяжелобольных и новорожденных в подвалы. Сохранилось свидетельство о том, как в одну из ночей 1942 года медсестра родильного дома во время авианалета была контужена, но не покинула пост и вынесла на своих руках в бомбоубежище 28 младенцев!

В одну из ночей артобстрелу подверглись клиники Педиатрического института. В акушерской клинике находились более сорока рожениц, трое родили непосредственно во время обстрела. Благодаря действиям персонала ни одна роженица и их новорожденные дети не пострадали, несмотря на то, что все стекла в родильной комнате были разбиты. Такие опасные ситуации нередко возникали по нескольку раз в день. В целом, бомбардировке и обстрелам за время блокады подверглись более 150 учреждений охраны материнства и раннего детства, но благодаря своевременным принятым мерам и самоотверженному поведению медицинского персонала – от профессоров до санитарок – жертвы среди матерей и детей были минимальными [3].

В экстремальных условиях осажденного фронтового Ленинграда по данным большинства исследователей и архивных материалов, в целом, материнская смертность от заболеваний и осложнений, связанных с беременностью и родами, превысила аналогич-



ные данные мирного времени более чем в 3 раза.

Отмечался значительный рост числа патологических состояний во время беременности, родов, послеродового периода и периода новорожденности. Связывали это с общим ухудшением состояния здоровья женщин в период блокады, недостаточной калорийностью питания, почти полным отсутствием витаминов, что вызывало алиментарную дистрофию и авитаминозы, которые клинически проявлялись у беременных женщин значительно раньше и в более выраженной степени, чем у небеременных. Женщины поступали на роды в крайне истощенном состоянии с весом 38–40 кг.

В первую половину сурового 1942 года число тяжелых акушерских осложнений резко повысилось. Частота случаев эклампсии возросла по сравнению с 1940 годом в 4 раза (летальность от этого осложнения течения беременности достигала 30%. Это в 7,5 раз превышает число смертей от эклампсии, зарегистрированных в довоенное время).

При этом течение родов и их продолжительность существенно не отличалась от нормы, но они стали менее продолжительными. Послеродовый период, в общем, также протекал без значительных отклонений. Роста частоты послеродовых кровотечений и увеличения количества теряемой крови, вопреки ожиданиям, тоже не отмечалось.

Однако повысилась частота воспалительных заболеваний (до- и послеродовые эндометриты, тромбофлебиты, аднекситы, септицемии, септико-





пиемии) – с 0,2% в мирное время до 6,5% в блокаду при сравнительно малом числе летальных случаев среди родильниц от септических осложнений. Это требовало более длительного лечения рожениц и родильниц в больничных условиях.

В 1941–1942 гг. до 53% увеличилось количество преждевременных родов по сравнению с 7–8% в мирное время. У женщин блокадного города рождались дети с малой массой тела и небольшим ростом. До 60% детей весили менее 2500 г, и только 40% – до 2900 г. По сравнению с 1940 годом, рост новорожденных в среднем уменьшился на 2 см, окружность головы и груди – почти на 1,5 см.

Высокая частота рождаемости недоношенных детей в блокадном Ленинграде оказывала влияние не только на рост младенческой смертности, но и на увеличение числа неблагоприятных последствий преждевременных родов, таких как гипоксия, расстройство дыхания, кровоизлияния, желтухи и иная патология новорожденных.

Детей, рожденных от истощенных матерей блокадного города (аномальное течение беременности, преждевременные роды), было особенно сложно выхаживать и вскармливать. Многие женщины в связи с истощением кормить грудью не могли. Молоко, которое удавалось сцедить родильницам, распределялось на всех детей, по 50 мл на ребенка.

При этом в осажденном городе были кормилицы – они потеряли своих детей, но, работая в родильных домах, кормили других малышей или сдавали мо-

локо на молочные кухни. Родственники часто ругали их, советовали экономить силы, ведь, как и все прочие жители города, кормилицы сами были истощены. Но эти женщины продолжали ходить в родильные дома и часто из последних сил обходили квартиры, в которых не раз находили еще живых малышей в уже холодных объятиях матерей...

В блокированном Ленинграде на основании анализа клинических наблюдений принимались решения об изменении принятых до войны способов лечения, ухода, ведения пациенток акушерского профиля. В результате осмысления новых, полученных врачами-исследователями данных, отрывочных статистических выкладок были инициированы важнейшие мероприятия по улучшению работы службы охраны материнства и детства, такие как поздняя выписка недоношенных детей домой из родильных домов – при необходимости после двух месяцев жизни, и многие другие.

Например, раннее вставание родильниц после физиологических родов: в роддоме им. Видемана (ныне № 1) был сделан вывод о том, что раннее вставание родильниц не вредит их состоянию, а скорее наоборот способствует скорейшему восстановлению. До второй половины 1941 года в данном роддоме родильницы получали разрешение вставать к концу третьих суток, при наличии швов на промежности – на 5–6-е сутки. По результатам наблюдений в период суровой зимы 1941–1942 гг. под ранним стали подразумевать вставание спустя 12 часов после родов (данные проф. Казанской Н.И. [1]).

Еще одна важная мера – профилактическая госпитализация беременных женщин с аномальным течением беременности. Проанализировав факт роста числа родов на дому с ноября 1941 по апрель 1942 года (трудности доставки в роддом, истощенность женщин, стремительность родов), со второй половины 1942 года в Ленинграде стали широко практиковать профилактическую госпитализацию беременных задолго до родов.

Кроме того, в середине 1942 года Горком партии принял решение, на основании которого с июля были введены дополнительные нормы питания для беременных и родивших женщин (начиная с 6-го месяца беременности

и в течение двух месяцев после родов). Согласно этому решению, беременные ежедневно получали по 0,5 л молока или кефира, а также мясные изделия, жир, крупы, сахар, сгущенное молоко, 600 г хлеба. Общая энергетическая ценность такого питания достигала 2357,9 ккал. Дополнительно выдавались витамины С и В1 (в интересах матери), А и Е (в интересах плода). Улучшилось питание беременных и родильниц в родильных домах.

Так, на протяжении всей блокады специалисты Службы охраны материнства и детства осажденного города-фронта, невзирая ни на что, сохраняли еще не рожденных и только что увидевших свет жизни, продолжали спасать матерей и выхаживать малышей. Они сохраняли стратегический ресурс государства для восстановления демографического баланса после войны – здоровье женщин репродуктивного возраста и детей. В то время с трибун и страниц печатных изданий в один голос звучали призывы бороться не только за жизнь и здоровье каждого бойца, но и за благополучие каждой беременной и новорожденного.

27 января 1944 года была полностью снята блокада Ленинграда. Она продлилась почти 900 дней. Как бы невероятно это ни звучало – за это время родилось почти 96 тысяч новых горожан [3]! Несмотря на то, что больше половины из них рождались недоношенными, по данным статистики, около 85% этих детей выжили на момент полного снятия блокады в большой степени благодаря заботе персонала роддомов!

Жизнь восторжествовала, Ленинград выстоял, подвиг жителей блокадного города-фронта – образец беспримерного мужества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сборник работ членов Ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады. Выпуски 1-й и 2-й. Наркомздрав СССР. Госуд. изд. мед. литературы, Ленинградское отд., 1945.
2. Симоненко В.Б., Абашин В.Г. и соавт. Материнство и детство в блокадном Ленинграде (ко дню снятия блокады Ленинграда) // <http://2cvkg.ru/new/index.php/blokada>
3. Гладких П.Ф. Здравоохранение блокадного Ленинграда (1941–1944 гг.). Изд. 2-е перераб. и доп. – Л.: Медицина, 1985 (глава «Охрана материнства и детства»).

ПОДАРИ ЖИЗНЬ – СТАНЬ ДОНОРОМ

РОЛЬ ОПЕРАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ТРАНСФУЗИОЛОГИИ



■ **Юлия Николаевна ЖАРЛИКОВА**

Старшая медицинская сестра
ОПК Сервисных служб ГАУ РС(Я)
«РБ № 1 – НЦМ», почетный донор РФ

Служба переливания крови – одна из основных служб в системе здравоохранения, а переливание крови является необходимым компонентом медицинской помощи. Отделение переливания крови ГАУ РС(Я) «Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины» является сердцем этого многопрофильного больничного комплекса, которое обеспечивает в полном объеме компонентами крови.

В нашем отделении за 2019 год было заготовлено: цельной крови – 4429,4 тонны, тромбоконцентрата – 4305 доз, отмытых эритроцитов – 1023 дозы, плазмы – 1183,4 тонны, вирусинактивированной плазмы – 701 доза. Основная часть работы по заготовке крови и переработке ее на компоненты возлагается на операционную медицинскую сестру-эксфузиониста. Она как для хирурга при проведении операций, так и для врача – трансфузиолога при заготовке крови и ее компонентов является главной помощницей и правой рукой в необходимых манипуляциях. Специфика ее работы во многом отличается от их работы, но в одном остается неизменной: заготовка крови совершается в операционном зале с соблюдением правил асептики. Роль операционной медицинской сестры в трансфузиологии – это обеспечение качественными продуктами крови и вирусной безопасности гемотрансфузий. Она владеет всеми теоретическими и практическими навыками в области производст-



венной и клинической трансфузиологии, всеми существующими методиками получения компонентов крови (дискретный плазмаферез, цитаферез), методикой получения патогенредуцирующих компонентов крови, методами аутологичных трансфузий. Обязана соблюдать этические и моральные нормы, правила корпоративного поведения, уважительно относиться к донорам, пациентам.

Кровь – это благоприятная среда для микроорганизмов, поэтому контроль за соблюдением правил асептики и антисептики при заготовке и переработке крови и ее компонентов играет очень важную роль. Заготовка крови от доноров осуществляется в стационарных и в выездных условиях, что требует создания стерильности на всех этапах – от обработки аппаратуры до процедуры взятия крови от донора. В стационарных условиях кровь и ее компоненты заготавливаются в операционных залах с использованием расходных материалов одноразового применения. Кровь от доноров в выездных условиях заготавливает выездная бригада, она развертывает пункт заготовки крови, обеспечивает регистрацию доноров, взятие крови, выдачу донорам справок и денежную компенсацию. Эксфузионист производит обработку рук хирургическим способом с последующим

одеванием стерильных перчаток. Ни в коем случае не допускается касание руками или нестерильными предметами иглы системы для взятия крови (гемакон), кожи локтевого сгиба донора в месте венепункции после двукратной обработки антисептиком. Операционная медицинская сестра – эксфузионист службы крови перед вскрытием упаковки одноразовой системы для забора крови проверяет целостность и срок годности изделия, отсутствие мутности консерванта. В такую тару собирается донорская кровь в последующем уже консервированная, которая требует переработки на компоненты (эритроцитарная масса и плазма) путем центрифугирования. На аппаратах цитафереза (MCS+, TRIMA, XJC2000, PCS) операционная медицинская сестра начинает работу с установки расходного материала, она как бы «вживляет» стерильную одноразовую систему в аппарат.

Цитаферез – процесс удаления и получения клеток крови, а плазмаферез – это получение плазмы крови и возвращение эритроцитов обратно донору либо пациенту. Плазмаферез может быть не только донорский, но и лечебный. На аппаратах цитафереза мы ежедневно заготавливаем концентрат тромбоцитов для гематологических пациентов.



Рассмотрим методы обеспечения вирусной безопасности гемотрансфузий. Все методы, за исключением карантинизации, применяются операционной медицинской сестрой трансфузиологии.

Лейкофильтрация – это кровь, заготовленная в системе со встроенным лейкофильтром, который обеспечивает предупреждение температурных неспецифических реакций, иммунных реакций негемолитического типа, опасности развития болезни «трансплантат против хозяина». В профильтрованных эритроцитарных средах лучше сохраняются функциональные свойства красных клеток крови, не образуются микросгустки при хранении. Так же используются лейкофильтры для плазмы и концентрата тромбоцитов.

Карантинизация – это хранение заготовленных компонентов крови (ПСЗ) с запретом их использования на протяжении определенного времени до повторного обследования донора. Учитывая максимальную продолжительность латентного периода гемотрансмиссивных инфекций, установлен срок карантина 4 месяца (ПП РФ от 22 июня 2019 г. № 797).

Патогенредуцированные компоненты крови – система инаktivации вирусов в плазме крови на аппарате МАКОТРОНИК и Mirasol – это возможность обезопасить пациентов от возможного заражения многочисленными вирусными инфекциями. Она позволяет уничтожить гемотрансмиссивные вирусы: ВИЧ, вирусы гепатита В и С, ЦМВ и другие в единичной дозе плазмы и тромбоконцентрате.

Аутологичные трансфузии – это переливание крови или ее компонентов с использованием предварительно полученной крови, при которой донор и реципиент одно и то же лицо. Достоинства аутодонорства на много преобладают по сравнению с другими методами вирусной безопасности, такими как лейкофильтрация, карантинизация, получение патогенредуцирующих компонентов крови. Существует несколько методов аутодонорства:

- предоперационная заготовка аутокрови;
- предоперационная нормо- или гипervолемическая гемодилюция;

- интраоперационная реинфузия крови;
- реинфузия дренажной крови из стерильных полостей после работы в аппарате искусственного кровообращения.

Каждый метод применяется отдельно или в различных сочетаниях. Возможно одновременное применение переливаний аутологичных компонентов крови с аллогенными.

К сожалению, не каждый пациент, нуждающийся в переливании крови, может дать себе кровь. Ежедневно в переливании крови и ее компонентов нуждаются тысячи и тысячи человек. Часто кровь требуется пострадавшим от ожогов и травм, при тяжелых родах или при проведении сложных операций. Донор – лицо, которое дарит частичку себя. Уважаемые коллеги! Ваше желание помочь другому должно быть безопасным и благотворительным, так как пациент нуждается в крови здорового человека. Я призываю ВАС совершить этот маленький подвиг – помочь ближнему. Подари жизнь – стань донором!



ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ПОТЕНЦИАЛ РАСШИРЕНИЯ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ



■ **Ирина Валерьевна ТОЛМАЧЕВА**

Главная медицинская сестра ФГБУ
«НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова»
Минздрава России

Я работаю в онкологическом учреждении более восьми лет. Прошла путь, начиная с должности медицинской сестры перевязочной, спустя четыре года стала старшей медицинской сестрой. Сейчас я работаю в должности главной медицинской сестры того же учреждения. И, честно говоря, только став главной медсестрой, я стала задумываться над тем, что профессиональный потенциал медицинских сестер полностью не раскрыт и не реализован. У наших сестер светлые головы, золотые руки, так почему они являются, по сути, исполнителями назначений и «заполнителями» кучи журналов? Почему средний медпесронал демотивирован мыслить и выходить за рамки этих двух функций? Вопросы, скорее, риторические. Но мы с неравнодушными коллегами ищем ответы и знаем – в наших силах все изменить!

По данным Росстата, на конец 2018 года контингент онкологических больных составил 3 762 218, это 2,6% населения страны, онкология остаётся одной из главных причин смертности, она стоит на втором месте после сердечно-сосудистой патологии. Именно поэтому этой проблеме мы уделяем особое внимание. В настоящий момент по поручению Президента России в рамках реализации На-

ционального проекта «Здоровье» ведётся работа по Федеральному проекту «Борьба с онкологическими заболеваниями». Не будет преувеличением утверждение о том, что реализация столь масштабного проекта невозможна без совершенствования сестринского дела.

Такие факторы, как старение населения и увеличение числа выживших пациентов после рака, а также недостаток рабочей силы (и врачей, и медсестер) сказываются на всей онкологической службе.

Поэтому одной из главных задач, диктующих необходимость определения новой роли медсестёр, является повышение доступности медицинской помощи.

Другая задача – необходимость обеспечить более высокое качество медицинской помощи, например, создавая новые должности. Это позволит обеспечить более интенсивное дальнейшее наблюдение за пациентами после основного лечения.

Третьей задачей является сокращение затрат. Рабочее время врача стоит дорого. И врач должен использовать это время для диагностики и лечения онкозаболеваний. Делегируя определенные задачи от более высокооплачиваемых докторов менее высокооплачиваемому «промежуточному уровню» медицинских сестёр с расширенными полномочиями, может появиться возможность оказания тех же самых (или большего объёма) услуг по более низкой стоимости. Кроме того, повышая качество медицинской помощи, можно сократить расходы на здравоохранение в дальнейшей перспективе, избегая осложнений и ненужных госпитализаций.

И четвертая задача, последняя в списке, но не последняя по значимости – повышение привлекательности профессии медицинской сестры и сохранение кадров путём увеличения перспектив карьерного роста.

Обращаясь к международному опыту по повышению качества предоставляемых услуг населению онкологического профиля, необходимо принять во внимание положительные результаты расширения функций медицинских сестер. Модель медицинской сестры – пассивного помощника врача уходит в прошлое. В большинстве стран практикующие медсестры обычно выполняют широкий диапазон видов деятельности, который в иной ситуации может выполняться врачами, включая диагностику, скрининг, выписку рецептов на лекарственные препараты или направлений на медицинские анализы, деятельность в области профилактики и санитарного просвещения, мониторинг пациентов с хроническими заболеваниями, а также общая роль в области координации медицинской помощи (изолированно или вместе с докторами). Практикующие медсестры занимаются практической деятельностью в первичном звене и в стационарах.

Например, в США существует отдельная специальность медицинской сестры по проведению химиотерапии. Такая сестра осуществляет самостоятельный прием пациентов, оценку их состояния и риска возникновения возможных осложнений после проведения процедуры. Постановка диагноза и назначение схемы химиотерапии выполняется врачом, а далее пациент, в зависимости от своих предпочтений, делает выбор. Медсестра проверяет корректность назначения, оценивает антропометрические показатели, обучает пациента мерам профилактики побочных эффектов, выдает понятную информацию, проводит процедуру и остается на связи с пациентом.

Широкое распространение получила специализация медицинских сестер в оказании помощи женщинам с диагнозом рак молочной железы. Как правило, таким пациенткам требуется



длительная реабилитация. Медицинская сестра становится главным лицом, координирующим получение помощи в первичном звене и при необходимости направления пациента в стационар.

В Швейцарии обучение и информирование пациентов и их родственников осуществляет онкологическая медицинская сестра. Под руководством медсестер проходят школы пациентов.

Мы не стоим на месте. Для изменения функционального содержания сестринской практики в России многое уже сделано. В частности, осуществляется подготовка специалистов не только на уровне среднего профессионального, но и высшего образования. Сестра-бакалавр – именно тот специалист, на которого могут быть возложены новые функции. Она может не только выполнять сложные медицинские манипуляции, но и стать для пациента своего рода педагогом и наставником. С 2018 года медицинские сестры вошли в процесс аккредитации и непрерывного медицинского образования, а это еще один из мощных факторов поддержки специалистов в выполнении новых функций.

В рамках подготовки к нынешнему 2020 году – Году медицинской сестры и акушерки – РАМС запланировала подготовку предложений по расширению трудовых функций медицинской сестры в онкологии. И мы дали волю фантазии, ни в чем себя не ограничивая. Мы описали новые функции онкологических медсестёр, и эти функции можно перенести на медсестёр различных направлений.

Мы разделили деятельность медицинской сестры на две сферы: профилактика, скрининг, паллиативное лечение, обучение, продолжение лечения на амбулаторном этапе и участие в клиническом лечении, где медицинская сестра должна играть сразу четырех большие роли: специалиста-практика, учителя, консультанта, исследователя.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Итак, представим основные направления деятельности медсестры в части профилактики, скрининга, паллиативного лечения, обучения, продолжения лечения на амбулаторном этапе.

Первое направление – психологическая и психосоциальная помощь больным (учитывая, что именно медсестра проводит 80% времени с пациентом во время лечения) и образовательная работа с больными и членами их семьи.

Подготовленной медицинской сестре вполне под силу рассказать населению о профилактике рака. Медицинская сестра может самостоятельно проводить школы пациентов, осуществлять динамическое наблюдение, двойной контроль (медицинская сестра должна знать схему обследований до, во время и после лечения, уметь анализировать результаты), информировать пациента, повышая его приверженность к лечению. Опять-таки речь идет о медсестре, получившей специальную подготовку.

Медицинская сестра должна информировать пациента о побочных эффектах химиотерапии, о питании при химиотерапии (например, во время проведения терапии не стоит есть любимые блюда, так как искаженное восприятие вкуса в момент проведения химиотерапии в дальнейшем скажется на вкусовых пристрастиях, также нужно избегать жареной, острой, соленой пищи).

Вторым направлением является оценка состояния здоровья пациента.

Это, по сути, первый этап сестринского процесса, который пока не применяется в практике. Оценка состояния пациента – это непрерывный систематический процесс, требующий навыков наблюдения и общения. Включает в себя опрос не только пациента, но и его окружения, осмотр, анализ данных лабораторных и инструментальных исследований.

Третье направление – диагностика состояния здоровья и составление плана оказания медицинской помощи, управление симптомами.

Это продолжение реализации предыдущей функции, но уже с оценкой симптомов имеющегося заболевания и разработкой плана лечения симптомов, интеграцией фармакологических и нефармакологических методов лечения. Они направлены на коррекцию различных проблем: болевой синдром, делирий и т. п.

Работа медсестры продолжается и после основного лечения пациента – паллиативная помощь и уход в конце жизни с обучением окружения пациента.

Важным аспектом является документирование плана лечения для облегчения взаимодействия между медработниками на разных этапах лечения.

Четвертое направление – участие в реализации плана оказания медицинской помощи.

Здесь мы уже говорим о непосредственном оказании медицинской помощи с направлением пациента к специалистам, интеграцией сестринских вмешательств в межпрофессиональный план оказания помощи. Опять же с необходимым обучением пациента и повышением уровня приверженности лечению.

Заключительным направлением на этом этапе является оценка медсестринских вмешательств.

Следует отметить, что оценка осуществляется непрерывно и включает сбор и анализ данных, выводы о реакции пациента на вмешательства с выявлением новых проблем, а также документирование результатов ухода.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Первое направление – оказание медицинских услуг на этапе подготовки к лечению.

Здесь речь идёт о сборе информации о пациенте и заболевании, но уже на этапе стационарного лечения. В функции медсестры на данном этапе входят и назначение лечебного питания, и определение группы крови для дальнейшего оперативного лечения и трансфузии. Подготовка пациента к различным видам лечения с обучением, включая мотивацию на приверженность пациента к лечению.

Второе направление – оказание медицинских услуг на этапе лечения.

На этом этапе осуществляется наблюдение, управление симптомами, назначение симптоматической терапии с выявлением возможных или имеющих осложнений лечения, а также оценка общего состояния.

В целях практической реализации вышеуказанных положений, в отделении онкоурологии НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова был реализован пилотный проект внедрения fast-track хирургии.

Данная технология применяется уже в целом ряде клиник и отделений, позволяя пациентам получать необхо-

димую помощь за 2–3 дня госпитализации.

При реализации принципов fast-track, например, на послеоперационном этапе, роль медицинской сестры переоценить невозможно. В сфере ее компетенции – оценка функционального состояния пациента, контроль болевого синдрома (разработаны формы для регистрации динамического наблюдения – карта боли, подсчет диуреза, содержимого дренажей, термометрия и т. п.), ранняя активизация больных и обучение дыхательной гимнастике на дыхательном тренажере.

Мы уверены, что реализация интенсивной сестринской помощи возможна и необходима при оказании различных видов помощи!

ЧТО МОЖЕТ ПРЕПЯТСТВОВАТЬ РАСШИРЕНИЮ ПОЛНОМОЧИЙ МЕДСЕСТЕР В РОССИИ?

Первое – профессиональные интересы врачей и медсестёр (и их влияние на процессы реформ). В России, как и в большинстве стран, противодействие работников здравоохранения является одним из основных барьеров в развитии более широких полномочий медицинских сестёр.

Почему врачи против? Главным образом, их беспокоит потенциальная потеря некоторых видов деятельности, степень автономии и независимости медсестёр с расширенными полномочиями, юридическая ответственность в случаях небрежного отношения медсестры к лечению пациента, а также отсутствие достаточных навыков и опыта медсестёр.

Еще одним препятствующим фактором является влияние законодательства и регулирования деятельности работника здравоохранения. Внедрение широких полномочий для медсестёр потребует больших изменений в законодательстве и правовых нормах, регламентирующих практическую деятельность.

Следующий фактор – это возможности системы образования и обучения. Содержание и продолжительность новых программ обучения и образования для практикующих медсестёр с расширенными полномочиями должны основываться на тщательной оценке новых

общих и специфических трудовых функций. Может также возникнуть потребность в усилении модулей дополнительного профессионального и межпрофессионального обучения для врачей и медсестёр с целью их подготовки к тесному сотрудничеству и командному взаимодействию.

Для выполнения расширенных функций медицинская сестра должна как минимум обладать следующими компетенциями:

- способность решать проблемы;
- умение расставлять приоритеты и переориентировать пациента и персонал;
- способность работать автономно;
- умение работать совместно;
- базовые навыки работы с компьютером;
- эффективное соблюдение инфекционного контроля;
- навыки межличностного общения;
- навыки критического мышления;
- понимание основных принципов заболеваний и их лечения;
- устные и письменные коммуникативные навыки.

В то же время часть функций, для выполнения которых не требуются специальные знания и образование, такие как заполнение документации, простейшие медицинские вмешательства (измерение температуры, артериального давления и пр.), необходимо делегировать младшему медицинскому персоналу.

И подводя итог, хочется сказать и просто напомнить, что медицинская сестра играет решающую роль в оказании качественной медицинской помощи пациентам. Переход от медсестры сегодняшнего дня к медицинской сестре расширенной практики – наше ближайшее будущее.

Правительство должно облегчить и поддержать этот процесс, чтобы преодолеть все барьеры, предоставляя необходимое руководство, подключая все заинтересованные стороны, адаптируя законодательные и регуляторные рамки, предоставляя надлежащие материальные стимулы с целью создания должностей медсестер расширенной практики, а также помогая финансировать новые программы обучения с целью подготовки медсестёр, которые будут занимать эти позиции.

УХОДИМ В СЕТИ

ОПЫТ АССОЦИАЦИИ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) ПО ПРОВЕДЕНИЮ ОНЛАЙН-МЕРОПРИЯТИЙ



Ирина Семеновна МОРДОСОВА

Главная медицинская сестра ГАУ РС(Я)
«РБ № 1 – НЦМ»



Наталья Ивановна ЧОМЧОЕВА

Руководитель секции
«Анестезиология и реаниматология»
РОО «АСМР РС(Я)», старшая медсестра
ОАРИТ Клинического центра ГАУ РС(Я)
«РБ № 1 – НЦМ»



АСМР, получили неоценимый опыт работы на удаленном доступе. Мы уходим в сети!

Распространение вируса значительно нарушило график в образовательном ресурсе: запланированные мероприятия перепрофилировали и перевели в формат онлайн-конференций. Так, ежегодная конференция для медицинских сестер-анестезистов, проводимая Советом по сестринскому делу ГАУ РС(Я) «Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины» и секцией «Анестезиология и реаниматология» РОО «Ассоциация средних медицинских работников РС(Я)», готова к выходу в онлайн-НПК.

Анонсируя нашу онлайн-конференцию, представляем вашему вниманию информацию о прошлогоднем семинаре, который охватывал различные аспекты анестезиологии-реаниматологии в многопрофильном стационаре.

В 2019 году мы впервые провели аккредитованный практический семинар по специальности «Анестезиология и реанимация», в котором приняли участие медицинские сестры-анестезистки всех реанимационных отделений центра, а также специалисты ГБУ РС(Я) «Якутский республиканский онкологический диспансер».

Во время семинара были раскрыты самые актуальные на сегодняшний

день темы, такие как реализация непрерывного профессионального развития, организация анестезиологической и реанимационной службы, современные технологии, сестринский уход за пациентами в условиях реанимации, наставничество, санитарно-эпидемиологические аспекты, последние изменения в законодательстве по обороту НС и ПВ. Провели мастер-классы «Алгоритмы работы с медицинской аппаратурой», «Сердечно-легочная реанимация». Надо отметить, что каждый докладчик представил свой материал в современном ракурсе. Особое внимание аудитории вызвали демонстрации интересных видеороликов.

Если пройти по всем докладам вкратце, то участники двухдневного семинара узнали: медицинские технологии во всем мире развиваются столь стремительно, что необходимость в повышении квалификации медицинских специалистов является неотъемлемой частью их профессиональной жизни. Обучаться непрерывно в течение всей жизни – это привычная практика во всем мире.

Не понаслышке знаем, какие сложности возникают в работе старших медсестер отделений реанимации. Современный уровень развития сестринского дела требует от руководителя сестринской службы умения грамотно управлять

Пандемия новой коронавирусной инфекции поделила жизнь обитателей планеты на «до» и «после». Весь мир вступил в крупнейший, пусть и вынужденный, эксперимент онлайн-общения. В сфере здравоохранения состоялся масштабный переход на онлайн-обучение. Увеличилось количество видеоконференций, онлайн-консультаций, вошли в практику платформы для дистанционного обучения, телемедицинские услуги, были запущены и реализованы различные приложения, сайты и сервисы.

На период карантина офис РАМС призвал все региональные ассоциации проводить мероприятия в сетевом режиме, предоставив техническую, методическую и организационную поддержку. Онлайн-НПК вывели в эфир Ассоциации медицинских сестер разных стран для обсуждения вопросов, связанных с COVID-19. Мы, члены

медицинским персоналом, своевременно принимать решения, устранять проблемы и мыслить на перспективу.

Ежегодно на работу принимаются молодые специалисты, которым непросто освоиться в новой профессии. Большинство поступивших на работу могут испытывать состояния «потрясения, вызванной реальностью». И поэтому роль наставничества очень важна. Именно в течение первого года работы происходит становление профессиональных навыков.

Лечение пациентов с терминальной стадией почек, печени представляет одну из самых актуальных проблем клинической медицины. Пересадка кадаверных органов становится единственным шансом для возвращения таких пациентов в нормальную жизнь.

Хочется отметить, что наши успехи в трансплантологии кадаверных органов – это результат совместных усилий двух крупных медицинских организаций региона: Республиканской больницы № 1 – Национального центра медицины и Республиканской больницы № 2 – Центра экстренной медицины. В интересном и содержательном видеоролике мы увидели, что успех зависит от работы не одного человека, а целой команды высококвалифицированных специалистов. Операционная бригада – это большая команда, где каждому члену определена своя роль.

Интересный доклад прозвучал по каудальной анестезии детей, который широко применяется в Педиатрическом центре. Это нововведение является эффективным и безопасным методом анестезиологического пособия при плановых урологических операциях. Комбинированная анестезия с применением каудальной анестезии значительно снижает потребность в общих анальгетиках и анестетиках во время операции и в послеоперационном периоде.

В отделении кардиореанимации Клинического центра был открыт Региональный сосудистый центр № 2, персонал которого поделился своим опытом мультидисциплинарного ведения пациента с сердечно-сосудистой патологией, наглядно продемонстри-

ровав в своем видеоролике установку стента в ренген-операционной.

Доклад по уходу за детьми, находящимися на ИВЛ: сестринская помощь по предупреждению и профилактике осложнений в отделении детской реанимации – это необычайно гибкий, живой и динамичный процесс, обеспечивающий постоянный поиск ошибок в уходе за маленькими пациентами.

В конце первого дня семинара был продемонстрирован обучающий видеоролик с мастер-классом по работе с медицинской аппаратурой на базе отделения общей реанимации Клинического центра.

Второй день семинара начался с торжественного мероприятия «Посвящение молодых специалистов в профессию», а также подведением итогов конкурса среди старших медсестер Респу-

го инфицирования при аварийных ситуациях.

Процесс взятия биоматериала – важная часть преаналитического этапа. Оказывается существует множество условий для их качественного получения.

Инфекционная заболеваемость медицинских работников – важная составляющая проблем внутрибольничных инфекций. Медицинские сестры – это те люди, которые проводят с пациентом больше всего времени. Нельзя мириться с тем, что, спасая тысячи человеческих жизней, медицинский персонал подвергается повышенной опасности инфицирования многими болезнями. Профилактика ИСМП, а также современные методы стерилизации ИМП, внедрение современных стерилизационных технологий помогут противостоять различным инфекциям.

Медицина – это одна из тех сфер жизни человека, в которой деловой этикет неразрывно и напрямую связан с понятием этики. Клятва Гиппократова с античных времен актуальна и сегодня:

- это благодарность учителям;
- передача накопленного опыта;
- принцип «Не навреди!»;
- сохранение врачебной тайны.

Поступки и внешний вид медицинского работника должны создавать образ квалифицированного, уверенного, опытного специалиста, которому пациент может доверить свое здоровье!

По завершении мероприятия было проведено тестирование среди участников семинара, по итогам которого проводилось начисление 8 зачетных единиц.

Возвращаясь к двум дням семинара, хочется отметить, что вместе мы сделали еще один шаг к расширению границ деятельности медицинской сестры, поделились своим опытом работы, чтобы внедрять их в свою практическую деятельность. Мы сами должны уважать профессию медицинской сестры и гордиться тем, что вносим свой вклад в ее развитие

Уважаемые коллеги, ждем вас на нашей конференции в режиме онлайн!



бликанской больницы № 1 – Национального центра медицины по критериям оценки качества их работы.

После продолжилась деловая часть рабочего семинара, где был продемонстрирован мастер-класс по «Сердечно-легочной реанимации» практикующим врачом-анестезиологом с Перинатального центра Республиканской больницы № 1 – Национального центра медицины.

Актуальная тема была затронута врачом-фармакологом по организации работы с наркотическими средствами в целом, так как все медсестры-анестезисты операционных блоков и палат интенсивной терапии работают по новым регламентирующим документам и приказам.

Был представлен очень содержательный доклад по переливанию крови и по профилактике профессионально-

Случайные уколы иглой в практике работы медицинской сестры

РЕЗУЛЬТАТЫ АНОНИМНОГО ОНЛАЙН-ОПРОСА

■ Кострова С.В., Габоян Я.С.

Федеральное государственное
бюджетное учреждение
«Национальный медико-хирургический
центр имени Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Введение

Травмы от укола иглой являются источником значительного риска передачи гемоконтактных инфекций и представляют опасность для здоровья пациентов и медицинских работников [3]. Подсчитано, что в мире каждый год происходит два миллиона случайных уколов, что повышает риск заражения вирусом гепатита В (HBV), вирусом гепатита С (HCV) и вирусом иммунодефицита человека (HIV) [8]. Помимо риска возникновения хронических и опасных для жизни заболеваний случайные уколы, полученные сотрудниками медицинских организаций, могут вызывать психосоциальные проблемы [6]. Кроме того, следует отметить, что случайный укол во время выполнения должностных обязанностей медицинского сотрудника должен рассматриваться как травма на рабочем месте с последующими расходами для работодателя в случае развития инфекционного заболевания.

Среди медицинского персонала наиболее распространены уколы, порезы и иные травмы, возникающие при выполнении «ручных» манипуляций со шприцами и иглами после процедуры взятия крови. Очевидно, что в данную категорию не попадают шприцы для взятия крови с целью последующего анализа газов, электролитов и метаболитов, порождая соответствующую проблематику и решения. Ручная разборка шприцев или игл для взятия крови в вакуумную систему (не-

смотря на рекомендации ВОЗ не делать этого) [11] перед обезвреживанием практикуется в значительном числе медицинских учреждений РФ, а именно она представляет наибольший риск случайного укола и последующего заражения гемоконтактной инфекцией [4]. Также следует отметить, что нарушение безопасной практики утилизации игл может приводить к травмам медицинского персонала, непосредственно не вовлеченного в процесс взятия крови (санитары, уборщики, медицинские техники).

В опубликованных данных исследований (в частности, EPINet) [5] приведены цифры, говорящие о том, что персонал среднестатистической больницы подвергается примерно 30 случайным уколам в расчете на 100 коек в год. Наименьшее число травм описано в педиатрии – 18,7%, а наибольшее – в хирургии – 46,9%. Риски для медицинских работников (ранения иглой, скальпелем и другими острыми предметами, попадание крови на кожу и слизистые) в операционной составляют 24%, в приемных отделениях – 34%, в отделениях реанимации – 9%, в интенсивной терапии – 7%, в других службах – 26%.

В зоне риска на первом месте – медицинские сестры, в частности процедурные, на втором – врачи. Далее следуют флеботомисты (процедурные медицинские сестры), сиделки, ассистенты в операционной и другие ассистенты, инженеры, лабораторные специалисты, прочий персонал.

Одним из необходимых условий управления рисками случайного укола является статистический учет аварийных событий. Пока мы не видим статистики, мы не можем оценить масштаб проблемы.

В России, по опубликованным ранее данным [12], наиболее подвержен риску средний медицинский персонал, отвечающий за взятие крови, – проце-

дурные медицинские сестры (71 % из всех получивших травмы). По полученным данным, на 100 манипуляций приходится 17 проколов перчаток без повреждения кожи и 9 проколов с повреждением кожных покровов.

В связи с тем, что свежие данные отсутствуют, а проблематика безопасной работы медицинского персонала существует, Общероссийская общественная организация «Ассоциация Медицинских Сестер России» (ПМС, сайт www.medsestre.ru) провела онлайн-опрос (с 1 января по 1 июля 2018 года) среди медсестер, в котором ставились вопросы актуальности проблемы случайных уколов, последствий для персонала и юридического оформления данных случаев. Наиболее активно проявили себя медицинские сестры из Москвы, Омска, Астрахани и Санкт-Петербурга.

Цель исследования ПМС

Актуализация проблемы случайных уколов иглой медицинскими работниками во время процедуры венепункции.

В качестве задач исследования были поставлены:

1. Выявить актуальную частоту травмирования медицинских работников иглами во время процедуры венепункции.
2. Проанализировать последствия случайных уколов иглой при взятии крови.
2. Выявить зависимость между количеством случайных уколов, отделением и опытом работы медицинских работников.

Материалы и методы

Опрос проводился под эгидой ПМС в период с 1 января по 1 июля 2018 года. Респонденты отвечали на во-

просы, сгруппированные по следующим категориям: регион работы, опыт работы, включают ли в себя должностные обязанности взятие крови, были ли случайные уколы иглой, было ли сообщено о них руководству, была ли подтвержденная гемоконтактная инфекция после укола использованной иглой, используются ли безопасные системы взятия крови и проводилось ли соответствующее обучение.

Вопросы были сгруппированы по пяти блокам:

1. Общая информация о респонденте.
2. Общая информация о процедуре венепункции.
3. Подробные вопросы об иглотравмировании.
4. Опыт использования безопасных игл для взятия крови.
5. Участие в тренингах по безопасной работе с колюще-режущим инструментарием.

Результаты

В результате проведенного опроса было получено 2100 ответов. Массив данных анализировался при помощи инструмента pivot MS Excel. Выгрузка данных в срезе взятия крови и произошедших случайных уколов представлена в табл. 1.

Наличие случайных уколов подтвердили 27% сотрудников, осуществляющих взятие крови (398 из 1486), 18,9% всех респондентов (398 из 2100). Таким образом, необходимо принять факт, что примерно каждый третий сотрудник, осуществляющий взятие крови, подвергся случайному уколу использованной иглой. По дополнительным пунктам о количестве уколов респонденты указали, что в среднем за медицинскую практику травмируются 4 раза.

Анализ стажа медицинских работников, подтвердивших факт случайных уколов, представлен в табл. 2.

Следует отметить, что основная масса уколов (90%) отмечается у опытных медсестер со стажем работы более 5 лет. Полученные данные свидетельствуют о том, что чем больше число пациентов, у которых медицинский работник взял кровь, тем выше вероятность случайного укола иглой. На основании данного наблюдения следует признать, что само по себе обучение персонала

процедуре венепункции с обязательным блоком безопасной работы с колющими медицинскими изделиями не может гарантировать отсутствие случайных уколов, поскольку даже снижение вероятности укола не исключает риск медицинской аварии.

После обнаружения существенной проблемы в части случайных уколов следует проанализировать ответы медицинских сестер на вопрос об информировании руководителей отделений о случайном уколе иглой. В ранее упомянутом исследовании [5] было указано, что только 4,3% медсестер и 3,9% врачей сообщали о случаях травм.

Результаты отображены в табл. 3. К сожалению, следует признать, что формулировка «официально доложила руководству» достаточно расплывчатая, поскольку формат официального информирования работодателя об инциденте изложен в СП 3.1.5.2826–10 (инцидент должен быть оформлен врачом-эпидемиологом или ответственным лицом путем составления акта о медицинской аварии в учреждении), и простое устное сообщение не может считаться официальным информированием. Вместе с тем данные получены и требуют анализа.

Как следует из анализа, о 57,5% (36,5% рассказали коллегам и 21% полностью умолчали об инциденте) случайных уколов не сообщается официально работодателю. Есть основания полагать, что по форме приказа СП 3.1.5.2826–10 оформляется еще меньше.

Наиболее опасным последствием случайного укола иглой является развитие гемоконтактной инфекции. По данным, представленным в табл. 4, восемь респондентов подтвердили развитие заболевания (без уточнения – гепатит, ВИЧ или иное).

Показательно, что из восьми случаев инфицирования только один сотрудник (12,5%) доложил о травме руководителю (и не факт, что в письменном виде). У всех стаж работы более 15 лет. Восемь случаев инфекции на 398 инцидентов означает 2%-ный риск развития инфекции, что сопоставимо с международными данными по риску инфицирования ВИЧ при случайном уколе иглой (1 на 300) [1].

В стандарты непрерывного обучения медицинского персонала в РФ входят вопросы по безопасной практике

Таблица 1

Количество респондентов, участвующих в опросе, и распределение ответов на ключевые точки опроса

Всего ответов	2100
Берут кровь	1486
Случайный укол иглой	398

Таблица 2

Распределение количества случайных уколов в соответствии с опытом м/с

Случайный укол иглой	398	100 %
0–5 лет	38	9,5 %
5–15 лет	108	27 %
больше 15 лет	252	63,5 %

Таблица 3

Действия м/с после случайного укола иглой

Сообщили ли руководству?		%
Да, официально доложила руководству	169	42,5
Не совсем, неофициально рассказал(-а) коллегам	146	36,5
Нет	84	21

Таблица 4

Действия медицинского персонала, после которых было выявлено заражение гемоконтактными инфекциями

Всего случаев заражения гемоконтактными инфекциями	8	100%
Опыт работы больше 15 лет	8	100%
Да, официально доложила руководству	1	12,5%
Не совсем, неофициально рассказал(а) коллегам	5	62,5%
Никому не сообщали	2	25%

Таблица 5

Вопрос об обучении

Ощущаете ли вы необходимость обучения безопасной работе с кровью?	Ответы респондентов	%
Да	349	87,5
Нет	50	12,5

манипуляций. Чтобы оценить достаточность данных занятий, в опрос был включен блок по обучению безопасной работе с иглами при взятии крови (табл. 5).

Подавляющее большинство ответивших на данный вопрос (87,5%) нуждается в тренинге по безопасной работе с колюще-режущими медицин-

скими изделиями. Примечательно, что 349 респондентов, ответивших положительно на вопрос о необходимости проведения обучения безопасной работе с кровью, очень близко к количеству респондентов, получивших случайные уколы иглой (398). Исходя из этого, напрашивается вывод, что тренинг необходим тем, кто уже на практике столкнулся с проблемой случайного укола иглой.

В какое время венепункции происходит случайный укол?

Теоретически укол иглой может происходить в любой момент, когда она не закрыта колпачком. На практике уколы происходят в основном сразу после вывода иглы из вены. По-видимому, это связано с уменьшением концентрации медицинской сестры после венепункции. Вместе с тем, если просуммировать все случаи уколов, то основная их масса связана с процессами утилизации использованных игл.

Таким образом, только следование рекомендациям ВОЗ [11] в части немедленного сброса использованной иглы, без отделения от держателя (20% случаев уколов), не надевая колпачок (18% случаев уколов), позволяет избежать как минимум одной трети причин случайных уколов медицинского персонала.

Последний блок касался распространённости безопасных устройств для взятия крови. Результаты отображены в табл. 6.

Таблица 6

Использование безопасных устройств	Ответы респондентов	%
Регулярно	89	22%
Иногда	73	18%
Не используют	237	60%

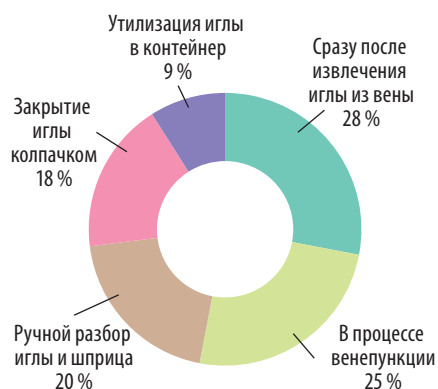


Рис. 1. Определение наиболее опасного этапа манипуляций

Часть респондентов оставила данный вопрос без ответа, но если мы обратим внимание на соотношение медицинских работников, осуществляющих взятие крови, и число регулярно использующих безопасные иглы, то приходим к выводу, что только 5,9% (89) сотрудников из числа осуществляющих венепункцию (1486 человек, см. табл. 1) используют безопасные иглы, что вряд ли связано с их нежеланием использовать безопасную продукцию, а лежит в плоскости оснащения медицинской организации (МО).

Выводы из графика «Частота иглотравмирования» (рис. 2):

- В наибольшей зоне риска находятся медицинские сестры разных уровней опытности, как молодые, так и с большим стажем, работающие в отделении реанимации. Возможно, это связано со спецификой данного отделения, большим количеством urgentных пациентов, внештатных ситуаций и процедур, которые совершаются в спешке, но данное предположение, очевидно, нуждается в дополнительном сборе данных.

- Вторая зона риска – процедурные медицинские сестры стационара. Высокий процент случайных уколов может возникать ввиду зачастую нестандартных условий взятия крови, например, у постели пациента, и под воздействием внешних факторов. В то же время издание СОП, регламентирующих взятие крови непосредственно в месте нахождения пациента, использование компактных контейнеров для утилизации отходов класса Б и соответствующих безопасных инструментов, может регламентировать работу в данных условиях и снизить риск травмирования.

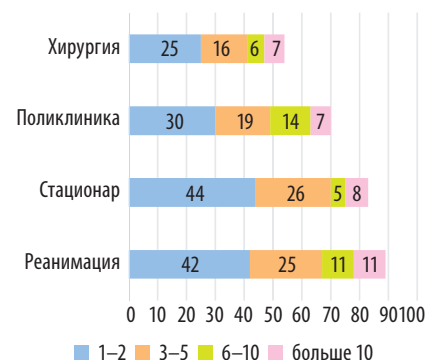


Рис. 2. Частота иглотравмирования по отделениям и стажу медицинских работников

- В поликлиническом звене, несмотря на более высокий поток пациентов по сравнению со стационаром и реанимацией, общее количество травм несколько меньше, что в процентном соотношении показывает самый низкий результат из всех групп, перечисленных на рис. 2.

- По соотношению травм и опыта медицинских сестер из графика видна прямая корреляция между стажем и количеством травм. В наибольшей группе риска находится персонал с опытом работы менее 5 лет.

Обсуждение

Случайный укол иглой является актуальной проблемой в современной системе здравоохранения в России. Руководству отделения/МО сообщается только о примерно 40% случайных уколов. Также остается неизвестной форма сообщения руководству, фиксируются ли случаи в соответствующих журналах и проводятся ли соответствующие корректирующие меры и обследование медицинских работников, получивших травму (более точные формулировки удлинили бы опрос). Вместе с тем законодательство РФ в достаточной степени описывает действия работника здравоохранения в случае контакта с потенциально инфицированным биологическим материалом. Так, Санитарные правила 3.1.5.2826-10 (с изменениями и дополнениями от 21 июля 2016 г.) содержат следующие указания:

- «Оформление аварийной ситуации проводится в соответствии с установленными требованиями:
 - сотрудники МО должны незамедлительно сообщать о каждом аварийном случае руководителю подразделения, его заместителю или вышестоящему руководителю;
 - травмы, полученные медработниками, должны учитываться в каждой медицинской организации и быть оформленными актом о медицинской аварии в учреждении;
 - следует заполнить Журнал учета аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций;

- необходимо провести эпидемиологическое расследование причины травмы и установить связь причины травмы с исполнением медработником служебных обязанностей».

В СП 3.1.5.2826–10 (с изменениями и дополнениями от 21 июля 2016 г.) [13] также описывается схема постконтактной профилактики (ПКП) развития ВИЧ-инфекции, которая должна быть начата не позднее 72 часов после медицинской аварии с использованием комбинации лопинавир/ритонавир + зидовудин/ламивудин. Данная схема лечения характеризуется хорошей переносимостью и незначительным числом побочных явлений [2].

В качестве меры борьбы со случайными уколами, вероятно, следует использовать мировой опыт использования игл (устройств) с инженерной защитой от случайного укола. Так, исследование F. Lamontagne и др. [7] в 32 госпиталях Франции показало снижение числа случайных уколов на 74% после внедрения соответствующих продуктов. Аналогичные исследования в Торонто (Канада) показали снижение числа уколов на 80% [10]. В России разработаны рекомендации [17] по организации безопасных медицинских манипуляций, где подчеркивается важность оснащения медицинских организаций инструментами с инженерной защитой от повторного применения, а также описываются требования к механизмам защиты безопасных медицинских устройств.

Механизм должен соответствовать следующим требованиям:

- быть интегрированной частью инструмента – например, скальпель с защитным экраном скользящего типа;
- быть автоматическим, без дополнительной активации пользователем;
- включаться одной рукой и позволять рукам оставаться позади острого элемента, если активация необходима;
- активироваться до момента разбора инструмента на части;
- быть надежным, удобным и простым, а активация при использовании – очевидной;
- исключать возможность повторного использования.

Выводы

1. Следует признать существование проблемы случайных уколов иглой при проведении процедур венепункции. Случайные уколы иногда приводят к развитию гемоконтактных инфекций у медицинских сестер.

2. Оценка значимости проблемы возможна при учете случаев травмирования. Проблема усугубляется малым числом случаев сообщения о факте медицинской аварии руководству МО.

3. Необходимо обучать средний медицинский персонал правилам безопасной работы при процедуре взятия крови, проводить практические занятия, мастер-классы с целью отработки навыков обращения с современными безопасными иглами.

4. Необходимо проводить информирование среднего медицинского персонала о регламенте действий после случайного укола, включая оповещение руководства подразделения МО о факте медицинской аварии.

5. Одним из существующих решений можно признать использование игл с инженерной защитой, препятствующих при правильном их использовании случайному уколу медицинской сестры.

6. Следует информировать руководство, службы обеспечения расходным материалом медицинских организаций о наличии на рынке медицинских устройств с инженерной защитой, обеспечивающих безопасность работы персонала и снижение финансовой нагрузки в случаях профессионального заражения гемоконтактными инфекциями.

Литература

1. Anna Riddell, Ioana Kennedy, C Y William Tong, Management of sharps injuries in the healthcare setting, BMJ. 2015 Jul 29;351: h373].
2. Cai J, Xiao J, Zhang Q., Side effects and tolerability of post-exposure prophylaxis with zidovudine, lamivudine, and lopinavir/ritonavir: a comparative study with HIV/AIDS patients, Chin Med J (Engl). 2014;127(14):2632–6.
3. Dulon M, Lisiak B, Wendeler D, Nienhaus A. Causes of needlestick injuries in three healthcare settings: analysis of accident

notifications registered six months after the implementation of EU Directive 2010/32/EU in Germany. J Hosp Infect 2017

4. Emerging Infectious Diseases, Occupational Deaths among Healthcare Workers, www.cdc.gov/eid, Vol. 11, No. 7, July 2005.

5. EPINet Blood and Body Fluid Exposure Report. 1999 U.S.

6. Green and E.C. Griffiths. Psychiatric consequences of needlestick injury. Occupational Medicine 2013;63:183–188].

7. Lamontagne, MD, Role of Safety-Engineered Devices in Preventing Needlestick Injuries in 32 French Hospitals. infection control and hospital epidemiology January 2007.

8. Pruss-Ustun A, Rapiti E, Hutin Y. Estimation of the global burden of disease attributable to contaminated sharps injuries among health-care workers. Am J Ind Med 2005;4 8:482e90.

9. The Global Occupation Health Network, Newsletters Preventing NSI & Occupational Exposure to Bloodborne Pathogenes. Winter 2005.

10. Toronto hospital reduces sharps injuries by 80%, eliminates blood collection injuries. A case study: Toronto East General Hospital pioneers healthcare worker safety. Healthc Q. 2006;9(1):68–70.

11. WHO guidelines on drawing blood: best practices in phlebotomy, WHO 2010.

12. ГОСТ Р 52623.4–2015 Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств.

13. Организационно-методические основы защиты медицинских работников, имеющих контакт с инфекционными агентами, от заражения инфекциями. – М., 2005.

14. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 11 января 2011 г. № 1 г. Москва «Об утверждении СП 3.1.5.2826–10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»

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

16. СанПиН 2.1.7.2790–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами»

17. Техника безопасных манипуляций в системе мероприятий по профилактике профессиональных заражений медицинских работников вирусными гепатитами // КОГПОБУ «Кировский медицинский колледж». Киров, 2016.



Безопасность — это не только маска, перчатки и очки

Каждая медсестра находится в зоне риска заражения гемоконтактной инфекцией путем **случайного укола иглой**.

Внедрение игл с инженерной защитой от случайного укола помогает обезопасить медсестру, сохранив ей здоровье.

Защитный колпачок надежно защищает от случайного укола иглой, а широкая рифленая площадка для большого пальца помогает активировать защитный механизм одним нажатием



Узнайте больше об иглах с инженерной защитой от случайного укола по телефону горячей линии **8 800 200 80 40**

Ежедневная работа. Ежедневные риски.
Ежедневная забота о безопасности

Данное медицинское изделие зарегистрировано в РФ (РУ № РЗН 2013/177)
BD, BD лого и другие торговые знаки являются собственностью компании Becton, Dickinson and Company. © 2020 BD



ПЕРВЫЕ ШАГИ ТЮМЕНЦЕВ

ГЛОБАЛЬНАЯ КАМПАНИЯ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО СЕЙЧАС»
И МОЛОДЕЖНАЯ ИНИЦИАТИВА «НАЙТИНГЕЙЛ ЧЕЛЛЕНДЖ» РАСШИРЯЮТ ГОРИЗОНТЫ



Ирина Викторовна ЯНМИНКУЛЬ
Пресс-секретарь ТРОО ТОПСА,
главная медицинская сестра ГБУЗ ТО
«Областная больница № 14
им. В.Н. Шанаурина» (с. Казанское)

В первой половине ноября 2019 года медицинские сестры России имели возможность познакомиться с самой крупной за последние десятилетия глобальной сестринской инициативой, сломавшей множество внутренних стереотипов.

Международная кампания «Nursing Now» (Сестринское дело сейчас) возникла, как мне кажется, по ряду причин. Во-первых, возможно потому, что медицинские сестры всего мира празднуют в 2020 году 200-летие со Дня рождения самой знаменитой прародительницы сестринского дела Флоренс Найтингейл. В рамках этой кампании, участником которой является и Всемирная организация здравоохранения, 2020 год был объявлен ВОЗ Международным годом медицинской сестры и акушерки, а посему необходимо делами доказывать свои нравственные позиции.

Несомненно это свершилось и потому, что пришло наконец-то время медицинским сестрам всех стран сплотиться, чтобы не только поддерживать друг друга, но и делиться опытом, идеями, оказывать взаимную помощь, радоваться успехам друг друга, развивать лидерские способности и строить блестящую профессиональную карьеру. По большому счету, все, что делается медицинскими сестрами, проживающими в любой стране, делается для и во благо пациентов.



Рука дружбы была протянута нам из-за рубежа простыми медицинскими сестрами. Но медицина должна быть вне политики, над ней, выше ее. Для нее нет границ и рубежей, равно как у медиков нет понятия «свой больной» или «чужой больной». Во время боевых действий даже врага стараются обезболить и исцелить. Наша профессия, несмотря на жертвенность, полна внутреннего достоинства. Инициатива медицинских сестер своим благородством растопила лед настороженности и недоверия. Проигнорировать и не откликнуться на приглашение к участию в международном проекте, как жесту доброй воли, было бы неправильно.

Откликнулась Россия, протянули руки для ответного рукопожатия в знак приветствия тюменские медицинские сестры. Сибирь всегда была опорным краем державы, поэтому призыв РАМС к действию в рамках кампании «Сестринское дело сейчас» и ее молодежной инициативы – «Найтингейл чел-

ленджа» – заставил всех руководителей сестринских служб из разных медицинских организаций Тюмени и области призадуматься и примерить на своих молодых специалистов в возрасте до 35 лет новые, возможно незнакомые им роли.

На ежеквартальном совещании «Дне главной сестры» 11 декабря 2019 года вопросу участия медсестер в Международном проекте «Найтингейл челлендж» с демонстрацией презентации и видеоролика было уделено достаточно много внимания. Все новое, неизвестное всегда сначала пугает, поэтому мы очень настороженно делали в проекте свои первые шаги, одолеваемые сомнениями, не до конца понимая, каких подвигов от нас ждут и в какую «воду» мы осторожно, но все же ступаем...

Продумав основные направления, цели и ожидаемые результаты своих рабочих проектов, каждый из рискнувших руководителей группы до конца декабря должен был пройти регистрацию, чтобы команды смогли влиться

в одно большое сестринское движение, длиною в год...

Что пугало поначалу больше всего? Языковой барьер! Ведь и регистрация, и регулярные письма, которые мы получали от оргкомитета, были на английском языке, и это поначалу приводило в глубокое отчаяние и неверие в свои силы. Большим подарком было открытие в интернете переводчика с английского на русский и, наоборот, в режиме онлайн. Эти функции гаджета дали возможность быть всем медсестрам на равных, страх и неуверенность стали отступать, а горизонты проекта значительно расширились.

Несомненно, общая проблема с пандемией COVID-19 очень вмешалась в планы и реализацию проектов, отбросив всех нас назад, но даже то, что успели сделать, нас самих и радовало, и воодушевляло. Каждый из нас понимал, что самое сложное для нас было преодоление собственных страхов и неверия в свои силы. Думаем, что российские медицинские сестры – полноценные партнеры международного проекта, грамотные, активные, жизнелюбивые, надежные. Мы смогли! Наши первые шаги, пусть поначалу неуверенные, принесли каждому из нас столько радости, открытий, разрушились языковые барьеры, медсестры всей планеты стали друг другу более близкими и понятными. И у нас всех есть одна общая цель – помогать людям!

Около 200 молодых специалистов со средним медицинским образованием из 11 медицинских организаций Тюменской области с радостью приняли вызов с целью участия в международном проекте «Найтингейл Челлендж».

Партнерами реализации проектов выступили:

- Департамент здравоохранения Тюменской области;
- ТРОО «Тюменская областная профессиональная сестринская ассоциация»;
- Школа молодёжной администрации Тюмени (Школа МОЛАТ);
- Тюменское отделение Молодой Гвардии Единой России;
- Тюменский государственный медицинский университет;
- Тюменский медицинский колледж
- Тюменская областная профсоюзная организация;
- Сбербанк России.

Для участия в проекте команды участницы из тюменских медицинских организаций выбрали свои оригинальные направления и реализуют свои проекты согласно «дорожной карте».

ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2» и ГАУЗ ТО «МКМЦ Медицинский город» работают в направлении «Лидерство и кадровый резерв». Целью проекта является формирование кадрового резерва на управленческих должностях. 10 специалистов из 48 набрали более 33 баллов при прохождении тестирования «Лидерство»,

тем самым получили возможность пройти второй этап расширенного тестирования на кафедре «Общественного здоровья и здравоохранения» Тюменского государственного медицинского университета. Обучены по темам: «Тайм-менеджмент», «Социальное проектирование».

В течение года специалисты смогут также пройти обучение по развитию лидерских качеств, стажировки по обмену опытом в других медицинских организациях, принять участие в заседаниях представителей правления профессиональных организаций, заседании главных медицинских сестер.

Что сделано? Проведен «Диалог на равных» с председателем правления ТРОО ТОПСА Куликовой Р.М. и представителями школы молодёжной администрации Тюмени (Школа МОЛАТ) Апасовой Д. и Тюменского отделения Молодой Гвардии Единой России Сбитнев В.

Участниками проекта выбраны темы для проявления лидерских качеств: «Универсальная медицинская сестра», «Профилактика гипертонии», «ЗОЖ среди подростков», «Реорганизация работы приемного отделения» и т.д. За время участия в проекте один молодой специалист уже «повышен» и переведен в должность старшей медицинской сестры.

ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1» выбрала направление





«Современная модель сестринского ухода. Клиническая медицинская сестра». Целью проекта является обновление и углубление роли медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе и повышение удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи. Это предполагает расширение функциональных обязанностей медицинских сестер, эффективное использование времени квалифицированной медицинской сестры для достижения личной ответственности за пациента.

ГБУЗ ТО «Областной наркологический диспансер» зарегистрировался в направлении «Организация повышения качества медицинской помощи». Целью проекта выбрано повышение качества медицинской помощи от регистратуры до посещения кабинета специалиста (добиться отсутствия очередей в кабинеты приема, выполнить работу по проекту «бережливая поликлиника»). Проведенные мероприятия: анкетирование с регистраторами, разработан кейс по эффективности качества оказания медицинских услуг.

ГБУЗ ТО «Областная больница № 19» участвует в челлендже с проектом «Академия мужского здоровья». Цель проекта: организация профилактического направления и формирование здорового образа жизни мужского населения. Специалисты изучили статистику, выявили проблемы, определились с целями и задачами реализации проекта.

Тема выбрана не случайно, так как становится актуальней с каждым годом.

ГБУЗ ТО «Городская поликлиника № 8» осуществляет реализацию проекта по теме «Реабилитация пациентов после инсульта»; целью проекта является разработка эффективных программ по реабилитации.

ГБУЗ ТО «Областная больница № 14 им. В.Н. Шанаурина» (с. Казанское): Команда «Ангелы в белом», создана из медицинских сестер разных подразделений и фельдшеров Отделения скорой медицинской помощи. Избрали основным направлением в проекте «Найтингейл Челлендж» профориентационную работу, включив в свои планы работу со школьниками старших клас-

сов. Организован кружок «Юный медик» для старшеклассников для обучения азам специальности с проведением увлекательных экскурсий, встреч с интересными людьми. Молодые специалисты имеют необходимый опыт и готовы делиться особенностями профессии медицинского работника с ребятами, желающими видеть себя именно в медицине, мечтающими о профессии с детства.

Организован штаб «Ангелов в белом», создан видеоролик-визитная карточка группы, приобретена форма. три члена команды «Ангелы в белом» – Елизавета Кудина, Юлия Шефер, Ольга Кажугулова участвовали в международном фотоконкурсе. Елизавета Куди-





на также приняла участие в областном конкурсе на лучшую презентацию о медиках-казанцах, героях ВОВ; участвовала в акции по профилактике онкозаболеваний, флешмобе по профилактике коронавируса. Кристина Морева приняла участие в конкурсе «Лицо акции «Скажи спасибо медсестре!»». Ребята были разработаны три презентации об истории развития здравоохранения, выпущены две стенгазеты. Молодые специалисты в период пандемии коронавируса на передовой, особенно достается фельдшерам выездных бригад Отделения скорой медицинской помощи, медицинским сестрам палаты реанимации и интенсивной терапии. В марте-апреле ребята помимо основной работы были задействованы в волонтерской деятельности: доставляли лекарственные средства и продукты, шили марлевые маски. Пока мы не смогли полноценно реализовать наши планы, но и без дела мы не сидели. Когда сложная ситуация с COVID-19 пойдет на спад, мы верим, что все у нас получится!

Проектом «Лидерство – секреты успеха» челлендж поддержали и специалисты Тобольского филиала «Областной клинической психиатрической больницы». В своем направлении они работают на развитие лидерских качеств молодых специалистов со средним медицинским образованием.

Проведенные мероприятия: семинар «Лидерство – секреты успеха», тренинг «Навыки принятия решения», встреча с общественными лидерами (председателем ТГСО профсоюза работников здравоохранения РФ Ширяевой О.А., руководителем Тобольского отделения молодежной общественной организации «Молодая гвардия» Жарнов-

ским А.В.). Молодые специалисты приняли участие в конкурсе презентаций, посвященном празднованию 75-летия годовщины победы в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг., чествовании ветерана трудового фронта с 90-летним юбилеем, в акции, посвященной чествованию медицинских сестер в онлайн-формате, флешмобе под хештегами #Скажи_спасибо_медсестре.

ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень) – был разработан и утвержден план занятий в рамках реализации проекта «Найтингейл Челлендж». Утверждены анкеты для родителей с целью выявления интересующих тем для обучения. Проведенные мероприятия: обучающие занятия на темы: «Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка», «Мое первое купание», «Грудное вскармливание». Первая лекция посвящена анатомо-физиологическим особенностям недоношенного ребенка, признакам недоношенности, созданию комфортных условий для развития в новой

жизни. Вторая, не менее важная лекция «Грудное вскармливание», где были рассмотрены следующие вопросы:

- Грудное молоко важно для недоношенного ребенка?
- Будет ли вырабатываться молоко, если ребенок родился раньше срока?
- Улучшает ли грудное молоко состояние недоношенного ребенка?
- Что делать, если недоношенный ребенок не может сосать грудь?

Цикл лекций завершит занятие «Уход и наблюдение за недоношенным ребенком на амбулаторном этапе» – рассмотрим вопросы вскармливания, прогулок, купания, предстоящей вакцинации, наблюдения узкими специалистами. Для проведения лекций будут привлечены необходимые специалисты.

В рамках собрания были проведены обучающие тренинги среди членов группы. Утверждена анкета для опроса женщин с целью выявления интерес-



ющих их тем для проведения дальнейших занятий.

Областная больница № 3 (г. Тобольск) работает с молодыми специалистами в направлении «Кадровый актив единого функционирования» (КАЕФ). Целью проекта является раскрытие лидерских качеств, сплочение коллектива в единую команду, чтобы в дальнейшем, на перспективу использовать задор молодежи в развитии сестринского дела.

Команда из активных молодых специалистов – студентов медицинского колледжа, сотрудников реабилитационного центра «Надежда», а также сотрудников всех подразделений ГБУЗ ТО Областной больницы № 3, разработав дорожную карту, поставили задачи: активное взаимодействие медицинских работников во всех сферах деятельности с администрацией города, СМИ, топ-менеджерами крупных организаций, таких как «СИБУР», встреча с профсоюзными лидерами г. Тобольска, пиар мероприятия, проведение обучающих семинаров, тренингов и т. д.

Проведенные мероприятия: обучение специалистов стационара, ССМП, Перинатального центра и поликлиники по надеванию и снятию средств индивидуальной защиты в условиях работы моноинфекционного госпиталя с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Обучали население правилам гигиены рук – ролик «Оказание первой помощи», созданный Денисом Сандрак, фельдшером скорой помощи, набрал 6446 просмотров. Проведено тестирование и анализ результатов. Был снят видеоролик с самопрезентацией каждого участника КАЕФ. Проведено обучение «Школа общественного лидера пиар отдела компании «Сибур»».



В ГАПОУ ТО «Тобольский медицинский колледж им. В. Солдатова» в «Челлендже» состоялась встреча с лидерами общественных организаций г. Тобольска: председателем ТГСО профсоюза работников здравоохранения РФ Ширяевой О.А. и руководителем Тобольского отделения молодежной общественной организации «Молодая гвардия» Жарновским А.В. В мероприятии «Общественные объединения в контексте современного развития молодежи» приняли участие студенты 23-й группы специальности «Сестринское дело» и медицинские сестры Тобольского филиала ГБУЗ ТО «ОК-ПБ» (филиал № 2). В своем выступлении Ширяева О.А. и Жарновский А.В. рассказали слушателям о роли своих организаций в развитии и укреплении молодежной политики и проектной деятельности, формировании активной жизненной позиции.

Клиническая больница «РЖД – Медицина» (г. Тюмень) избрала основным направлением в реализации проекта правильное питание в пути следования. Все планы по этому направлению, к сожалению, сдвинулись на неопределенный срок, до стабилизации ситуации по коронавирусу. А пока проведена спортивная эстафета, в которой приняли участие две команды молодых специалистов.

Вот это пока все, что мы порознь и сообща успели сделать в рамках Международного проекта «Найтингейл Челлендж». Кроме того, все медицинские организации Тюменской области активно принимали участие во Всероссийском конкурсе «Голос медицинской сестры», в акции, посвященной чествованию медицинских сестер в онлайн-формате, флэшмобе под хештегами #Скажи_спасибо_медсестре, Я медицинская сестра.

То, насколько интересна и насыщена жизнь молодых специалистов в возрасте до 35 лет, зависит лишь от них самих. Когда, как не в молодости, есть возможность проявить себя? Быть активным и позитивным молодым человеком – значит уже сегодня закладывать фундамент полезной многогранной жизни. Именно инициативная молодежь с лидерскими качествами будет опорой государства, станет источником развития современной конкурентоспособной инновационной экономики и создаст стабильное благополучное общество.

Спасибо тебе, «Найтингейл Челлендж»!



Дезактив-Гель

АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО

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

ОПИСАНИЕ

Готовый к применению гель в виде прозрачной вязкой жидкости.

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

СОСТАВ

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

НАЗНАЧЕНИЕ

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

Срок годности средства—3 года.



ПРИМЕНЕНИЕ

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

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

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

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

МИКРОБИОЛОГИЯ

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



ЭКСПРЕСС-ЗАЩИТА ОТ ВСЕХ ВИДОВ ВИРУСОВ «МЕДИЛИС® - АСЕПТ»

ГОТОВЕ К ПРИМЕНЕНИЮ КОМБИНИРОВАННОЕ
ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕЕ СРЕДСТВО + КОЖНЫЙ АНТИСЕПТИК

ОБРАБОТКА :

- РУК
- ПОВЕРХНОСТЕЙ В ПОМЕЩЕНИЯХ
- ПРЕДМЕТОВ
- ОБОРУДОВАНИЯ

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

RU.77.99.88.002-E.008854.09.15 РЕКЛАМА

КОЖНЫЙ АНТИСЕПТИК
ДЕЗИНФЕКЦИЯ ПОВЕРХНОСТЕЙ



ГОТОВЫЙ
РАСТВОР

гигиеническая и хирургическая обработка рук
обработка операционного поля
обработка инъекционного поля
обработка локтевых сгибов
профилактика рез.

WWW.MEDILIS.RU