

# ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 4/48 2020



**В ЧЕСТЬ 75-ЛЕТНЕЙ ГОДОВЩИНЫ  
ПОБЕДЫ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ  
ВОЙНЕ: Скверу Памяти медицинских  
работников – быть!**



**стр. 24**

**Профилактика и купирование  
постдонационных реакций  
при донорском аферезе**



**стр. 12**

**Лазерная коррекция зрения  
у подростков:  
задачи медицинской сестры**



**стр. 20**

**Безопасность медицинской  
сестры – безопасность  
пациента**

МИР СПАСЕТ ЧИСТОТА



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

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

www.lysoform.ru



«Я горячо приветствую медицинских сестер и акушерок. Это ваш год! Но вы были так заняты, что я решил продлить его в Европейском регионе. Мы преодолеем COVID-19 и обязательно отметим Ваш праздник».

**Региональный директор ВОЗ-ЕВРОПА, д-р Ханс Ключе**

Уважаемые коллеги, дорогие читатели «Вестника»!

Очередная наша встреча проходит в сложный период второй волны пандемии коронавирусной инфекции. Данные по новым случаям инфекции вновь заметно растут, а лидеры ассоциаций вновь и вновь отправляются в «красную» зону.

За эти тяжелейшие месяцы мы многому научились – тысячи специалистов приобрели знания и опыт работы в условиях инфекционного стационара, ношение СИЗ стало обыденным, но ничуть не менее тяжелым, мы осознали, что пандемия – это надолго, и надо возвращаться к решению тех вопросов, которые были отложены и поставлены на паузу. Возобновились учебные занятия, вернулись к работе и аккредитационные комиссии, в которых задействованы сотни представителей и активных членов ассоциации.

Жизнь продолжается с одной важной поправкой – все события, встречи, конференции идут теперь в уже ставшем привычным онлайн формате. Исключением не стали и важнейшие политические события этого лета. Еще в июне мы приняли участие в онлайн-брифинге Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения. Нас, медицинских сестер, пожалуй, впервые пригласили к обсуждению пятилетнего плана работы организации. Вслед за событием и по просьбе Регионального директора ВОЗ мы подготовили детальные письменные комментарии, – мы надеемся, что в работе с национальными органами управления здравоохранением ВОЗ будет уделять внимание задачам развития сестринского дела, анализировать преимущества разных моделей организации помощи, содействовать тиражированию наиболее эффективных из них, ведь мы с Вами знаем, что во многих странах залогом успеха являются

именно сестринские и акушерские модели оказания помощи. Мы также надеемся, что Европейское бюро ВОЗ будет демонстрировать значимость инвестиций в сестринское профессиональное образование, в программы лидерства для специалистов сестринского дела, отстаивать важность привлечения медицинских сестер к диалогу и участию в обсуждении важнейших программ и реформ здравоохранения. У нас уже есть свидетельства того, что ВОЗ привержена поддержке нашей профессии: на состоявшемся в начале сентября совещании министров здравоохранения региона – 70-й сессии Регионального комитета ВОЗ – директором бюро было озвучено решение о продлении Международного года медицинской сестры и акушерки до декабря 2021 года! Д-р Ключе отметил, что вклад медицинских сестер и акушерок в оказание помощи должен быть отмечен новым моральным и материальным будущим.

Буквально со дня на день мы ждем специального обращения д-ра Ключе к профессиональному сообществу России по случаю старта в нашей стране глобальной кампании «Сестринское дело сейчас». Мы отложили это событие до лучших времен, но пришли к пониманию, что откладывать действия бесконечно просто нельзя, мы слишком долго ждали, чтобы теперь потерять хотя бы еще один год, месяц, день.

Прошедшим летом, несмотря на эпидемические ограничения и сохранение особого режима, мы возобновили диалог с Минздравом России о будущем профессии. Точнее, мы его и не прекращали, только акценты нашего взаимодействия на несколько месяцев сменились с долгосрочных целей развития на подготовку документов и решений, которые были нужны здесь и сейчас. Эксперты РАМС приняли участие в создании специального документа, упрощающего допуск к практике специалистов с длительным перерывом в стаже, готовили обращения в связи со сложными вопросами соблюдения государственных гарантий в отношении задействованных в противостоянии COVID-19

специалистов. В период пандемии на счету каждый работник.

Теперь мы возвращаемся к прежнему диалогу и видим стремительные изменения и особое внимание со стороны ведомства, – регулярные встречи на высшем уровне, специальные поручения, брифинги и пресс-конференции с участием РАМС. Буквально за несколько недель по одному из таких поручений Минздрава нами был подготовлен и реализован целый проект, приуроченный к Всемирному дню безопасности пациента. В сотрудничестве с Институтом качества медицинской помощи Росздравнадзора мы провели крупнейшую онлайн-конференцию по вопросам безопасности медицинской помощи, разработали информационные плакаты по безопасности пациентов и персонала и разослали их в каждую региональную организацию. Общий тираж впечатлил многих – 80 тысяч плакатов, это заметная, даже по масштабам нашей необъятной страны, работа.

Возвращаемся мы и к творческим курсам, – еще в начале года мы объявили, что 2020 год столь символичен, что давно назревшая идея провести вокальный конкурс «Голос медицинской сестры России» просто обязана быть реализована. В работу включились многие, в отдельных регионах прошли собственные этапы, конкуренция была высока – до 30 специалистов состязались в таланте заворочить свои голосом и тронуть за сердце. Работы победителей собирались в течение нескольких месяцев – пандемия помешала сделать качественные записи вокальных партий. Но все-таки и это нам удалось. Остаются считанные дни до того, как мы получим заключение профессионального жюри и увидим имена победителей!

Дорогие коллеги, как бы ни было тяжело, старайтесь идти вперед и расти, радовать себя и окружающих коллег – ваша профессия этого ждет и заслуживает. Мы с гордостью представляем вам очередную выпуск журнала, который создан благодаря вам – замечательным, активным, знающим и готовым делиться своим опытом специалистам!



**На обложке:** участники создания Сквера Памяти в честь медицинских работников Великой Отечественной войны, г. Тюмень

## СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ	
Защитить здоровье – защитить жизнь.	стр. 3
Скверу Памяти медицинских работников Великой Отечественной войны – быть	стр. 5
КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Лекарственная безопасность	стр. 17
Профилактика и купирование постдонационных реакций при донорском аферезе	стр. 24
Проблемы грудного вскармливания в период пандемии	стр. 34
Задачи медицинской сестры при проведении лазерной коррекции зрения у подростков	стр. 32
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ	
Вклад Ассоциации медицинских сестер России в развитие профессии. Интервью с президентом РАМС	Стр. 8
ГЕРОИ ПРОФЕССИИ	
Медицина – это мое	стр. 4
Covid-19: Опыт перепрофилирования многопрофильного стационара	стр. 21
ИННОВАЦИОННАЯ ПРАКТИКА	
Результаты работы пациентоориентированной 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
ВОЗ рекомендует – пример реализации роли медицинской сестры специалиста по семейной медицине в Словении	стр. 14
Расширение роли фельдшера в условиях смарт-ФАПа	стр. 6
Опыт применения медицинской сестрой различных видов ручного пособия при проведении колоноскопии	стр. 26
Перераспределение функций на уровне стационара: роль клинической медицинской сестры	стр. 29
Включение медицинских кабинетов общеобразовательных организаций в «Цифровой контур»	стр. 37

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 26.10.2020. 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 Ф.И.О. автора, должности, учреждения, контактных данных, фотографией автора, иными иллюстрациями в виде отдельных файлов JPEG по электронному адресу: [RNA@medsestre.ru](mailto:RNA@medsestre.ru)

## 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](mailto:julia@medsestre.ru) Подробная информация о подписке и размещении публикаций – на сайте РАМС: [www.medsestre.ru](http://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](mailto: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»

# ЗАЩИТИТЬ ЗДОРОВЬЕ – ЗАЩИТИТЬ ЖИЗНЬ



**Татьяна Витальевна ЁЖИКОВА**

Главный внештатный специалист  
по сестринскому делу МЗ ДНР



Уже в течение нескольких лет медицинские сестры Донецкой Народной Республики являются индивидуальными членами Ассоциации медицинских сестер России, – принимают участие в очных и онлайн-конференциях, реализуют масштабные акции, и 2020 год не стал исключением, с одной только оговоркой – пандемия COVID-19 не имеет границ, поэтому и новая инфекция стала предметом обучения населения.

В рамках проведения Всемирного дня здоровья, а также с целью предупреждения возникновения и массового распространения инфекции, вызванной COVID-19, среди населения на территории ДНР Центрами здоровья городов: Донецк, Горловка, Енакиево, Макеевка и медицинскими работниками учреждений здравоохранения Республики (городов: Донецк, Горловка, Енакиево, Макеевка, Докучаевск, Дебальцево, Ждановка, Иловыйск, Кировское, Снежное, Торез, Харцызск, Шахтерск, Ясиноватая, а также Амвросиевского, Старобешевского, Шахтерского районов), при активном участии городских и районных Советов медицинских сестер в городах и районах проведены многочисленные мероприятия.

В общественных местах, транспорте, торговых точках, банках, почтовых отделениях, подъездах жилых домов и в почтовых ящиках, библиотеках, Домах культуры и т.д. распространялись и размещались информационные материалы.

Материалы были разработаны по инициативе Министерства здравоохранения ДНР сотрудниками организационно-методического отдела и пресс-службы РЦЗ МЗ ДНР по мате-

риалам ВОЗ и МЗ ДНР при финансовой поддержке МККК и Центра развития Донбасса. Что такое COVID-19, кто находится в группе риска и как максимально защитить себя и своих близких от заражения, правила мытья рук, рекомендации для лиц старше 65 лет, а также для предприятий и организаций о том, как построить работу, чтобы обезопасить сотрудников в условиях пандемии, – все эти вопросы стали центральными для наглядных листовок и буклетов.

С населением в городах и районах была проведена информационно-просветительная работа. В акции «Здоровье для всех, здоровье для каждого» Республиканского центра профпатологии и реабилитации МЗ ДНР приняли участие 289 человек. В ходе акции правилам измерения АД обучены – 106 человек, впервые выявлены с повышенным АД – 21 человек, данные жители были направлены на консультацию к лечащему врачу; на амбулаторных приемах, в стационарах, на дому и в общественных местах проведены индивидуальные консультации, беседы на темы: гигиена рук, правила респираторного этикета, соблюдение мер предосторожности и правила самоизоляции при контакте с больным COVID-19 или тем, кто вернулся из стран, где зарегистрированы случаи заболевания коронавирусной инфекцией, – охвачено 4036 человек. Акцию борьбы с COVID-19 медики подкрепили листовками – «Коронавирусная инфекция COVID-19. Что нужно знать», «Коронавирусная инфекция. Как снизить риск заражения», «Как защитить себя от коронавируса», «О профилактике COVID-19 в общественных местах», «Как

правильно носить маску». С самого начала пандемии были запущены специальные аудиоролики, которые напоминали о рисках и правилах безопасности пассажирам транспорта.

В 11 МОУ города Харцызска были проведены тематические часы по профилактике COVID-19 с участием 739 человек. В акции Совета медсестер города Макеевка «Здоровье – это важно» приняли участие 4180 человек! Мы еще раз доказали, что сестры могут и должны вносить вклад в раннее выявление патологических состояний: впервые выявлено с повышенным АД – 194 человека, у четверых участников акции – повышенным оказался уровень глюкозы, у 13 человек – индекс массы тела. Сразу 215 человек были направлены на консультации к специалистам: к эндокринологу, невропатологу, кардиологу, терапевту.

В ходе акций специалисты не забывали и о физической культуре: в условиях самоизоляции важно поддерживать себя в хорошей форме – пятиминутки физкультуры стали замечательным дополнением к событиям и акциям в поддержку здоровья! А сами акции тем временем продолжают – новая коронавирусная инфекция все никак не отступает, значит и медики должны быть на страже и напоминать населению о правилах безопасности в это непростое время!

Главой Донецкой Народной Республики Д.В. Пушилиным были отмечены ведомственными наградами 230 специалистов сестринского дела за проявление ответственности и гуманности при оказании медицинской помощи больным новой коронавирусной инфекцией. В целом, подготовка к работе в условиях пан-

**2** июля состоялось торжественное мероприятие – награждение медицинских работников «Кованая роза, спасибо медикам в борьбе с COVID-19». Розы были сделаны руками кузнецов Донбасса, отмечено 50 медицинских специалистов. Примечательно, что среди них 25 медицинских сестер! К сожалению, два фельдшера – Коссе В.А. и Ковалева С.В. к наградам Донецкой Народной Республики представлены по-смертно. Награды были вручены родственникам.



демии велась в глобальных масштабах – к 16 июля 16284 специалистов прошли обучение по темам: «Клиника, лечение, диагностика COVID-19», «Правила ухода за пациентами на дому», «Противоэпидемические мероприятия, утилизация отходов».

Уже с 20 марта в Республике была организована «Горячая линия» – в адрес республиканского внештатного специалиста по сестринскому делу поступило 235 обращений от главных и старших медицинских сестер (вопросы по утилизации масок, надевание и снятие СИЗ, инфекционному контролю).

Все медицинские организации были обеспечены плакатами, информирующими о правилах безопасности и работы в условиях пандемии, общий тираж составил 280 тысяч экземпляров! Республиканскими внештатными специалистами по лабораторной диагностике Колесниковой Т.И. и сестринскому делу Ёжиковой Т.В. был подготовлен видеоролик по взятию мазка на коронавирусную инфекцию, – специалисты всесторонне были обеспечены материалами для тестирования населения.



**В** конце июня 2020 года выпускники Всеволожского филиала Центра непрерывного профессионального медицинского образования Ленинградской области получили дипломы. В числе вчерашних студентов диплом о присвоении квалификации «медицинский брат» получил Евгений Соловьев. Все годы обучения Евгений совмещал с работой санитаром в транспортной бригаде нашей больницы. А с началом пандемии молодой человек, выполняя свой профессиональный долг, трудится в Морозовской ГБ в отделении, где лечатся пациенты с COVID-19. Евгений Соловьев рассказал о том, почему выбрал эту профессию: «Я из технической семьи. Мои братья и отец – инженеры, и в 16 лет я думал, что пойду по их стопам. Я выбрал техническое образование, энергетическое, но оказалось, что это было ошибкой. В какой-то момент мне стало просто не интересно, и свои отношения с энергетикой я закончил. На тот момент мне было 20 лет, нужно было устраиваться на временную работу, помогать семье, пока я не решил, чем заниматься дальше по жизни. Соседка моя работала санитаркой в приемном отделении Всеволожской больницы. Она и предложила мне пойти поработать санитаром. А что, подумал я, очень удобно, недалеко от дома, работа сменная. Поработаю до лета, пока не начнется новый прием в вузы, авось, подумаю, куда мне дальше идти.

Я помню свой первый рабочий день: работа оказалась очень тяжелой,

и даже больше не с физической, а с психологической стороны. Я подумал, что это точно не мое, и в первый же день написал заявление на увольнение. Отговорила меня главная медсестра больницы Наталия Алексеевна Павлова. Она сказала – дай работе шанс! Ты втянешься, привыкнешь, тебе понравится! Я не верил, но все же решил попробовать еще раз. И правда, с каждой сменой становилось легче, интереснее. Один день в приемном отделении стоил всей моей учебы на энергетика! Уже через три смены я порвал заявление и больше о нем не вспоминал. Спустя некоторое время я понял, что хочу связать свою жизнь с медициной и не важно, в каком качестве – медбратом, фельдшером, врачом, – я просто хочу помогать людям. Мне нужно было стать медработником. Я пришел к Наталии Алексеевне и спросил, может она мне с этим помочь? Решение нашлось – поступить в наш медицинский колледж. Я незамедлительно начал готовиться к поступлению. Работал и учился одновременно. С одной стороны, это тяжело, с другой – многие знания я получал на практике, от докторов, медсестер, фельдшеров. Меня обучали сестринским манипуляциям, старшая медсестра приемного отделения Ламара Ивановна рассказывала мне про стандартизацию в нашей работе, СОПы (стандартные операционные процедуры), как правильно их выполнять, какую документацию вести.

Весной 2020-го, еще не закончив учебу, я ушел работать в Морозовскую городскую больницу, которую перефилировали под ковидный стационар. Здесь очень много работы, я ощущаю свою нужность, помогая пациентам, но каждый день я жду окончания пандемии, чтобы вернуться назад, во Всеволожскую больницу, которая стала мне родным домом. За 4 года работы в приемном отделении я сам не заметил, как коллеги стали друзьями, а потом семьей.

Передо мной открыты многие дороги, я могу стать анестезистом, рентгенолаборантом, массажистом, фельдшером, врачом. Я пока не сделал свой окончательный выбор, не буду спешить. Одно я знаю теперь точно: медицина – это мое!»

# Скверу Памяти медицинских работников Великой Отечественной войны – быть!

ОБРАЗ ВОЕННОГО МЕДИКА ВРЕМЕН ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ НАВЕЧНО ОСТАНЕТСЯ ОЛИЦЕТВОРЕНИЕМ ВЫСОКОГО ГУМАНИЗМА, МУЖЕСТВА И САМООТВЕРЖЕННОСТИ. ЛЮДИ, ПРОЯВИВШИЕ В ТЯЖЕЛЫЕ ВОЕННЫЕ ГОДЫ ВЫСШЕЕ МИЛОСЕРДИЕ И ПАТРИОТИЗМ, ДОСТОЙНЫ, ЧТОБЫ О НИХ ПОМНИЛИ В ВЕКАХ...

■ Янминкуль И.

Пресс-секретарь ТРОО ТОПСА

Мероприятие по посадке деревьев в честь медицинских работников Великой Отечественной войны (ВОВ), запланированное медицинскими сестрами, членами ТРОО ТОПСА на 2 сентября 2020 года, должно было состояться в любую погоду. Просто не могло быть никаких преград, что смогли бы помешать осуществить это благое дело! Сложно передать ту степень благодарности нашим землякам – медицинским работникам разных рангов и званий, борющимся в годы ВОВ за торжество человеческой жизни над смертью, за наше мирное небо, за нашу свободу, за нашу неделимую родную землю, которую они отстояли у вероломных захватчиков. День 2 сентября, по сути, не был случайным, ведь, несмотря на то, что Днем Победы считается 9 мая, последним днем войны было 2 сентября...

Благодаря тюменским медицинским сестрам, акушеркам, фельдшерам, развивающийся быстрыми темпами, плотно застраивающийся высотными многоэтажками, как лесными грибочками, квартал города Тюмень – Новый Мыс станет еще красивее и современнее. Результат их труда будет налицо лет через пять, когда практически на пересечении двух улиц, в 200 метрах от школы густо зацветут нежно-розовым цветом яблоньки, с любовью посаженные нежными руками медицинских сестер в стройные ряды в 75-летнюю годовщину со Дня Победы в Великой Отечественной войне. Мы ждали эту годовщину, тщательно готовились, но не смогли осуществить в полной мере все задуманное из-за нагрянувшей пандемии коронавируса.



манное из-за нагрянувшей пандемии коронавируса.

Необходимые орудия труда – лопаты, ведра для полива каждый принес с собой. Сто декоративных яблонек, которые в дальнейшем предстоит стать рослыми стройными деревцами, были выбраны и приобретены в питомнике председателем Правления Тюменской областной сестринской ассоциации Раисой Михайловной Куликовой. Чтобы работа кипела в хорошем темпе, из динамиков звучала патриотическая музыка, о которой также заранее позаботились организаторы. Несмотря на сгущающиеся на небе тучи, настроение у всех было приподнятое, каждый хотел принять участие в большом общем деле, ведь война коснулась каждой семьи. Корпоративная атрибутика: куртки, шарфы, кепки с эмблемами ассоциации еще более спланивали, подчеркивая важность задачи, поставленной перед большим коллективом коллег-единомышленников.

На торжественной церемонии посадки яблоневого сквера приняли участие 127 медицинских сестёр Тюменской области. На мероприятии присутствовала Логинова Наталья Валерьевна, директор Департамента здравоохранения Тюменской области, Верхованцев Юрий Викторович, начальник управления по административной работе Управы Ленинского административного округа администрации г. Тюмени и, конечно же, Куликова Раиса Михайловна, председатель Правления ТРОО ТОПСА. Каждый из них произнес трогательные слова о медицинских работниках, спасавших на передовой из-под вражеских пуль раненых бойцов.

Нельзя недооценивать и огромный вклад медицинских работников, отвоёвывавших жизни тяжелораненых солдат в тылу, в госпиталях. Перед медицинской в первую очередь стояла задача: «Каждый возвращенный в строй воин – это наша победа. Это победа воинской части, в ряды которой вернулся ста-

**Средняя продолжительность жизни санинструктора на передовой в 1941 году составляла 41 секунду.**

рый, уже закаленный в сражениях воин». Борьба за жизнь раненого началась сразу на поле боя. Раненых выносили из-под бомбежки, пулеметного или артиллерийского обстрела на плащ-палатках, на собственных плечах, волоком, ползком. И первую помощь истекающим кровью оказывали чаще всего под обстрелом медицинские сестры! Сухие статистические данные военной поры говорят, что в период войны смертность медработников была на втором месте после гибели бойцов стрелковых подразделений на полях сражений. Средняя продолжительность жизни санитаров на передовой в 1941 году составляла 41 секунду.

Военные врачи и медицинские сестры проявляли мужество и высокую самоотверженность во имя спасения раненых, с их помощью в строй было возвращено 72,3% раненых. Это более 10,2 млн человек. Из госпиталей в свои части вернулись 90,6%, или более 6,5 млн солдат и офицеров. Подобных успехов не знала ни одна из медицинских служб воюющих стран. Медики спасали жизни бойцов, облегчали страдания, возвращая солдата снова в строй. Это они сутками не отходили от операционного стола, лечили, несмотря на нехватку бинтов и медикаментов. В целом же труд медиков по своей результативности во многих случаях можно приравнять к выигрышу крупнейших сражений! Надо с гордостью учесть тот факт, что в годы ВОВ не было зарегистрировано ни одной инфекционной вспышки в госпиталях. Это все на их счету – скромных героев

войны, осененных Красным Крестом. Благодаря мужеству и отваге 47 медицинских работников получили звание Героя Советского Союза. Большинство получили звание посмертно. Среди них были и наши земляки. Разве можно об этом забыть?

София Лондаридзе, старшая медицинская сестра ОКБ № 1 прочла берущие за душу стихи Роберта Рождественского «Реквием»: «Помните, через года, через века помните...» Притихшие, замершие от пронзительных слов, медицинские сестры, фельдшера, акушерки внимали каждому слову поэтического произведения. Красные гелиевые шары, олицетворяющие символ Красного знамени – частицы Родины, за которую шли в бой и гибли наравне с бойцами медицинские работники, взмыли в пасмурное тюменское небо, выражая нашу Благодарность, нашу Память и нашу Гордость!

Честь заложить в сквере первое деревце выпала высоким гостям. Но погоде не прикажешь, у нее на все свой резон. Последние яблоньки высаживались уже под проливным ливнем с крупным градом. Да разве напугаешь сибирячек дождем? Может быть, наоборот, это был знак Божьей благодати, чтобы молодая поросль лучше прижилась.

Солдаты Победы, медики фронтовой поры подарили всем нам будущее, нашу жизнь! Самое малое, что мы можем сделать в ответ, это помнить, чтить и передавать эту память из поколения в поколение.

А Сквер Памяти по весне будет ежегодно радовать жителей Нового Мыса нежным розовым облаком цветов и свежим жизнеутверждающим ароматом, а в жаркий полдень укрывать от зноя. Люди, прогуливаясь по скверу, будут с благодарностью вспоминать сестринскую инициативу, осуществленную в 75-летнюю годовщину Великой Победы. Медицинские работники взяли шефство над территорией сквера с молодыми саженцами и торжественно поклялись, что будут ухаживать за своим детищем – Сквером Памяти, обрабатывая деревца от вредителей и сорняков, содержать территорию в чистоте, регулярно проводя субботники. Пусть добрые дела и дальше свершаются во всех регионах нашей необъятной Родины. Ведь история – это часть и нашей жизни тоже. Пока мы помним – они живы!

## Фельдшеры Шаг в новое вр

Дарья РОВБУТ

Пресс-служба ОБ № 15, г. Тюмень

«Я никогда не хотела переехать в город навсегда, – рассказывает Елена Нагорняк, фельдшер ФАПа с 15-летним стажем. – Получить там образование – это да. Но жить? Зачем, если есть родной дом. Все мои близкие, все, кого я знаю с самого детства, живут в деревне Красный Яр Нижнетавдинского района Тюменской области. Я хочу быть с этими людьми каждый день. Здраваться по десять раз на дню, ходить по одним улочкам, шумно и весело отмечать праздники. А еще помогать им, чем могу. Для этого я стала медицинским работником».

Обеспечение сельской местности кадрами – важное дело. Особенно, когда эти кадры – местные. И с охотой возвращаются домой. Но для эффективной работы фельдшеру на селе многое нужно. Например, настоящий ФАП. Размещенный не где-нибудь в детском садике или здании местного клуба. А в подходящем именно для оказания медицинской помощи помещении, построенном в соответствии со всеми нормами. И оборудованном не хуже, чем городская поликлиника. А еще, со всеми коммуникациями. И речь не о водопроводе и электричестве, которые необходимы по умолчанию, здесь даже и говорить не о чем. Речь о телефонной связи и... сети Интернет.



# ФАПов делают теперь

Ведь без коммуникаций невозможна качественная работа так называемых smart-ФАПов. Эти модульные медицинские комплексы – новое слово в сельской медицине. И гарантия качественного здравоохранения, которого жители деревень и сел заслуживают не меньше всех прочих.

В рамках нацпроекта «Здравоохранение» по всей России сейчас возводят smart-ФАПы. Причем именно там, где они больше всего нужны, – в районных населенных пунктах. И жителям тех сел и деревень, где они уже появились, больше не нужно по всякому поводу добираться на автобусе до больницы десять, двадцать, пятьдесят, а то и семьдесят километров.

В Нижнетавдинском районе Тюменской области только за это лето возведут шесть таких smart-ФАПов: в поселках Карагандинский, Тукман и Торгили, деревнях Красный Яр и Новопокровка и селе Конченбург. А всего телемедицинские технологии используют фельдшеры двух десятков ФАПов района.

Так чем же эти новые медицинские комплексы кардинально отличаются от прежних?

«Как раз доступом к телемедицине, – объясняет Олег Фалалеев, заве-

дующий направлением ФАПов областной больницы № 15. – То есть, конечно, они еще и оборудованы согласно всем современным требованиям. В них есть вся медицинская техника, включая электрокардиографы, экспресс-анализаторы количества холестерина и сахара в крови и так далее. Все, что требуется для грамотной и всесторонней диагностики состояния пациента. Но не менее важно и то, что сельский фельдшер больше не один. Он в любой момент может передать данные, полученные при помощи диагностической аппаратуры, по беспроводной связи. И получить консультацию коллег – хоть кардиолога, хоть невролога. А ведь мало что может заменить ценное и, главное, своевременное мнение специалиста».

Достаточно поговорить с жителями сел и деревень, где smart-ФАПы уже появились, чтобы понять, люди оценили эти новые возможности.

«Раньше мне приходилось ездить к кардиологу в Тюмень в областную больницу № 1, – рассказывает 70-летняя Лидия Белослудцева из села Тюнево. – Это далеко, и дорога часто оказывалась тяжелой. Я успевала накрутить себя, разволноваться... Совсем другое дело, когда приходишь в ФАП и прямо здесь за 15 минут получаешь от специалиста ответы на все тревожившие тебя вопросы! Это же совсем другое дело!»

Да, да! Консультироваться фельдшеры ФАПов могут не только с коллегами из своей больницы, но со специалистами из клиник в областной столице.

«Более того, мы практикуем и онлайн-консультации пациентов с профильными врачами, – продолжает рассказывать Олег Фалалеев. – Житель села записывается на прием. Но вместо того, чтобы час трястись в автобусе, добираясь до районного центра (или еще дальше – до областной столицы), просто приходит в свой ФАП. И вместе с лечащим его фельдшером садится перед монитором компьютера. А, скажем, кардиолог, заранее ознакомившись и с медицинской картой пациента, и с результатами его анализов, задает вопросы, анализирует состояние и дает рекомендации. Таким образом можно, скажем, скорректировать лечение хронического больного.

Или, напротив, поставить диагноз впервые, назначив максимально подходящую терапию».

Конечно, новые информационные технологии – не волшебная палочка, которой достаточно взмахнуть, чтобы тыква превратилась в карету, а мыши – в кучера и лакеев. Ими нужно сперва научиться пользоваться. И этому вопросу администрация ОБ № 15 уделяет самое пристальное внимание.

«Наши фельдшеры не только проходят соответствующее обучение, но и после него всегда могут рассчитывать на поддержку профильных специалистов больницы, – рассказывает главный врач Анатолий Смоляренко. – Если что-то где-то осталось непонятым, к фельдшеру приедут, еще раз объяснят и наглядно все покажут прямо на его рабочем месте. Мы все понимаем, люди разные. Навыки владения персональным компьютером тоже неодинаковые. В этом нет ничего страшного. Главное – желание научиться».

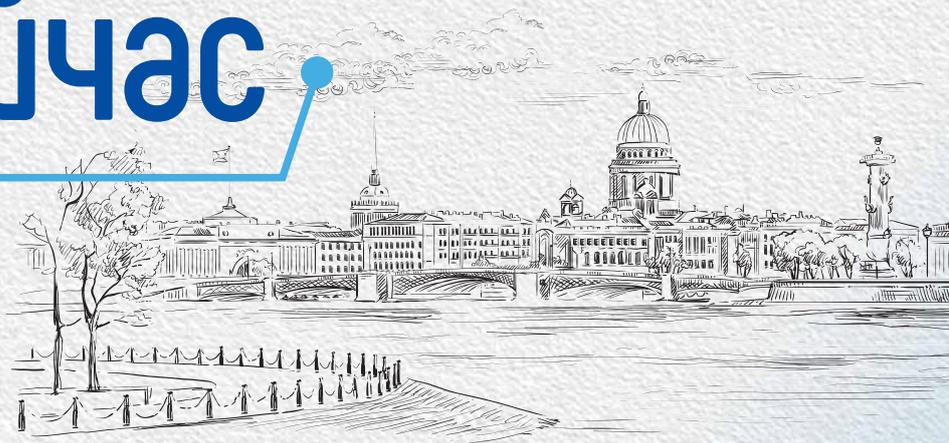
Впрочем, по словам Анатолия Михайловича, желание-то как раз имеется. Оценить пользу, которую приносит телемедицина, может каждый. Поэтому даже фельдшеры старшего возраста бестрашно берутся за незнакомое дело, компенсируя усердием отсутствие привычки к технике. И справляются! Лишь бы интернет работал без сбоев. Но решением этого вопроса занимается администрация Нижнетавдинского района. И, судя по результатам, занимается всерьез.

«Конечно, тем, кто привык вести бумажные медицинские карты, сначала сложно привыкать к новым электронным базам данных. Да и вообще к работе за компьютером, – говорит фельдшер деревни Красный Яр Елена Нагорняк. – Но посмотрите вокруг. Все же сейчас цифровое. Хоть в банке, хоть на почте. Мы в магазинах без денег рассчитываемся, карточки к терминалам прикладываем. Если эта тенденция так глубоко вошла в нашу жизнь, разве может медицина отставать? Мы же людей лечим. Мы должны быть всегда в ногу со временем. Отстанем – кого-то не спасем. А новому учиться нам не привыкать. Медик всю жизнь учится. Значит, и телемедицину освоить нам по силам. Тем более, от нее столько пользы».





# Сестринское дело сейчас Россия



## ВКЛАД РАМС В РАЗВИТИЕ ПРОФЕССИИ



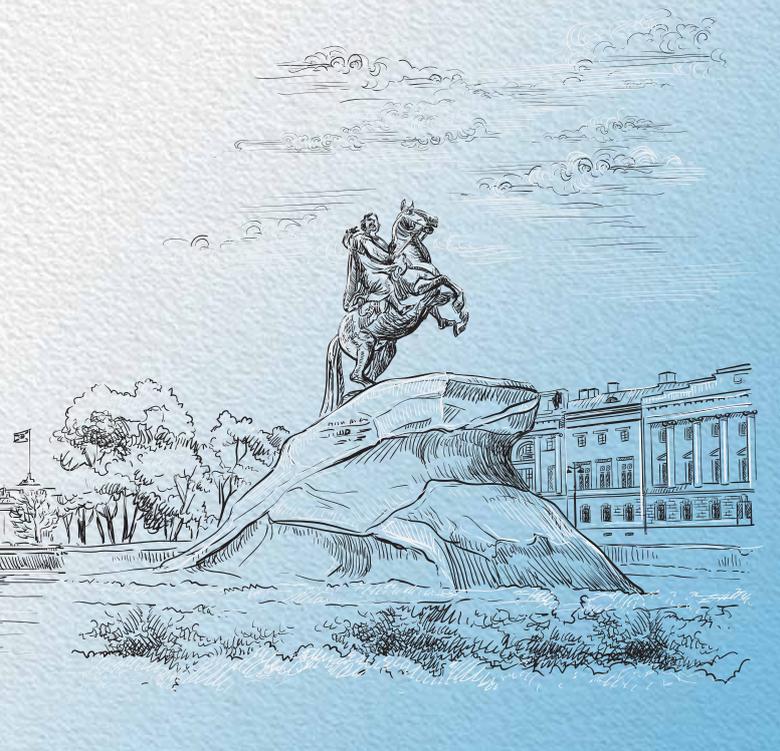
ИНТЕРВЬЮ С ПРЕЗИДЕНТОМ  
ОБЩЕРОССИЙСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ  
ОРГАНИЗАЦИИ «АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ  
СЕСТЕР РОССИИ», ПРЕДСЕДАТЕЛЕМ  
ЕВРОПЕЙСКОГО ФОРУМА НАЦИОНАЛЬНЫХ  
СЕСТРИНСКИХ И АКУШЕРСКИХ АССОЦИАЦИЙ  
В.А. САРКИСОВОЙ

– Валентина Антоновна, ВОЗ объявила 2020-й Международным годом работников сестринских и акушерских служб, РАМС заявила о вступлении в глобальную кампанию «Сестринское дело сейчас». Что это за инициативы, как они связаны и зачем нужны нам, медицинским сестрам нашей страны?

– «Сестринское дело сейчас» – это действительно глобальная кампания, в обсуждении которой мы приняли участие еще в 2017 году, а уже в 2018-м она стартовала и к настоящему времени объединила инициативные группы из более чем 100 стран. Все участники кампании сплотились вокруг единой цели – достойный статус профессии медицинской сестры и акушерки, статус, который отражает уровень подготовки, ответственности, компетенций, роли и вклада в оказание помощи пациентам, статус, который позволяет оказывать влияние на важнейшие решения, на конструкцию системы, в которой медицинские сестры и акушерки – основа и в кото-



**2020**  
**МЕЖДУНАРОДНЫЙ ГОД**  
**МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ**  
**И АКУШЕРКИ**



рой их голос так долго оставался не замеченным. Эта проблема волнует медицинских сестер во всем мире, точнее, до определенного времени волновала только медицинских сестер и акушерок. Но с приходом новых руководителей Всемирной организации здравоохранения, Европейского бюро ВОЗ, у нас появился реальный шанс заявить о себе.

Инициатива Международного года медицинской сестры и акушерки возникла в рамках глобальной кампании «Сестринское дело сейчас», была поддержана Всемирной организацией здравоохранения, дабы подчеркнуть значимость инвестиций в сестринское и акушерское дело. ВОЗ подкрепила особый статус года подготовкой доклада о состоянии сестринского дела в мире. Этот документ был создан впервые, к его подготовке были привлечены эксперты и представители национальных министерств здравоохранения, – в итоге мы впервые увидели текущее положение дел в профессии, основные статистические показатели, а ВОЗ сформулировала рекомендации для стран-членов в поддержку профессии и профессионалов. И глобальная кампания, и инициатива Международного года не были случайны – 12 мая 2020 года профессиональный мир отметил 200-летие со дня рождения Флоренс Найтингейл.

Мы, как и любая национальная ассоциация медицинских сестер, не могли стоять в стороне от столь важных инициатив, ведь общие цели кампании нам не просто близки, это те задачи, которые мы пытаемся решить многие годы.

План 2020 года был расписан буквально по неделям, а первым и самым значимым событием в нем значился старт кампании «Сестринское дело сейчас – Россия». В рамках крупнейшей в современной истории страны сестринской конференции мы планировали встречу со специалистами из России, спикерами и делегатами из более чем 20 стран

Европейского региона. Именно так должна была стартовать открытая дискуссия с Министерством здравоохранения, руководителями ВОЗ, экспертами Международного совета медсестер и ряда европейских профессиональных ассоциаций о роли медицинской сестры в современном здравоохранении. Мероприятие было намечено на 19 марта. Еще в надежде все-таки успеть провести мероприятие за несколько дней до старта мы получали приветствия из Женевского офиса ВОЗ от главной медицинской сестры организации, внося последние корректировки и меняя терминологию с эпидемии COVID-10 на пандемию. Но буквально накануне, 16 числа, было остановлено международное авиасообщение, а зарегистрированные российские участники конференции были призваны к экстренной реорганизации служб и подготовке к приему инфекционных больных.

Наше мартовское мероприятие не состоялось, но этот факт не отменил старта настоящего диалога с Министерством здравоохранения и нашего конструктивного общения в самые тяжелые месяцы пандемии, в том числе посредством поддержки сотрудников Минздрава в подготовке внеочередных правовых документов по допуску медработников к работе в особых условиях. А наше мероприятие все равно состоится, – теперь, к сожалению, только в онлайн-формате, что, тем не менее, не умалит высокого уровня и значимости события.

– **Валентина Антоновна, какие задачи были внесены в план кампании? Не помешала ли пандемия реализовать все намеченное?**

– Да, планов было действительно много, практически каждый шаг был нацелен на анализ и подтверждение готовности армии медицинских сестер, фельдшеров, акушерок сделать серьезный шаг в будущее профессии.

Так, мы планировали спроектировать матрицу сестринской практики, понять, какие же функции выполняют медсестры? За последние годы у нас накопилось достаточно данных о том, что диапазон профессиональных полномочий в российских клиниках может отличаться глобально. Сегодня мы обладаем знаниями об отдельных инициативах, локальных и региональных проектах – государственных или инициированных общественными организациями, которые наделили медицинских сестер новыми профессиональными полномочиями. Мы знаем, что в одних клиниках постановка ЦВК, дистанционное лечение пациентов с ТБ, МЛУ-ТБ, самостоятельный сестринский прием пациента и многое другое – доверяют сестрам; а в иных учреждениях медсестра рассматривается как безмолвный исполнитель, переадресующий пациента с его вопросами к лечащему врачу. Вот этот последний подход – это то, что тянет в прошлое, в десятилетия назад не только конкретную медсестру, но и всю профессию, всю систему оказания помощи. Не с таким багажом надо идти в медицину XXI века. Наша главная задача добиться того, чтобы роль медицинской сестры, акушерки, фельдшера, содержание их практики, определяли не отдельные инициативы, а государственная политика, заточенная на непрерывный рост и развитие профессии. Мы должны понять, какая медсестра нужна сегодня, какими компетенциями она должна обладать. Этот проект даст информацию, которая будет востребована во всех аспектах: как основа для профессионального образования, как система координат для построения

ния профессиональной образовательной траектории, как опорная база для процедуры аккредитации специалистов.

Тематически связаны с задачей определения новой роли специалистов сестринского дела проекты сбора новых примеров практики и сестринских исследований. Несмотря на захлестнувшую страну волну пандемии, специалистам удалось представить новые модели работы, подтвердив их данными о качестве, безопасности, высокой эффективности. Эти примеры уже представлены в адрес Минздрава России, многие были опубликованы в нашем «Вестнике», на сайте РАМС, доступны для всех заинтересованных специалистов.



ГАУЗ КО КГКП № 5, г. Кемерово – коллектив разрабатывает модель перераспределения полномочий

Одной из задач РАМС стало обновление Этического кодекса медицинской сестры России, – предыдущая редакция документа была подготовлена еще в 2010 году, и его актуальность для работы специалистов сегодня и завтра требует глубокого анализа сфер, где медсестра сталкивается с новыми моральными вызовами, нуждается в профессиональном совете. Этический кодекс – это самый живой и самый пластичный документ из всех нормативных документов. Призванный по сути своей отражать представления профессионального сообщества о самых важных этических проблемах сегодняшнего дня, он будет устаревать так часто, как часто появляются новые этические вызовы со стороны общества. Поэтому мы воспринимаем Кодекс почти как живое существо, близкое, понятное и растущее вместе с нами.

На первом этапе были сформулированы те принципы, которые лежат в глубинной философской основе профессии, те, которые никогда, ни при какой экономической ситуации, политической системе или череде масштабных бедствий не утратят своей значимости для нашей профессии – это традиции милосердия, сострадания, честности и уважения по отношению к пациентам; традиции порядочности и коллегиальности по отношению к коллегам, принципы непрерывного профессионального роста и критического осмысления собственных клинических возможностей – это для себя.

Могут меняться поколения, приходиться новые и исчезать устаревшие методы лечения, но фундамент философии и этики сестринского дела неизменен.

Совсем иначе обстоит дело с моральной оценкой тех этических коллизий, которые возникают как следствие измене-

ний в обществе. Мы подходили к 2020 году с четким пониманием: Этический кодекс требует доработки, следующей итерации, он снова вырос.

И прежде, чем мы назовем новые этические проблемы, – важная ремарка: впервые мы готовили новую версию в открытом информационном пространстве вместе со всем профессиональным сообществом. Первую версию написал наш друг, уважаемый профессор, но врач. Вторую редакцию составляла экспертная группа медицинских сестер. А вот третью редакцию – ту, которую нам еще предстоит представить, мы решили написать вместе со всей Ассоциацией, предложив на сетевых площадках РАМС высказаться каждому, кто имел замечания, дополнения, новые идеи. Около 1500 замечаний рассмотрели авторы Кодекса, прежде чем приступить к написанию новых дополнений.



Ключевые вопросы, сформулированные нами в начале 2020 года, касались в первую очередь развития сетевых технологий и их влияния на профессию медсестры. Влияния с точки зрения расширения профессиональных возможностей – возможностей получения информации, профессионального роста, общения с коллегами, консультирования пациентов, и с точки зрения новых видов этической ответственности, формирующихся с развитием цифрового пространства. Ну и еще одной областью этического осмысления должны были стать особые требования, которые в прозрачном мире цифрового пространства общество предъявляет к медицинским работникам.

Если бы не известные события, о которых мы уже сказали выше, мы бы презентовали новую редакцию Этического кодекса весной. Но пандемия внесла свои коррективы и в эту часть нашей работы. Моральное осмысление новой, абсолютно незнакомой современному человечеству планетарной угрозы потребовало времени и значительных усилий. Нам потребовалось дать моральную оценку работе в условиях высокого или неопределенного риска, моральному выбору между верностью профессии и ответственностью перед близкими и членами семьи, этическим конфликтам, возникающим при нехватке лечебных ресурсов и этического кризиса медицинского работника, стоящего на границе красной зоны без надлежащих защитных средств. Вероятно этот этап стал самым серьезным этическим испытанием для всего человечества со времён Второй мировой войны. И описанные про-

блемы должны найти свое отражение в основном документе, регламентирующем этическую сторону работы медсестры. Поэтому уже в этом году наши медицинские сестры получают новую редакцию Этического кодекса медицинской сестры России.

Мы давно планировали трансформировать традиционный подход к общению специалистов в формате очных конференций. Объединяя специалистов от Карелии до Владивостока, мы не могли не думать о создании равных условий и повышении доступности мероприятий РАМС для всех специалистов, независимо от места проживания и возможности приехать в столицы на очное мероприятие. Проект «Уходим в сети» задумывался как одна из флагманских и постоянных инициатив РАМС, направленных на повышение доступности образовательных мероприятий и профессионального общения коллег, и именно в 2020 году нам удалось совершить качественный рывок в этом направлении. В наших планах было проведение в течение 2020 года 12 онлайн-конференций по разным сестринским специальностям, и мы считали это достойным результатом. Однако пандемия и здесь изменила наши представления, для того чтобы сохранить универсальное информационное пространство, мы бросили все силы на развитие проекта сетевых конференций: 46 общедоступных онлайн-конференций проведено с 1 апреля и еще больше образовательных мероприятий открыты для регистрации и участия до конца этого года. Для развития проекта РАМС предоставил свои ресурсы трансляции всем региональным ассоциациям, так что сегодня и национальный офис, и каждая региональная ассоциация в составе РАМС получили возможность делиться наработанным интеллектуальным капиталом с членами организации практически в круглосуточном режиме. Для членов организации участие в таких мероприятиях доступно, где бы они ни находились! И мы понимаем, что впереди большая и интересная работа по расширению контента, которая даст новые знания специалистам и новый опыт наставникам и лекторам.

Оценив работоспособность РАМС, Министерство здравоохранения России поручило нам выполнение еще одного важного проекта, приуроченного к Всемирному дню безопасности пациента. Этот день был отмечен ВОЗ в календаре значимых дат совсем недавно – в 2019 году, однако его актуальность назрела давно. Пациенты страдают от системных и человеческих ошибок при оказании помощи, а сестры могут многое сделать для снижения рисков, связанных с получением медицинской помощи.

В рамках проекта нами были разработаны четыре информационных плаката. Тиражом в 80 тысяч экземпляров они были разосланы по всем региональным организациям, которые в свою очередь наметили акции и мероприятия в поддержку проблематики на местах. А мы по поручению Минздрава и совместно с Институтом качества медицинской помощи Росздравнадзора провели онлайн-конференцию, затронув самые болезненные вопросы оказания помощи.

Состоялся творческий конкурс, идея которого пришла давно и, наконец, была реализована. Медицинские сестры – не просто профессионалы, они обладают разными талантами и прекрасными голосами, проникающими прямо в сердце! Мы хотели услышать эти голоса, и сегодня члены



профессионального жюри подводят итоги первого в истории конкурса «Голос медицинской сестры России».

Вообще у наших медицинских сестер масса талантов – «Вестник» одно из подтверждений тому, – сколько замечательных статей пишут современные специалисты, практически на ходу осваивая работу журналиста, редактора. Есть у нас и поэтические дарования, ассоциации регулярно дарят нам минуты волшебства, заложенные в замечательные произведения медицинских сестер.

### Посвящение

#### «2020 МЕЖДУНАРОДНЫЙ ГОД МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ И АКУШЕРКИ»

Год медсестры и акушерки – двадцать двадцать.

Нам, наконец, вниманье и почет!

И можно было даже удивляться,

Поверив в чудо, может, повезет!

Увы и ах, не нам лежать на лаврах.

Увесистых наград не получать.

Мы снова в бой – и по закону жанра:

Лечить, учить и чью-то жизнь спасать!

Не «маленькие» люди в медицине,

Одни из самых массовых профессий!

И каждый день, как будто на витрине,

Мы под прицелом глаз, не фотосессий.

И наших лиц под масками не видно,

А наших дел за день не перечесть!

Нам капельку, конечно, и обидно

За праздник наш, но смысл в этом есть.

И мы не станем нарушать традиций,

К коллегам всем – с огромным уваженьем!

Лишь трудолюбием, без всяческих амбиций,

Профессии своей несем служение!

Нас пандемия и коронавирус

Не смогут ни расстроить, ни сломить!

И «руку помощи» протягивая миру,

Мы о себе готовы позабыть.

Наш год – и нам ли не почет?

Усталость – да, но и вниманье тоже.

«СПАСИБО ВАМ!» – весь мир произнесет,

И эта фраза ста наград дороже.

Тимофеева Елена, Омск.

12 мая 2020 года

С началом пандемии планы были серьезно скорректированы. С серьезной поправкой на пандемию наша работа пополнилась проектом, не реализовав который мы были бы не вправе считать себя профессиональной ассоциацией, – проектом «РАМС против COVID-19». В считанные часы после отмены своего очного мероприятия «Сестринское дело сейчас – Россия» мы приступили к созданию информационной базы для специалистов, чтобы познакомить их с теми бесценными знаниями, которые уже выработали наши зарубежные коллеги – они столкнулись с пандемией несколько раньше нас. Практически в круглосуточном режиме мы публиковали свежие рекомендации Минздрава, Федерации анестезиологов России, других профессиональных сообществ; переводили инструкции и рекомендации зарубежных организаций и наших коллег; ориентировали региональные организации на создание различных форм поддержки в адрес медицинских сестер; открыли доступ к участию в своих мероприятиях для всех специалистов, не ограничиваясь только членами РАМС; приглашали к партнерству территориальные органы Профсоюза работников здравоохранения и разъясняли сестрам их права в рамках гарантий государства, объявленных Президентом России. Это был наш ответ на вопрос, чем Ассоциация может и должна быть полезна своим членам в период тяжелых испытаний.



Мы просили о поддержке Минздрав и ни разу, я особенно подчеркну – ни разу не получили формального ответа. Мы видели, что руководство федеральным органом власти на стороне медицинских работников и готово их защищать!

И еще, планируя 2020 год, мы очень надеялись сказать спасибо нашим сестрам, акушеркам, фельдшерам. Эта акция не просто удалась, ее масштаб превзошел все ожидания. Спасибо были готовы сказать все – десятки известных в нашей стране деятелей кино, искусства и культуры и тысячи благодарных пациентов и их близких. И мы, присоединяясь к их голосу, хотим сказать всем нашим медикам – большое спасибо за ваш самоотверженный труд!

Нам хочется верить, что настоящий подвиг армии медицинских сестер не будет забыт с изобретением вакцины и спадом пандемии. В очередной раз хрупкие и женственные,

но сильные духом сестрички вытаскивали из «огня» пациентов, борясь плечом к плечу с врачами за жизнь каждого.

– **Каковы перспективы интеграции профессионального сообщества России в мировое сообщество практиков, экспертов, исследователей?**

– Еще лет 15–20 назад такой вопрос вообще не имел бы под собой никаких оснований. Но вслед за теми первыми шагами к сотрудничеству с зарубежными коллегами, к членству в международных организациях, которые были сделаны нами на рубеже 2000-х гг., сегодня мы приобрели статус партнеров множества национальных сестринских организаций.



Брифинг ВОЗ



Онлайн-совещание Европейского форума и ЕРБ ВОЗ

На протяжении последнего десятилетия нам, Российской ассоциации медицинских сестер, доверяют выполнение серьезных общеевропейских задач. Еще в 2013 году мы возглавили работу Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций, а эта работа предполагает постоянное взаимодействие с Региональным бюро ВОЗ; добились того, что сегодня голос и мнение сестринского и акушерского сообщества России и Европы востребовано при разработке важнейших документов ВОЗ. Так, летом этого года мы приняли

участие в брифинге организации и обсуждении пятилетнего плана ее развития, в ответ на просьбу Регионального директора ВОЗ представили подробные комментарии к программе, акцентируя внимание на важных для нашей профессии задачах, на том, чтобы организация поддержала оценку сестринских моделей оказания помощи в первичном звене, обратила внимание на роль специалистов в оказании помощи крупнейшим категориям пациентов с хроническими заболеваниями. Я думаю, что читатели со мной согласятся в том, что 5–10 лет назад мы не могли бы даже теоретически представить, что такое возможно!

Мы откликаемся на международные инициативы – одной из таких стало создание Альянса сестринских ассоциаций стран БРИКС. Форум альянса в прошлом году с огромным успехом прошел в Санкт-Петербурге – для нас важен опыт инвестиций в сестринское дело не только в странах Запада, но и в государствах, которые являются стратегическими партнерами России. А опыт серьезный – тысячи программ бакалавриата и сотни магистерских, докторских программ, курс на формирование роли самостоятельно практикующей медицинской сестры, реформы законодательства и практики с расчетом на медицинскую сестру, как ключевую фигуру первичного звена здравоохранения.

И, наконец, мы не стоим в стороне от глобальных проектов. Вместе со всем мировым сообществом мы вступили в глобальную кампанию «Сестринское дело сейчас», ту кампанию, которая сделала возможным признание 2020 года Международным годом медицинской сестры и акушерки. Мы гордимся тем, что в этом решении есть и наша заслуга, наш вклад.

Отдельный проект реализуется для молодежи – в 2019 году молодые специалисты нескольких регионов приняли вызов глобальной кампании «Найтингейл Челлендж», уже общаются и знакомятся с коллегами в режиме онлайн, открывают для себя и в своей профессии новые горизонты. Для нас важно, чтобы медицинские сестры нашей страны преодолели языковой барьер, как когда-то авиация преодолела звуковой барьер. Мы можем выполнять работу на достойном уровне, наши сестры могут проводить и проводят исследования, достойные высочайшего признания и внимания специалистов; наши практики дают такие примеры ра-

боты сестер, в том числе с помощью телемедицины, которые интересны многим коллегам в Европе и во всем мире. Мы уверены, что масштабная интеграция будет еще больше стимулировать специалистов к открытиям в своей работе, сделает профессию сильнее!

**– Среди ближайших мероприятий РАМС не только старт кампании «Сестринское дело сейчас – Россия, но и отчетно-выборная конференция. Каких решений Вы ждете от этого события?**

– В своей работе, в реализации тех или иных задач мы опираемся на мнение членов. Отчетно-выборная конференция – это событие, которое происходит раз в пять лет. Именно так мы можем оглянуться назад, оценить достигнутое и сообща наметить новые цели и маршруты движения.

За минувшие пять лет мы испытали ряд потрясений, – под административным нажимом и давлением несколько региональных ассоциаций вышли из состава РАМС. Но мир не рухнул, мы стали только сильнее. Сплоченная команда Правления и офиса РАМС удвоила и утроила свою активность.

Сейчас мы впервые проведем отчетно-выборную конференцию в онлайн-режиме, хотя уже многократно испытали его на заседаниях Координационного совета, некоторая доля волнения всегда сохраняется. Я очень надеюсь, что делегаты выберут отличное и работоспособное Правление, сформируют актив специализированных секций, число которых по нашим прогнозам увеличится и будет со временем расти. Только в этом году у нас появились секции медсестер урологической и офтальмологической службы, секция по истории сестринского дела. Мы обсуждаем вопрос о создании секции для руководителей, секции по вопросам образования. Узких направлений в сестринском деле действительно очень много, мы ищем «путеводные звезды» для каждого из них.

Для организации очень важно, чтобы лидеры, несмотря на расстояние, работали в тесной связке, реагировали на происходящее, откликались, спорили и убеждали друг друга, – только так рождается истинно верный путь большой и сильной общественной организации. Сегодня перед медицинскими сестрами открываются новые двери и возможности, и мы должны представлять профессию во всем ее многообразии, в каждом ее направлении.



«Найтингейл Челлендж»

# Роль медицинской сестры – специалиста по семейной медицине в ведении пациентов с неинфекционными заболеваниями в первичном звене медико-санитарной помощи в Словении



Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

Это тематическое исследование является частью серии тематических исследований, в которых рассматривается, как государства-члены разрабатывают новые роли для медсестер, работающих в первичной медико-санитарной помощи, для удовлетворения меняющихся потребностей населения в области здравоохранения. Тематические исследования призваны вдохновить и поддержать политиков, преподавателей, менеджеров и клиницистов в признании и усилении вклада медсестер в укрепление систем здравоохранения.

## Реферат:

В 2011 г. в Словении в состав команд семейной медицины была включена медицинская сестра – специалист по семейной медицине с задачей осуществлять профилактику неинфекционных заболеваний и борьбу с ними. Цель этого нововведения заключалась в улучшении профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и в распределении ответственности за это среди членов команды аким образом, чтобы это способствовало более целостному подходу к предоставлению высококачественной первичной медико-санитарной помощи при одновременном более активном участии пациентов в предоставляемой им помощи.

## Проблемы здоровья

Как и в большинстве стран Европейского региона ВОЗ, подавляющая часть бремени болезни (утраченных лет жизни) в Словении обусловлена неинфекционными заболеваниями (в 2017 г. 86%). В 2017 г. тремя ведущими причинами преждевременной смерти были рак, сердечно-сосудистые заболевания (болезни сердца и инсульт) и заболевания пищеварительной системы (хроническая болезнь печени и цирроз печени). Почти все факторы риска, способствовавшие преждевременной смертности (86%), были либо поведенческими, либо метаболическими, или теми и другими. На первом месте среди индивидуальных факторов риска было потребление табака – на его долю в 2017 г. пришлось пятая часть всей преждевременной смертности.

## Контекст первичной медико-санитарной помощи

Практики, или клиники семейной медицины входят в сеть учреждений, образующих систему первичной медико-санитарной помощи в Словении. Первичное звено медико-санитарной помощи в Словении включает широкий спектр служб, которые базируются в районных центрах здоровья. Поэтому первичное звено способно оказывать непрерывные и комплексные многопрофильные услуги как на индивидуальном, так и на популяционном уровне. Услуги первичного звена на индивидуальном уровне включают профилактику (укрепление здоровья, раннее выявление болезней) и диспансерное наблюдение и поддержка здорового образа жизни у людей с

отлаженным ведением хронических заболеваний), диагностику и лечение. На популяционном уровне услуги в основном направлены на укрепление здоровья, местные сообщества, мероприятия по обеспечению участия людей в программах скрининга и выявление уязвимых групп и индивидов и адаптацию подходов к работе с ними. Некоторые службы могут по собственному выбору организовываться в виде отдельно функционирующих, разрозненных клиник (вставка 1). Все службы, в том числе практики, функционирующие отдельно, работают по договорам с Фондом страховой медицины и действуют в составе системы общественного здравоохранения.

## Медицинские сестры в Словении являются одним из основных элементов системы оказания первичной медико-санитарной помощи

Медицинские сестры являются одним из основных элементов системы услуг первичной медико-санитарной помощи как на индивидуальном, так и на популяционном уровне. Они выполняют в первичном звене разнообразные, но четко очерченные функции. Медсестры являются важными членами команды семейной медицины, педиатрической команды, гинекологической команды и стоматологической команды. Они являются ключевыми сотрудниками в центре укрепления здоровья и участковой команды патронажной сестринской помощи. В первичном звене действуют высокопрофессиональные участковые бригады патронажной сестринской помощи. Помимо посещения на дому

## Вставка 1

Службы, расположенные на базе районных центров здоровья

- Клиника первичной помощи/ семейной медицины (для взрослых)
- Педиатрическая клиника (0-18 лет)
- Гинекологическая клиника
- Стоматологическая клиника (предоставление профилактических и лечебных услуг)
- Патронажная служба (сестринская помощь на дому)
- Трудотерапия
- Отделение неотложной помощи (в некоторых районных центрах здоровья)
- Центр укрепления здоровья
- Центр психического здоровья (в процессе восстановления; в настоящее время в экспериментальном порядке)
- Диагностические услуги (лаборатория, основные виды визуализации)
- Физиотерапия и реабилитация
- Логопедия
- Транспортные услуги в связи с предоставлением медико-санитарной помощи

людей, которые не в состоянии дойти до учреждения первичного звена вследствие проблем с мобильностью, участковые патронажные медсестры оказывают упреждающую помощь целым семьям и группам населения в районах, за которые они отвечают.

Медицинские сестры также устанавливают и поддерживают партнерские отношения в местном сообществе, которое обслуживается центром, – с НПО и службами социальной помощи, которые выступают в качестве партнеров при проведении мероприятий, направленных на обеспечение справедливости в отношении здоровья, а также со школами и предприятиями и организациями, где они оказывают профилактические услуги детям, подросткам и взрослым.

Они знают, как выявлять уязвимых лиц и направлять их в соответствующие учреждения, которые обязаны помогать этим людям преодолевать возможные препятствия для доступа к медико-санитарной помощи.

## Новая роль сестринской помощи

В 2011 г. в Словении в состав команды семейной медицины была введена медицинская сестра – специалист по семейной медицине с задачей осуществлять профилактику неинфекционных заболеваний и борьбу с ними. Цель этого нововведения заключалась в улучшении профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и в распределении ответственности за это среди членов медицинской бригады таким образом, чтобы это способствовало более комплексному подходу к предоставлению высококачественной медико-санитарной помощи при одновременном более активном участии пациентов в предоставляемой им помощи..

Сегодня медицинская сестра – специалист по семейной медицине предоставляет два вида услуг:

- Скрининг с целью выявления неинфекционного заболевания и консультирование, включая оценивание сердечно-сосудистого риска, наличия артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа, хронической обструктивной болезни легких, депрессии, остеопороза, некоторых видов рака, рискованного и вредного употребления алкоголя и курения (см. вставку 2).
- Ведение пациентов с такими хроническими заболеваниями, как сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия, хроническая обструктивная болезнь легких, астма, депрессия, остеопороз, сердечная болезнь доброкачественная гиперплазия предстательной железы (см. вставку 3).

Еще одной обязанностью медицинской сестры – специалиста по семейной медицине является представление ежемесячных отчетов о показателях на уровне каждой клиники семейной медицины. Раз в год также собираются данные о диспансеризации.

## Основные меры, принимаемые для внедрения должности медицинской сестры – специалиста по семейной медицине

Процесс внедрения должности медицинской сестры – специалиста по семейной медицине начался в 2008 г. и проходил постепенно.

Была выдвинута инициатива – применить

командный подход в оказании помощи пациентам в семейной медицине.

По распоряжению министра была образована рабочая группа по подготовке предложения о пересмотре мероприятий в рамках сестринской помощи в практике семейной медицины. Выдвинутая инициатива была направлена на то, чтобы:

- разработать серию нормативов и должностных инструкций, регламентирующих профессиональную деятельность медсестры, специализирующейся в области семейной медицины, и

## Вставка 2

Скрининг с целью выявления неинфекционных заболеваний и консультирование

Медицинская сестра – специалист по семейной медицине является ведущей фигурой в проведении профилактических медицинских осмотров (скрининга) целевой категории населения (взрослые в возрасте 30 лет и старше) и людей младше 30 лет с соответствующими семейными анамнезами. При установлении уровня риска у пациента или понимании диагноза медицинская сестра – специалист по семейной медицине направляет этого человека к врачу-специалисту по семейной медицине, который затем проводит врачебное обследование, ставит диагноз, проводит лечение и принимает решение о том, необходимо ли направление к врачу-специалисту вторичного звена. Медицинская сестра – специалист по семейной медицине также предоставляет консультации и поддержку в вопросах улучшения образа жизни людей и изменения их поведения таким образом, чтобы они оставили привычки, создающие повышенный риск для их здоровья.

## Вставка 3

Ведение пациентов с хроническими заболеваниями

В случае пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями медсестра проверяет, насколько грамотно осуществляется ведение этого заболевания, соблюдают ли пациенты назначенное им медикаментозное лечение и не вызывает ли это лечение какие-либо побочные эффекты или другие трудности. Медсестра консультирует своих пациентов по вопросам здорового образа жизни. Вся эта работа ведется в соответствии с протоколами и профессиональными методическими руководствами, подготовленными для команд семейной медицины.

предложить порядок их внедрения в практику;

- оценить, какие услуги могут быть переданы медицинской сестре, исходя из численности взрослых и лиц с хроническими заболеваниями среди населения и той части нагрузки на семейную клинику, которую представляет эта категория людей;
- предложить нормы укомплектованности медсестрами клиник семейной медицины.

## Доклад и основные рекомендации.

В 2009 г. рабочая группа представила Министерству здравоохранения доклад о деятельности сестринского персонала в клинике семейной медицины. В докладе ясно прозвучала мысль о том, что теперешняя нагрузка медсестер в клиниках семейной медицины возрастает и что ограничение штатов этих клиник одной медсестрой или помощницей медсестры создает серьезные трудности для оказания помощи. В докладе было выделено несколько видов медицинской помощи, которые могут предоставляться дипломированной медицинской сестрой, имеющей дополнительные специальные навыки, и было выдвинуто предложение ввести в штат бригады семейной медицины должность медицинской сестры – специалиста по семейной медицине.

**Совет по осуществлению проекта по внедрению должности медицинской сестры – специалиста по семейной медицине.** После того, как Ассоциация врачей семейной медицины и Ассоциация медицинских сестер и акушерок договорились о том, что дипломированная медицинская сестра, обладающая нужными знаниями и подготовкой, может выполнять новые функции в области скрининга, консультирования и ведения лиц, входящих в группы риска и живущих с неинфекционными заболеваниями, Министром здравоохранения было принято решение об образовании совета по осуществлению проекта для руководства разработкой программы подготовки медицинских сестер по семейной медицине и внедрения этой новой роли по всей стране. Такой совет был создан 25 ноября 2010 г. В него вошли представители Министерства здравоохранения, Ассоциации врачей семейной медицины при Словенском обществе врачей, кафедры семейной медицины медицинского факультета университета Любляны, Ассоциации медицинских сестер и акушерок, Медицинской палаты, Института медицинского страхования Словении, Профессиональной ассоциации частнопрактикующих врачей и стоматологов и директор Центра здоровья Люблянского административного района. Новая роль была внимательно изучена и проработана совместно ассоциациями медсестер и акушерок и семейных

врачей. Врачи семейной медицины, врачи-специалисты вторичного уровня и прошедшие дополнительную подготовку медицинские сестры-специалисты вторичного уровня в тесном сотрудничестве разработали методические руководства по ведению каждого клинического заболевания, которое было определено для ведения медсестрой – специалистом по семейной медицине. В них описан весь маршрут прохождения пациента, включая услуги, предоставляемые введенной в штат медсестрой – специалистом по семейной медицине, и услуги, которые должен предоставлять врач семейной медицины. Были подробно определены алгоритмы принятия решений. Организации провели большую работу по созданию регистров пациентов и по представлению показателей качества.

**Введение должности медицинской сестры – специалиста по семейной медицине в масштабах всей страны.** В январе 2011 г. Совет по осуществлению проекта по внедрению должности медицинской сестры – специалиста по семейной медицине представил описание этой должности.

1 апреля 2011 г. в Словении были назначены первые 40 медицинских сестер – специалистов по семейной медицине. Каждый год число таких специалистов росло. На конец ноября 2019 г. медицинские сестры – специалисты по семейной медицине имелись в 878 клиниках семейной медицины. До конца 2019 г. добавилось еще 11 специалистов. В 2018 г. медицинская сестра – специалист по семейной медицине стала привычным и неизменным членом бригады семейной медицины, а финансирование должности обеспечивает Институт медицинского страхования Словении.

**Финансирование должности.** Исходя из оценки потребностей, проведенной в 2010 г., и наличия уже подготовленных и возможностей подготовки новых дипломированных медицинских сестер, Министерство здравоохранения согласилось, что в каждой команде семейной медицины медицинские сестры – специалисты по семейной медицине будут работать на полставки. Лица, работающие в этой должности, получают фиксированную заработную плату и работают по контракту с Институтом медицинского страхования Словении. Помимо приема на работу медицинских сестер – специалистов по семейной медицине, клиникам семейной медицины предоставляли стимулы для того, чтобы они соглашались ввести у себя новую должность (обеспеченную дополнительным финансированием) для предоставления лабораторных услуг пациентам.

**Условия для занятия должности медицинской сестры – специалиста по семейной медицине.** Все медицинские сестры – специалисты по семейной медицине должны пройти курс обучения по программе бакалавра сестринского дела, иметь действительную лицензию и стаж работы не менее трех лет.

Медицинские сестры – специалисты по семейной медицине должны иметь дополнительные навыки по выполнению определенных видов деятельности, поэтому были разработаны учебные модули в следующих областях: организационные аспекты работы в клинике семейной медицины, ведение пациентов с сахарным диабетом 2 типа, хронической обструктивной болезнью легких, астмой, артериальной гипертензией, доброкачественной гиперплазией предстательной железы, остеопорозом, а также осуществление комплексной профилактики неинфекционных заболеваний.

**Консультации с различными заинтересованными сторонами и участие в развитии новой роли на основании фактических данных.** При разработке условий для занятия должности медицинской сестры – специалиста по семейной медицине проводились консультации с различными экспертами: из Национального института общественного здравоохранения, из сектора медицинских сестер и технического медперсонала в семейной медицине Ассоциации медицинских сестер и акушерок, из Ассоциации врачей семейной медицины при Словенском обществе врачей, из кафедры семейной медицины медицинского факультета университета Любляны и со специалистами вторичного и третичного уровней медико-санитарной помощи.

### Политическое руководство

С самого начала полную политическую поддержку предоставляло Министерство здравоохранения, в структуру которого официально вошел проект по введению должности медицинской сестры – специалиста по семейной медицине. Осуществление такого нововведения в виде проекта позволило избежать законодательных препон на этапе проекта. Когда в 2018 г. проект был завершен, была готова законодательная база для новой стандартной структуры команды семейной медицины.

### Выражение признательности:

Европейское региональное бюро ВОЗ благодарит Natasa Medved и Pia Vracko из Национального института общественного здравоохранения Словении за помощь в написании и разработке этого тематического исследования.

### Полезные материалы:

#### Для лиц, формирующих политику

- [Резолюция о Национальном плане здравоохранения на 2016–2025 гг. “Вместе за здоровое общество”] Ljubljana: Ministry of Health, Republic of Slovenia; 2016. (<http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=RESO102#>)
- [Закон о медицинской сестре – специалисте по семейной медицине и оплате труда работников первичного звена медико-санитарной помощи] Ljubljana: Official Gazette. Ministry of Health, Republic of Slovenia. <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2018-01-3878/aneks-h-kolektivni-pogodbi-za-dejavnost-zdravstva-in-socialnega-varstva-slovenije>

#### Для руководителей

- [Показатели для ежемесячной отчетности клиник семейной медицины] Ljubljana: Ministry of Health, Republic of Slovenia. (<http://www.referencna-ambulanta.si/wp-content/uploads/Seznam-novih-kazalnikov.pdf>)
- [Компетенции медицинских сестер – специалистов по семейной медицине] Ljubljana: Slovenian Nurses and Midwives Association; 2008. ([https://www.zbornica-veza.si/sites/default/files/doc\\_attachments/poklicne\\_aktivnosti\\_in\\_kompetence08\\_0.pdf](https://www.zbornica-veza.si/sites/default/files/doc_attachments/poklicne_aktivnosti_in_kompetence08_0.pdf))
- [Виды сестринской помощи в клинике семейной медицины] Ljubljana: Slovenian Nurses and Midwives Association; 2011. ([https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc\\_attachments/kompetence\\_ambulanta\\_druzinske\\_medicine\\_0.pdf](https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/kompetence_ambulanta_druzinske_medicine_0.pdf))

#### Для медицинских работников

- Словенская медицинская палата: <https://www.zdravniskazbornica.si/en/medical-chamber-of-slovenia>
- Словенская ассоциация семейных врачей: <https://www.drmed.org>
- Словенская ассоциация медицинских сестер и акушерок: <http://www.zbornica-zveza.si/encomprehensive-geriatric-assessment-document-.pdf>

© Всемирная организация здравоохранения 2020. Некоторые права защищены. Эта работа доступна под лицензией CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

# ЛЕКАРСТВЕННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ



## ■ Мария Евгеньевна РОДИОНОВА

Старшая медицинская сестра «Клиника Урологии», председатель Пензенского регионального отделения РАМС

*«Для того чтобы лечиться, надо быть очень здоровым, так как при этом необходимо переносить не только болезни, но и лекарства».*  
Жан Батист Поклен

Тема лекарственной безопасности является одним из приоритетных направлений современной медицины и фармации. Актуальность её определяется динамическим ростом фарминдустрии, обеспечивающим создание и продвижение на рынок огромного количества новых медикаментов.

Лекарственная безопасность составляет одну из основ безопасности пациентов. Создание лекарственного средства, не имеющего неблагоприятных эффектов, хоть и является желаемой, но все-таки невыполнимой задачей. Поэтому в выборе того или иного лекарственного средства врач и медицинская сестра должны, прежде всего, ориентироваться на его безопасность, которая определяется соотношением

пользы и риска от его применения у конкретного пациента.

Проблема безопасного и эффективного применения лекарственных препаратов является актуальной не только для России, но и для всего мира. Мировая статистика показывает, что нежелательные лекарственные реакции являются причиной госпитализаций до 20% больных, в результате чего на проблемы, связанные с лекарственными средствами, тратится до 15–20% бюджета здравоохранения.

В 2016 году по заданию Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения были разработаны «Практические рекомендации» («Предложения»), осуществляемые в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в стационаре. Позже появилась вторая версия «Предложений» – для учреждений амбулаторно-поликлинического звена. Еще чуть позже – для лабораторий.

Практические рекомендации содержат набор унифицированных требований к организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности на основе нормативно-правовых актов и с учетом международных подходов к управлению качеством. Важным разделом «Практических рекомендаций» является лекарственная безопасность и фармаконадзор.

Так каких же основных рекомендаций должны придерживаться медработники для обеспечения лекарственной безопасности?

**Избегайте отвлекающих факторов.** В любом лечебном учреждении будь то стационар, поликлиника, клиника, достаточное количество отвлекающих факторов (от телефонных звонков до настойчивых вопросов). Абстрагируйтесь от внешнего воздействия во время набора, выдачи или введения лекарств пациенту, тем самым обезопасив себя и пациента. Попросите коллег подстраховать вас и помогите им в свою очередь.

**Осознавайте риски.** Самым ярким примером данного правила является внутривенное введение магния сульфата при повышении артериального давления. Вы должны осознавать, что несоблюдение скорости введения препарата может привести как к легким нежелательным реакциям (резкое снижение давления, рвота), так и к фатальным (угнетение дыхательного центра).

**Спрашивайте и перепроверяйте.** Если вы не можете прочитать почерк вашего врача, нет ничего плохого в том, чтобы уточнить назначение у доктора. Предположение, что вы можете прочитать слово, не означает, что вы прочитали его правильно. Существует большое количество схожих по названию препаратов. К примеру, препарат «Амиодарон» и «Амантадин» – это два разных препарата, которые могут выглядеть похожими на написанном от руки рецепте. Но это со-

вершенно разные препараты по спектру действия («Амиодарон» – противоритмический препарат, «Амантадин» – противовирусный). Несмотря на то, что 29 июня 2016 года вступил в силу приказ Министерства здравоохранения РФ № 429н «Об утверждении правил рационального выбора наименований лекарственных препаратов для медицинского применения», согласно которому регистрация лекарств со схожим названием, но разным составом и действием запрещается, данная проблема остается актуальной.

**Оставайтесь в курсе событий.** Всегда мониторьте лист назначения пациента, контролируйте назначение, отмену препаратов в соответствии с изменениями состояния пациента.

**Правильная маркировка лекарственных средств.** Каждая больница имеет свою собственную политику маркировки лекарств. Как правило, это универсальная практика, которая позволяет избежать ошибок в применении лекарства. В связи с этим с 1 июля 2020 года введена обязательная система маркировки лекарственных средств. Под маркировкой лекарственного средства подразумевается присвоение каждой упаковке препарата двумерного кода DataMatrix, уникальность которого идентифицирует товар и позволяет отследить полную историю движения продукта с момента производства до вывода из оборота. Главная цель, которую преследует государство, создавая новую систему, – противодействие незаконному производству и продаже поддельных лекарств. Но для медицинских работников главной целью данной системы является то, что сами медикаменты тоже можно считать полноценным участником проекта. В первую очередь власти стремятся провести маркировку лекарственных препаратов, которые серьезно влияют на общее состояние человека.

**Сообщайте об ошибках.** Каждый может ошибиться. В этом случае обязательно сообщите об инциденте всем членам медицинской бригады, отвечающей за уход за пациентом, а также администрации больницы.

**Контролируйте наличие антидотов.** Ошибка в применении лекарств (доза, путь введения) может быть фатально опасной для пациентов. Знайте

антидоты, их дозы и убедитесь, что они есть в наличии.

В рамках подготовки к празднованию 17 сентября Всемирного дня безопасности пациента экспертная группа Ассоциации медицинских сестер России подготовила, издала и отправила во все регионы комплект плакатов, посвященных безопасности пациентов и медработников, в том числе плакаты, посвященные Лекарственной безопасности. Представляем вашему вниманию 10 правил использования лекарственных препаратов:

**Правильный препарат!** Главное правило – убедитесь в том, что используете нужный препарат в нужной форме. Яркий пример – магния сульфат (порошок) оказывает желчегонное и слабительное действие, а магния сульфат (раствор) оказывает гипотензивное действие. В зависимости от желаемого терапевтического эффекта уточните, какая форма препарата вам нужна.

**Правильный пациент!** Попросите пациента назвать свое имя полностью, сверьте его с листом назначений, проверьте его/ее идентификационную ленту, если она используется, прежде чем давать лекарство.

**Правильная доза!** Проверьте список назначений и дозировки, иные предписания врача, прежде чем использовать лекарства. Помните о разнице между дозой для взрослых и дозой для детей. На примере того же магния сульфата можно понять, о чем идет





речь – доза препарата для купирования судорог у детей составляет 0,1–0,2 мл/кг веса 20% раствора, В то время как для снижения артериального давления при гипертоническом кризе у взрослого пациента с подозрением на ИМ доза составляет 5–10 мл 20–25% раствора.

**Правильный путь введения!** Мы все прекрасно знаем о многообразии путей введения лекарственных препаратов – от сублингвального до ректального. Проверьте назначение – каким путем надо использовать лекарство – через рот? Трансдермально? Внутривенно? Через небулайзер?

**Правильное время и частота приема!** Всегда помните о том, какого терапевтического эффекта мы хотим

достичь. Антибиотик необходимо принимать двукратно? Соблюдаем 12 часовой режим приема препарата. Трехкратно? – 8 часовой режим. Мы должны осознавать и понимать, что увеличение продолжительности между приемами препарата не даст ожидаемого эффекта. А увеличение частоты приема приведет к накоплению лекарственного препарата в организме, которое может привести к нежелательным реакциям, таким как декомпенсация, передозировка, отравление.

**Правильная документация!** Убедитесь, что Вы правильно оформили все необходимые записи в медицинской документации.

**Правильно собранный и интерпретированный анамнез!** Сделайте себе копию истории болезни пациента в части, связанной с лекарственными взаимодействиями и аллергией. Выпишите или сфотографируйте все особенности.

**Правильное получение согласия и право на отказ!** По данным Росздравнадзора в 2019 году основным нарушением по соблюдению прав граждан в сфере здравоохранения является медицинское вмешательство без получения добровольного информированного согласия. Дайте пациенту возможность самостоятельно и осознанно согласиться на использование препарата или отказаться от него после получения понятной и честной информации.

**Правильное взаимодействие лекарственных средств!** Просмотрите все ранее назначенные лекарства или диету пациента, которые могут привести к плохому взаимодействию с препаратом, что будет ему дан. Проверьте также срок годности принимаемого лекарства. Не стесняйтесь задавать во-

просы пациентам! К примеру, при назначении врачом пациентке антибиотиков, уточните, не принимает ли она гормональные контрацептивы? Обязательно предупредите пациентку о том, что антибиотики могут снизить их эффективность.

И последнее в этом списке, но не последнее по важности правило – **Правильное информирование пациента!** Подробно информируйте пациента о том, какой препарат он будет принимать и каковы ожидаемые терапевтические и возможные побочные эффекты.

Объясняйте пациентам, что препараты, покрытые специальной оболочкой, ни в коем случае нельзя дробить на части, так как оболочка может быть однофазная, двухфазная, для того чтобы действующее вещество дошло до определенного места всасывания, – будь то под языком, в желудке либо в кишечнике! Подчеркивайте, что ни в коем случае нельзя использовать апельсиновый, грейпфрутовый, яблочный, ананасовый и другие соки, а также молоко и молочные продукты, чтобы «запить» лекарство, так как они изменяют процесс всасывания препарата и могут повлиять на эффективность лечения! Ответьте на все вопросы, волнующие пациента.

Обезопасьте себя и своих пациентов от нежелательных реакций, придерживаясь этих простых, но очень ценных правил! И обратите внимание на информационные материалы РАМС, в этом и последующих журналах вы найдете уменьшенные версии плакатов, посвященных безопасности пациентов и медицинских работников. Пандемия не отступает, берегите себя и своих близких!

Согласно недавнему исследованию Института Джона Хопкинса, более 250 тысяч пациентов ежегодно гибнут в США вследствие медицинских ошибок. Ряд исследований утверждают, что эта цифра еще выше и доходит до 400 тысяч человек. Медицинские ошибки становятся, таким образом, третьей из ведущих причин смертности после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.





АССОЦИАЦИЯ  
МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР  
РОССИИ

## В ПОДДЕРЖКУ ВСЕМИРНОГО ДНЯ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ

WORLD PATIENT SAFETY DAY

17 СЕНТЯБРЯ | 2020  
SEPTEMBER

# ЛЕКАРСТВЕННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ



### ИЗБЕГАЙТЕ ОТВЛЕКАЮЩИХ ФАКТОРОВ

Больница полна помех и отвлекающих факторов – от звонящих телефонов до вспыльчивых пациентов (исследование, проведенное в Канаде, показало, что медсестры обычно сталкиваются с этими отвлекающими факторами 14 раз в час, причем 21% из них происходит во время применения лекарств). Отвлекающие факторы во время приготовления и применения лекарств могут привести к ошибкам. Попросите коллег подстраховать Вас и помогите им в свою очередь.

### ОСОЗНАВАЙТЕ РИСКИ

Правила использования препаратов не так уж трудно запомнить. Однако, применение их на практике может иметь свои особенности, требующие повышенного внимания со стороны медицинских работников. Тревога, страх и напряжение легко могут привести к ошибке. Контролируйте свое состояние. Помогайте новичкам.

### ВСЕГДА СПРАШИВАЙТЕ И ПЕРЕПРОВЕРЯЙТЕ

Чаще всего ошибки в лечении связаны с непониманием и ложными предположениями. Если Вы не можете прочитать почерк Вашего врача, нет ничего плохого в том, чтобы уточнить назначение у доктора. Предположение, что Вы можете прочитать слово, не означает, что Вы прочитали правильно. Например, амиодарон и амантадин — это два разных препарата, которые могут выглядеть похожими на написанном от руки рецепте.

В случае, если Вы не уверены в расчетах дозировки, правильная практика – попросить помощи у коллеги. Ошибка обходится дорого.

### ОСТАВАЙТЕСЬ В КУРСЕ СОБЫТИЙ

При частом изменении состояния пациента Вам может быть трудно держать в памяти все, что назначил доктор. Создайте полный список лекарств, которые получает Ваш пациент, и постоянно обновляйте его.

### ПРАВИЛЬНО МАРКИРУЙТЕ ЛЕКАРСТВА

Каждая больница имеет свою собственную политику маркировки лекарств. Как правило, это универсальная практика, которая помогает предотвратить ошибки в применении лекарства.

### СООБЩАЙТЕ ОБ ОШИБКАХ

Каждый может ошибиться. В этом случае обязательно сообщите об инциденте всем членам медицинской группы, отвечающей за уход за пациентом, а также администрации больницы.

### КОНТРОЛИРУЙТЕ НАЛИЧИЕ АНТИДОТОВ

Ошибка в применении лекарств (доза, путь введения) может быть фатально опасной для пациентов. Знайте антидоты, их дозы и убедитесь, что они есть в наличии.



## Опыт перепрофилирования многопрофильного стационара для работы с COVID-19



**Елена Александровна БАРАНОВА**  
 Старшая медицинская сестра  
 организационно-методического  
 кабинета ГБУЗ «ГВВ № 2 ДЗМ»

Пандемия внесла значительные изменения в работу медицинских организаций. Многие учреждения были перепрофилированы для работы с пациентами с новой инфекцией COVID-19, в их числе оказался госпиталь для ветеранов войн № 2 Департамента здравоохранения города Москвы.

ГБУЗ ГВВ № 2 ДЗМ – это многопрофильный стационар, рассчитанный на 760 коек, который оказывает медицинскую помощь ветеранам войн, участникам боевых действий, участникам ликвидации последствий Чернобыльской аварии, труженикам тыла, пожилым людям в плановом режиме.

Теперь нам предстояло стать инфекционным госпиталем с соблюдением всех санитарных правил и норм, которые присущи инфекционным стационарам. Безусловно, очень сложно в сжатые сроки организовать работу имеющегося корпуса в соответствии со всеми требованиями санитарных

правил и норм, но приблизиться вполне возможно.

Перед техническими службами госпиталя была поставлена задача провести перепланировку физиотерапевтического отделения и организовать там помещения для санпропускника. Стоит отметить, что на выполнение строительных работ ушло всего 2 недели. В итоге вместо помещений, где размещалось физиотерапевтическое оборудование, спортивные залы для проведения ЛФК, появились мужская и женская раздевалки, совмещенные с комнатами для одевания средств индивидуальной защиты с последующим выходом в коридор, по которому персонал попадал в красную зону. Аналогичным образом были организованы зоны для безопасного разоблачения из средств индивидуальной защиты, соответственно мужская и женская.

Каждая зона включает помещения для снятия СИЗ, санитарной комнаты с душевыми кабинами и выходом в раздевалку.

Для обеспечения безопасности персонала госпиталь был снабжен средствами индивидуальной защиты: специальными костюмами типа Tyvek, респираторами класса ffp2 и ffp3, защитными очками, бахилами, медицинскими шапочками, перчатками, памперсами. Конечно, перчатки, шапочки и бахилы используются в нашей практике и в обычном режиме работы, но в период пандемии их расход существенно увеличился. Все средства индивидуальной защиты, кроме очков, были одноразовыми и утилизировались после использования как медицинские отходы класса В. Очки подвергались дезинфекции, после чего использовались повторно.



Многие знают, что находиться в течение 4–6 часов в защитном костюме очень непросто, а сняв его, необходимо принять душ и не только потому, что так прописано в нормативных документах. Для комфорта сотрудников, работающих в красной зоне, были закуплены медицинские костюмы из хлопчатобумажной ткани, обувь, которая устойчива к обработке дезинфицирующими средствами, шампуни и гели для душа в виде саше, махровые полотенца, ситцевые халаты. Для того, чтобы очки не запотевали, были приобретены специальные спреи-антифоги.

Перед тем, как приступить к работе в новых условиях, с сотрудниками госпиталя неоднократно проводились занятия по правилам инфекционной безопасности, алгоритму надевания и снятия средств индивидуальной защиты.

Большинство сотрудников прошли образовательные модули на портале непрерывного медицинского образования, в которых освещалась работа с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Ещё одним немаловажным фактором комфорта сотрудников является полноценное питание. В зелёной зоне санпропускника были организованы комнаты для приема пищи сотрудниками, куда 3 раза в день доставлялось питание, специально для нас приготовленное сетью кафе «Андерсон». По понятным причинам все сотрудники одновременно покинуть отделение для



перерыва не могли, и для этих целей был составлен примерный график приема пищи, а комнаты отдыха оснащены бытовой техникой.

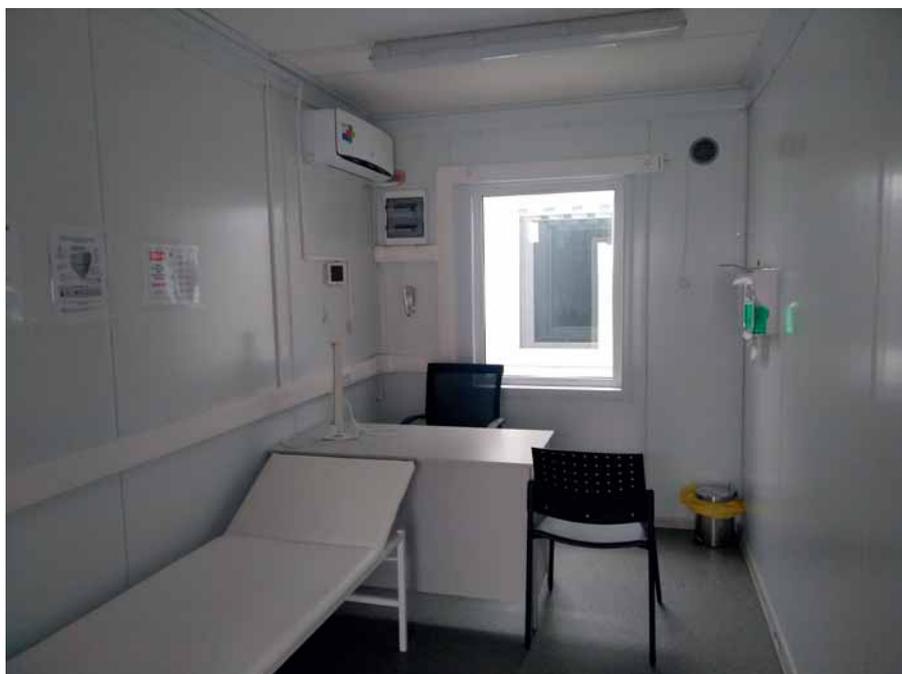
В течение всего периода работы в новых условиях осуществлялся контроль за состоянием здоровья персонала. Перед тем, как попасть в раздевалку, сотрудники проходили пост термометрии, где каждому входящему измерялась температура и проводился опрос на наличие симптомов недомогания, полученные данные фиксирова-

лись в специальном журнале (Приложение № 1). При наличии повышенной температуры и катаральных явлений сотрудники к работе не допускались.

Чтобы избежать скученности людей в санпропускнике, были отрегулированы потоки персонала, приходящего на работу. Были определены отделения, сотрудники которых приходили к 7:00, 7:30, 8:00, 8:30. Сотрудники, не работающие с пациентами, поднимались в отделения к 9:00. В клинических отделениях два врача и заведующий отделением приступали к работе с самого утра, а один врач приходил к 11:00, при этом его рабочее время заканчивалось позже, что позволяло немного облегчить работу дежурным врачам.

Большая работа была проделана по организации непосредственного функционирования санпропускника, ведь необходимо было обеспечивать бесперебойное наличие средств индивидуальной защиты, средств гигиены, проводить их учёт, дезинфекцию и утилизацию.

Контроль и ответственность за этим процессом была возложена на старших медицинских сестер, которые по графику осуществляли дежурства в санпропускнике, наряду с другими сотрудниками. Следует отметить, что отделения госпиталя постепенно заполнялись пациентами,



соответственно средний медицинский персонал временно пустующих отделений работал в санпропускнике. Каждый сотрудник, работающий в санпропускнике в свою смену, был закреплён за определенным объектом: кто-то работал в зоне надевания СИЗ и следил за тем, чтобы на персонале, выходящем в красную зону, не было открытых участков тела, кто-то наоборот помогал персоналу снять СИЗ после выхода из красной зоны. Были сотрудники, которые отвечали за дезинфекцию обуви и очков, за утилизацию медицинских отходов, за организацию питания. Если говорить о цифрах, то в сутки через санпропускник проходили порядка 700 человек, каждому из которых надо было уделить внимание.

Перед входом в красную зону сотрудники проходили инструктаж, который заключался в прописных истинах: в отделениях нельзя разгерметизироваться (снимать очки и капюшон, перчатки), принимать пищу, ходить в туалет.

Все, кто входил в красную зону, регистрировались в журнале, указывая свои Ф.И.О., должность, отделение, время входа, а возвращаясь из отделений – время выхода (приложение № 2).

Большое внимание уделялось маршрутизации персонала и пациентов в госпитале.

Для сортировки пациентов около приемного покоя были размещены и оснащены всем необходимым для приема 14 сортировочных боксов, в которых работали врачебно-сестринские бригады. В боксах определялась необходимость госпитализации, в результате чего пациенты, которым стационарное лечение не показано, не попадали в стены госпиталя, а направлялись на амбулаторное лечение.

Для перемещения персонала и пациентов внутри госпиталя были разработаны и утверждены схемы маршрутизации.

Был выделен отдельный лифт для подъема пациентов из приемного покоя в отделения и лифт для выписки пациентов. Также были отдельные лифты:

- для подъема персонала в отделения;
- для спуска персонала из отделений;
- для транспортировки в отделения лекарственных препаратов, расходно-

Приложение № 1

Журнал контроля состояния здоровья сотрудников

№ п/п	дата	Ф. И. О.	должность	отделение	температура	жалобы	подпись

Приложение № 2

Журнал регистрации входа персонала в красную зону

№ п/п	дата	Ф. И. О.	должность	отделение	время входа в красную зону	время выхода из красной зоны	подпись

го материала, чистого белья, простерилизованных в ЦСО изделий медицинского назначения;

- для спуска грязного белья;
- для транспортировки медицинских отходов класса В.

В госпитале имеется 22 лифта, что позволило разработать оптимальную маршрутизацию в сложившихся условиях.

Чтобы минимизировать риски распространения инфекции, административная часть, пищеблок, центральная стерилизационная, аптека, склад были отделены от красной зоны специальными шлюзами.

Специальные бригады из старших медицинских сестер доставляли «чистое» (медикаменты, расходный материал, белье из прачечной и т.д.) до дверей отделения и забирали «грязное». Все, что доставлялось в отделение и вывозилось из отделения, было упаковано в герметичную тару, которая подвергалась неоднократной дезинфекции в процессе транспортировки.

Отдельно хочется рассказать о взаимоотношениях в коллективе в период работы с COVID-19. Еще перед профилированием было понятно, что ряд отделений не будут функционировать, в связи с чем персонал был распределен по другим отделениям, где отмечалась нехватка кадров. При распределении персонала учитывалась квалификация. Например, операционным медсестрам и персоналу физиотерапии нашлась работа в сортировочных боксах, где от медицинской сестры требовалось

провести термометрию, измерить сатурацию и артериальное давление, взять мазок из зева и носа, что не требовало каких-то специальных умений и знаний, вся сестринская документация сведена к минимуму. Обычно к новому отделению приходится привыкать в течение какого-то времени, но благодаря дружественной обстановке, взаимовыручке персонал быстро адаптировался к новым для себя условиям труда.

Также было ясно, что при увеличении коечного фонда госпиталя своими силами нам не справиться, в связи с чем были приняты на работу студенты медицинских образовательных организаций среднего и высшего профессионального образования и коллеги, приехавшие из регионов.

Работа в новом режиме позволила взглянуть на персонал с другой стороны: увидеть сильные и слабые стороны каждого из сотрудников. Некоторые, испугавшись грозной инфекции, уволились или ушли в отпуск за свой счет (таких было немного), а тот, кто остался, проявил выдержку, мужество, огромное желание оказывать медицинскую помощь пациентам оказавшимся на больничной койке.

С июля мы вернулись к обычному режиму работы, пройдя все этапы перехода к мирной жизни, но при необходимости сотрудники готовы вступить в новый бой с коронавирусной инфекцией. Сегодня всем коллективом мы искренне надеемся, что в скором времени над инфекцией будет одержана окончательная победа.

# ПРОФИЛАКТИКА И КУПИРОВАНИЕ ПОСТДОНАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ДОНОРСКОМ АФЕРЕЗЕ



■ **Осипова С.Н.**

Старшая медицинская сестра отделения заготовки крови и её компонентов филиала № 1 ГКУЗ «ЦКЛО», почётный донор



■ **Лобанова Ю.С.**

Операционная медицинская сестра отделения заготовки крови и её компонентов филиала № 1 ГКУЗ «ЦКЛО»



Стратегической целью деятельности Центра крови Ленинградской области является содействие сохранению здоровья жителей региона путем своевременного удовлетворения потребностей медицинских организаций в безопасных, современных, высококачественных компонентах донорской крови в достаточном количестве.

Донорскую кровь заготавливают и делят её на компоненты: эритроциты, тромбоциты и плазму. В настоящее время трансфузии концентрата тромбоцитов жизненно необходимы больным онкогематологического профиля, для профилактики и купирования геморрагического синдрома, развившегося вследствие тромбоцитопении или тромбоцитопатии, при различных заболеваниях кроветворной системы, воздействия цитостатиков и/или луче-

вой терапии. Интенсивность и агрессивность современных протоколов химиотерапии, широкое внедрение технологий трансплантации гемопоэтических стволовых клеток делают концентрат тромбоцитов самым востребованным компонентом крови. В связи с этим оптимизируются и совершенствуются технологии заготовки крови для обеспечения максимально качественной гемотрансфузионной помощи.

Тромбоциты представляют собой клетки крови, которые способствуют заживлению и восстановлению поврежденных тканей, а также запускают процесс формирования тромба, необходимого для остановки кровотечений.

На сегодняшний день наиболее эффективным методом заготовки тромбоцитов признан метод аппаратного тромбоцитафереза. Аферез от английского *apheresis* (извлечение) – метод физического выделения компонентов крови. Особенностью данной процедуры является фактическое создание третьего экстракорпорального круга кровообращения: от донора в аппарат и обратно.

В процессе работы аппарат автоматически выделяет необходимые нам тромбоциты, возвращая остальные компоненты крови в кровеносное русло донора. Современный аппарат для афереза позволяет максимально адаптировать процедуру под конкретного донора. Аппарат автоматически выявляет и незамедлительно исправляет проблемные ситуации, возникающие в ходе процедуры. На сенсорном экране отображаются рекомендации по коррекции процедуры, и операционная медицинская сестра имеет возможность управлять скоростями тока крови и подачи антикоагулянта.

Донором тромбоцитов может стать далеко не каждый донор. Для этого человек должен пройти специальное медицинское обследование, получить заключение врача-терапевта.

Непосредственно перед процедурой тромбоцитафереза у донора берется клинический анализ крови, параметры которого используются для программирования процедуры с помощью аппарата. Операционная медицинская

сестра готовит донора к процедуре, на обе руки надевает манжеты тонометров: один для контроля артериального давления, второй – для поддержания постоянного давления в вене донора, в которую будет выполнена венепункция. Во время процедуры тромбоцитафереза в систему капельно добавляется антикоагулянт, который блокирует в организме донора собственный кальций. Понятно, что такая сложная для организма донора процедура не может обойтись без определенных реакций. Статистически частота реакций при аппаратном аферезе значительно ниже, чем при донациях крови. Тем не менее такие реакции, как вагусная сосудистая реакция, могут встречаться и у доноров тромбоцитов во время или после процедуры. Одна из наиболее сложных, хоть и редко встречающаяся сегодня, реакция при аферезе – это цитратная интоксикация. Цитратная интоксикация обусловлена снижением уровня кальция в крови у донора. Симптомы снижения уровня кальция первоначально проявляются в виде парестезии и покалывания на губах, ощущения дрожи. Низкая концентрация кальция потенциально может быть причиной пароксизмальных нарушений ритма сердца.

Именно поэтому операционная медицинская сестра в ходе процедуры внимательно следит за состоянием донора, контролирует его артериаль-

ное давление, ритм сердца, его ощущения. Операционные медицинские сестры обладают знаниями в области трансфузиологии, умеют работать на современном медицинском оборудовании, знают компьютерные программы. Изначально процедура программируется таким образом, чтобы скорость подачи цитрата натрия и скорость реинфузии крови позволяли избежать этой реакции. Кроме того, для профилактики развития цитратной интоксикации донору дают 10%-ный раствор глюконата кальция, что позволяет нивелировать действие цитрата натрия, используемого в качестве антикоагулянта. Если, несмотря на точный подбор параметров процедуры и профилактическое назначение глюконата кальция, у донора развиваются симптомы интоксикации, операционная медицинская сестра выполняет следующие действия:

- при начальных проявлениях цитратной интоксикации уменьшает скорость возврата;
- дает донору дополнительно раствор глюконата кальция;
- измеряет артериальное давление и частоту сердечных сокращений и при необходимости вводит 10 мл 10%-ного раствора глюконата кальция в/в.

После купирования симптомов по решению врача-трансфузиолога процедура может быть возобновлена.

Подавляющее большинство сеансов тромбоцитафереза при условии точного подбора параметров процедуры и профилактическом использовании глюконата кальция являются абсолютно безопасными и не сопровождаются какими-либо реакциями со стороны организма донора.

В нынешнее непростое время служба крови не прекращала работу. Медицинские сестры работают в усиленном режиме с соблюдением всех мер безопасности. В сложившейся эпидемиологической обстановке банк крови Ленинградской области нуждается в пополнении. Отмена корпоративных донорских дней, сезон каникул и отпусков, ввод ограничительных мер привели к сокращению количества доноров. В Центр крови приходят люди с выраженной гражданской позицией – спасти жизнь, помочь больному, вернуть здоровье другому человеку. Мы заинтересованы в том, чтобы доноры приходили регулярно, не ограничиваясь одним посещением. Коллектив учреждения создает доброжелательную атмосферу, комфортные условия для донаций, проводит мероприятия по активизации донорского движения в Ленинградской области, пропаганде донорства и благодарит каждого из тех, кто вносит свой неоценимый вклад для спасения человеческих жизней.

Спасибо им за неравнодушие, отзывчивость и активную позицию.



# Опыт применения различных видов ручного пособия при проведении колоноскопии



## Галина Александровна ЯРОВАЯ

Старшая медицинская сестра эндоскопического отделения ОГБУЗ «Костромской онкологический диспансер», руководитель секции по эндоскопии Костромской ассоциации медицинских сестер, секретарь специализированной секции РАМС «Сестринское дело в эндоскопии»



## Игорь Николаевич ЯБЛОКОВ

Заведующий эндоскопическим отделением ОГБУЗ «Костромской онкологический диспансер», главный эндоскопист департамента здравоохранения Костромской области



## Максим Васильевич БУГА

Врач-эндоскопист ОГБУЗ «Костромской онкологический диспансер»

Костромской онкологический диспансер – медицинское учреждение, расположенное в живописном уголке центра г. Костромы, оснащенное самым современным оборудованием для оказания большого спектра современных методов диагностики и лечения пациентов с онкологической патологией. В диспансере рабо-



тает высокопрофессиональная дружная команда специалистов, увлеченная своей профессией.

**Введение.** Для правильного приложения своих усилий медсестре, ассистирующей врачу во время выполнения колоноскопии, очень важно понимать основные принципы выполнения этой процедуры, трудности, возникающие при прохождении различных отделов в зависимости от анатомических особенностей этих участков. Далеко не все медицинские сестры ставили перед собой задачу вспомнить анатомию толстой кишки, особенности строения разных отделов, подвижность, варианты развития углов, изгибов, поворотов, участков провисания кишки. Многие

полагаются при работе на интуицию, возможно, накопленный опыт и подсказки врача. Мы считаем обязательным для медсестры, оказывающей пособие при выполнении колоноскопии, знание анатомии толстой кишки и особенностей формирования патологических петель и изгибов, которые может формировать аппарат в просвете кишки во время ее прохождения.

С появлением видеоэндоскопов ассистенция становится более эффективной, так как медсестра имеет возможность наблюдать за ходом процедуры и трудностями во время ее выполнения, оценивать, насколько эффективны ее усилия, и оказывать врачу более квалифицированную помощь.



За время развития метода колоноскопии методика быстрого, безболезненного, безопасного способа введения колоноскопа постоянно совершенствовалась. Экспертным сообществом были сформулированы основные правила выполнения колоноскопии, предложен термин «продуманная» колоноскопия. Для ее проведения необходимо максимально подтянуть, присборить и распрямить кишку. При этом важно помнить о необходимости сохранения оси толстой кишки. Необходимо избегать чрезмерной инсuffляции воздуха, при этом достаточно часто аспирировать воздух из просвета толстой кишки.

**Цель.** Изучить эффективность предложенных методик сестринского ручного пособия при выполнении колоноскопии, провести сравнительный анализ и определить оптимальную тактику ее выполнения.

**Материалы и методы.** Нами был проведен анализ эффективности классических методов ассистенции при колоноскопии, а также различных вариантов помощи при преодолении трудных участков. Проведение колоноскопа через сигмовидную кишку облегчается, если пациента уложить на левый бок и подложить под него валик. При провисании поперечной ободочной кишки и образовании острых селезеночного и печеночного изгибов может помочь способ придания больному положения Тренделенбурга (положение тела с приподнятым ножным концом и опущенным головным концом). При подвижном куполе слепой кишки используется ручное пособие (через переднюю брюшную стенку, – купол приподнимается вверх и слегка прижимается к спине, при этом больной глубоко дышит грудью).

Мы рассматривали дополнительные возможности аппаратуры, среди которых регулируемая жесткость рабочей части колоноскопа, система визуализации трехмерного пространственного прохождения эндоскопа внутри кишки Score Guide, аппараты с вращающимся на конце эндоскопа спиральным приводом. Это оборудование достаточно дорогостоящее, и не все медицинские организации могут себе позволить его приобрести, поэтому способы методик ручного пособия, затрагиваемых в нашем докладе, сохраняют свою актуальность.

Нас заинтересовало сообщение в ведущем американском издании «Сестринское дело в гастроэнтерологии» («Gastroenterology Nursing»). В нем сообщалось о методиках ручного пособия при выполнении колоноскопии, о приемах, гарантирующих безопасность как пациента, так и персонала. В частности, обсуждались риски травмирования суставов при выполнении ручного пособия. Нигде раньше мы не сталкивались с обсуждением того, насколько действительно тяжело бывает выполнение ручного пособия во время колоноскопии. Это особенно актуально в случае надавливания на брюшную стенку тучным пациентам, больным, напрягающим пресс при боли во время исследования. В статье делался акцент в том числе и на правильном приложении направления усилия к телу пациента, чтобы добиться наименьшего сопротивления при надавливании.

### Основные принципы сестринского пособия при колоноскопии

Перед выполнением процедуры, помимо подробного объяснения способов правильной подготовки и ценности результатов исследования, необходимо рассказать пациенту (очень часто эта функция ложится на медсестер), какие ощущения и на каких этапах могут возникнуть во время проведения колоноскопии. Обсудить, что для облегчения дискомфорта может понадобиться совершать повороты в разные стороны, сдерживать воздух, которым раздувается кишечник. Предупредить о возможных действиях, необходимости в которых может понадобиться медсестре-ассистенту для более легкого и безболезненного продвижения аппарата.



Рис. 1

Учитывая, что исследование может приводить к стеснительности со стороны пациента, при возможности, использовать одноразовое белье и предупредить причины психологического дискомфорта.

**Необходимо** достигнуть компромисса между негативными факторами и важностью исследования для диагностики и здоровья пациента. Получить согласие на его позиционирование.

Для удобства необходимо учитывать такие факторы, как высота стола, наличие стульев – в зависимости от роста врача и медсестры, длительность физической нагрузки во время выполнения исследования. Стоит предусмотреть оптимальную регулировку этих параметров, включая дополнительные подставки для ног, возможность использования дополнительного монитора. Все эти факторы приводят к снижению утомляемости и тем самым сказываются на результатах исследования.

В начале в статье приводится техника, которая наиболее распространена при ассистенции во время колоноскопии.

При возникновении трудностей прохождения сигмовидной кишки ассистент надавливает на брюшную стенку. Пациент при этом расположен на левом боку (рис. 1).

Необходимо расположить ладонь левой руки параллельно к тазовой кости с пальцами, разведенными так, чтобы покрыть как можно большее поле. Правой рукой ассистент захватывает одежду пациента у правого плеча и тянет его на левую руку. Использование захвата правой руки уменьшает сопротивление пациента надавливанию и непроизвольному напряжению мышц живота, так как пациент, находящийся на боку, сопротивляется вашему отталкиванию. Этот прием фиксирует петлю сигмовидной кишки.



Рис. 2



Рис. 3

Если этого приема недостаточно, то необходимо поместить руки пальцами вверх сразу под диафрагму (рис. 2). При этом пальцы должны быть широко разведенными. Давление осуществляется в направлении пациента. При таком надавливании фиксируется как сигмовидная кишка, так и селезеночный угол. Эта техника будет более эффективной, если еще один ассистент будет осуществлять встречное надавливание, толкая пациента в сторону рук первого ассистента. *Эта, с некоторыми уточнениями, фактически классическая методика не рекомендуется авторами статьи. Она может привести к травматизации суставов запястий ассистента при ее регулярном и длительном использовании!*

Далее приводятся два сценария, которые, по мнению разработчиков, являются более предпочтительными.

### Сценарий 1: single forearm (техника работы одним предплечьем)

Пациент находится на левом боку. Медсестра помещает левую руку ладонью вниз, пальцы расширены или в позиции кулака кладет под пациента в области сигмы с упором на кушетку сразу над тазовой костью. Ассистент оказывает давление тыльной стороной предплечья на живот пациента (рис. 3). Правая рука может быть использована для подтягивания одежды пациента в области правого плеча в направлении своего предплечья. При этом давление будет оказано на сигмовидную кишку к средней линии живота. При выполнении этого пособия дополнительную помощь оказывает вес пациента, который давит в направлении предплечья ассистента. Предплечье в этом случае действует как опора.



Рис. 4

### Сценарий 2: two-forearm (техника работы двумя предплечьями с встречным давлением)

Эта техника предпочтительна, когда возникает необходимость большего давления на более широкую область. В этом случае ассистент использует для надавливания оба предплечья. Пациент находится на левом боку. Левая рука находится в положении, как в предыдущем случае, правая рука ассистента помещается под пациента сразу под селезеночным изгибом и ниже диафрагмы. При этом так же пальцы расширены, ладонью вниз или в кулаке (рис. 4). Для эффективного использования этой техники необходимо присутствие второго ассистента. Он выполняет встречное давление, толкая на правое плечо и правое бедро пациента, осуществляя давление в направлении к предплечьям первого ассистента. При этом способе необходимо быть особенно аккуратным, избегая давления на позвоночник пациента. Использование этой техники приводит к фиксации сигмовидной кишки, селезеночного угла и поперечно-ободочной кишки.

Большинство этих приемов, когда они выполнены в удобном положении, не должны вызывать утомления в течение 3–5 минут.

**Результаты:** В течение 5 месяцев на базе эндоскопического отделения ОГБУЗ «Костромского онкологического диспансера» мы провели апробацию предложенной методики на 150 пациентах в случае возникающих трудностей проведения аппарата. На основании полученного нами опыта применения предложенных сценариев можно сделать вывод о серьезном облегчении физических усилий, связанных с выполнением медицинскими сестрами ручного пособия. Желаемый эффект

наступал в преимущественном количестве случаев быстрее обычного. Нельзя исключать субъективный фактор при оценке эффекта предложенных методик. Мы не ставили перед собой задачу доказать кардинальное преимущество этого метода, а предоставить вам информацию с возможностью попробовать применить это в своей дальнейшей работе и самим решить, какой из способов будет для вас более или менее предпочтительным.

**Заключение:** Несколько ключевых факторов, о которых важно помнить медсестре во время применения ручного пособия при проведении колоноскопии:

1) Перед исследованием информировать пациента, стараясь уменьшить его беспокойство.

2) Максимально оптимизировать возможные регулировки стола, аппаратуры для удобства выполнения исследования.

3) Не забывать о возможности причинения вреда пациенту и себе и быть аккуратной с силой надавливания.

4) Использование техники, предложенной нашими зарубежными коллегами и прошедшей апробацию в Костромском онкологическом диспансере, позволяет оказывать эффективное ручное пособие более длительное время при приложении меньшего усилия.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. «Колоноскопия в диагностике заболеваний толстой кишки». Под редакцией В.М. Сотникова, 2006.
2. «Руководство по клинической эндоскопии». Под редакцией академика АМН СССР В.С. Савельева, профессора В.М. Буянова, профессора Г.И. Лукомского.
3. «Принципы организации и критерии качества колоноскопии, выполняемой с целью скрининга колоректального рака». С.В. Кашин, Д.В. Завьялов, Е.А. Рассадина, Веселов, Е.Д. Федоров, Х.Б. Самедов, Тьерри Поншон (Франция), Хироши Кашида (Япония), Лука Бандеттини (Италия), Катерина Фоппа (Италия).
4. James A. Prechel, Ray Huck "Safe and effective abdominal pressure during colonoscopy", *Gastrointestinal Nursing journal*, vol. 31, № 1, 2009.
5. Н. Kashida «Техника выполнения колоноскопии» Showa University Northern Yokohama Hospital, Digestive Center, Yokohama, Japan.

# ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИЙ НА УРОВНЕ СТАЦИОНАРА: РОЛЬ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

ОПЫТ КЕМЕРОВСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА



**Любовь Ивановна Шагаева**  
Главная медицинская сестра  
ГБУЗ КО «Кемеровский областной  
клинический  
фтизиопульмонологический  
медицинский центр»

Пройдя непростой путь по изменению и совершенствованию деятельности медицинской сестры, готовы поделиться с коллегами результатами кропотливой работы по расширению и перераспределению клинических функций на уровне стационара между врачами и сестринским персоналом.

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения РФ от 25 июня 2014 года № 309 «Об утверждении плана мероприятий «Дорожная карта», на основании приказа ДОЗН КО от 26.01.2015 № 67 «О расширении и перераспределении функций специалистов с высшим сестринским и средним медицинским образованием», на основании приказа департамента охраны здоровья населения по Кемеровской области № 216 от 25.02.2016, приказа главного врача № 64а от 21.03.2016 в нашем учреждении была создана команда единомышленников – людей, заинтересованных в изменениях работы медицинского персонала со средним медицинским и высшим сестринским образованием.

Убедили руководство стационара в том, что на данном этапе развития российского здравоохранения это правильно, необходимо, интересно и экономически выгодно. Встретили актив-



ную поддержку со стороны президента Ассоциации медицинских сестёр Кузбасса и приступили к реализации пилотного проекта «О расширении и перераспределении функций специалистов с высшим сестринским и средним медицинским образованием» (далее – клиническая медицинская сестра).

Определили цель проекта – повышение качества оказания медицинских услуг специалистами с высшим сестринским и средним медицинским образованием.

Сформулировали и поставили задачи:

- перераспределение функций сестринского персонала;
- разработка новых современных алгоритмов деятельности;
- повышение профессиональной самостоятельности и ответственности;
- изменение отношения медицинской сестры к своим функциональным обязанностям.

Начиная работать в пилотном проекте, мы должны были ответить на вопросы: Зачем нам это нужно? С чего начать работать в данном направлении?

Что мы получим в результате реализации этого проекта?

В первую очередь, мы составили локальную дорожную карту по реализации проекта «Клиническая медицинская сестра».

**Первый шаг.** Приказом главного врача утвердили разработанную документацию – поэтапный план внедрения, положение, должностные инструкции, листы ежедневного наблюдения за пациентом, согласно нозологиям, наблюдения за пациентом после оперативного вмешательства в раннем послеоперационном периоде и т. д.)

**Второй шаг.** Реорганизовали работу хирургического отделения. Выделили индивидуальный пост на 13 коек для пациентов, поступающих на плановое оперативное лечение. По итогам проделанной работы установили необходимость в четырех медицинских сестрах: одна дневная и три дежурных (по графику).

**Третий шаг.** Составили схемы взаимодействия индивидуальной медицинской сестры дневной и ночной смены внутри отделения. Четко прописали

функциональные обязанности дневной и дежурной медицинской сестры.

На медицинскую сестру дневной смены приходится основная нагрузка: приём пациента, выполнение назначений врача, наблюдение за пациентом, инструктаж-подготовка к исследованиям, подготовка к операции, обучение самоуходу и поведению пациента в раннем послеоперационном периоде.

В ночную смену медицинская сестра осуществляет выполнение назначений врача, наблюдение за пациентом, подготовку к операции.

**Четвёртый шаг.** В приёмном отделении приказом главного врача ввели должность медицинской сестры-координатора или ответственного по смене приёмного отделения. Определили круг обязанностей медицинской сестры координатора: приём и ведение пациентов, поступающих на плановую госпитализацию, от приемного отделения до отделения стационара, согласно маршрутизации планового пациента в соответствии с разработанным по нозологиям чек-листом с учетом контроля наличия всех необходимых обследований, анализов, консультаций для планового оперативного вмешательства.

**Пятый шаг.** Для освобождения среднего медицинского персонала отделений от транспортировки пациентов из штатов приёмного отделения организовали транспортную бригаду. Разработали стандарты транспортировки пациентов: на каталке, на носилках, в кресле-каталке. Определили маршруты транспортировки внутри и вне отделения. Ознакомили ответственных лиц с алгоритмами и СОПами.

**Шестой шаг.** Для освобождения врача от рутинной беседы с пациентом

**Программа занятий в школе  
«Подготовка больного к операции»**

**Тема занятия: «Санитарно-гигиеническая подготовка к операции»**

План занятия	Преподаватель	Время
Психологическая подготовка	Ивакина Т.А.	15 мин
Подготовка кожных покровов	Ивакина Т.А.	15 мин
Подготовка ЖКТ	Ивакина Т.А.	15 мин
Санация полости рта	Ивакина Т.А.	15 мин
Перемещение пациента	Ивакина Т.А.	15 мин

по подготовке к оперативному вмешательству, поведению пациента в раннем послеоперационном периоде и т.д. приказом главного врача была учреждена школа «Подготовка к оперативным вмешательствам». Определили должностные обязанности медицинской сестры – преподавателя школы, разработали схему работы школы, планы занятий, теоретический материал для проведения занятий с пациентами, учетно-отчетную документацию, памятки для пациентов.

Обучению в школе подлежат все пациенты, поступающие в туберкулезное легочно-хирургическое отделение ГБУЗ КО КОКФПМЦ.

Обучение проходит 1 раз в неделю в соответствии с утвержденным планом операций или в индивидуальном порядке. Группы формируют из 6–16 человек. Явку пациентов на занятия Школы обеспечивают постовые медицинские сестры отделения.

Руководит Школой старшая медицинская сестра операционного блока

Т.А. Ивакина. Координирует работу Школы главная медицинская сестра Л.И. Шагаева. Руководитель Школы ежеквартально представляет отчет о работе координатору. Пациенты проходят обучение по утвержденной программе, уровень полученных знаний контролируется с помощью устного опроса.

Среди основных задач Школы:

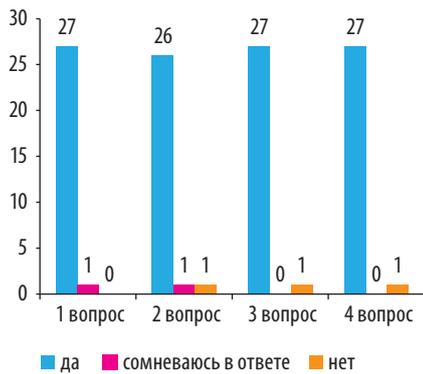
- Повышение качества подготовки больного к операции.
- Совершенствование информирования больных о предстоящем плановом оперативном вмешательстве.
- Формирование у пациентов ответственного отношения к предоперационной подготовке, повышение мотивации к оздоровлению и приверженности к лечению.

От работы школы, правильной подготовки пациента к операции, обучения пациента тому, как правильно подготовиться к оперативному вмешательству, напрямую зависят и ход операции, и послеоперационный период, и профилактика операционных осложнений.

**Седьмой шаг.** На базе отделения анестезиологии-реанимации была организована централизованная постановка наркотических и психотропных веществ (далее – нс и пв) с целью освобождения медицинских сестёр от работы с этими лекарственными средствами. Разработали необходимую документацию, методические рекомендации. Организация централизованной постановки нс и пв в структуре отделения анестезиологии и реанимации позволила сократить дефекты в работе,

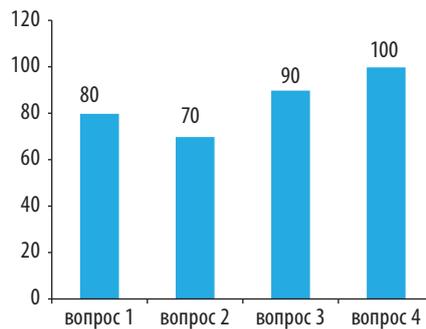


РЕЗУЛЬТАТ ОПРОСА ВРАЧЕЙ

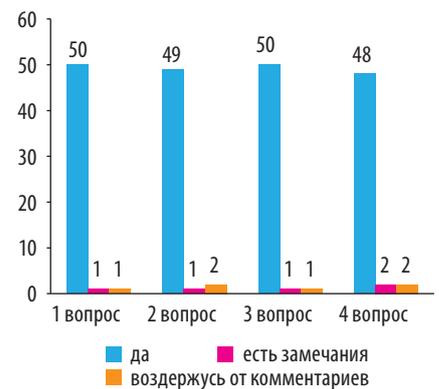


98 % врачей считают, что это нужно, правильно и целесообразно

АНКЕТА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ, РАБОТАЮЩЕЙ В ПРОЕКТЕ



АНКЕТА ПАЦИЕНТА



99 % из опрошенных пациентов ставят наивысшую оценку оказания сестринской помощи

освободить медицинских сестёр подразделений стационара от работы по обороту с нс и пв.

### Оценка результатов

Осуществив реорганизацию работы отделения, мы решили оценить правильность своих действий путем анкетирования врачей и медицинских сестер, участвующих в проекте, а также пациентов.

Врачам отделения мы задали следующие вопросы:

1. Разгрузит ли введение должности медицинской сестры клинической работу врача?
2. Целесообразно ли введение должности медицинская сестра клиническая?
3. Нужно ли расширять функции медицинской сестры?
4. Хотели бы вы далее работать в команде с медицинской сестрой клинической?

В ходе такого анкетирования выяснилось, что 98% врачей с нововведениями согласны и считают, что изменения в функционале медицинских сестёр правильны, нужны, целесообразны.

Вопросы, адресованные медицинским сестрам, были сформулированы следующим образом:

1. Произошли ли изменения в работе с введением новой должности?
2. Улучшил ли такой подход качество сестринской помощи?
3. Нужно ли, по Вашему мнению, что-то менять в деятельности медицинской сестры?
4. Хотели бы Вы работать дальше в данном проекте?

100% медицинских сестер подтвердили свое желание дальше работать в данном направлении, 90% отметили, что бесспорно так работать интереснее.

Для команды важно было знать мнение пациентов о состоявшейся реорганизации работы отделения. Чтобы его выяснить, мы составили следующие вопросы:

1. Насколько Вы доверяете медицинской сестре?
2. Важно ли, на Ваш взгляд, чтобы медицинская сестра уделяла больше времени общению, беседе с пациентом?
3. Хотели бы Вы, чтобы в дальнейшем медицинская сестра работала с Вами именно так, как сейчас?
4. Как Вы оцениваете качество помощи и ухода за пациентом со стороны медицинских сестёр Вашего отделения?

В этом опросе приняли участие 52 пациента, 99% из них отметили наи-

высшую оценку «50» новой организации сестринского ухода.

Результаты проведенного анкетирования явились основным критерием для введения должности медицинская сестра клиническая.

Для организации четкой работы нами были разработаны 52 стандартные операционные процедуры, каждая из которых обязательна к исполнению.

Следующим этапом стал переход к документации по оценке профессиональной деятельности, к работе над чек-листами, которая проводится и сейчас.

Все участники проекта положительно оценили его содержание, изменение роли медицинской сестры, перераспределение функциональных обязанностей и увеличение времени на общение медицинской сестры с пациентом. Профессиональная деятельность в должности медицинской сестры клинической соответствует полученным знаниям и умениям с учетом профессиональной самостоятельности, ответственности за пациента, взаимозаменяемости, профессионального доверия и нацеленности на достижение командного результата.

Результат чего-то нового напрямую зависит от руководителя учреждения, руководителя сестринского персонала, команды единомышленников. От их желания не отставать от современной медицины, стремления к изменениям, новым подходам к деятельности персонала, пересмотра обязанностей медицинской сестры в целом, её статуса в медицинском сообществе. Мы в этом убедились на собственном опыте!



# ПРОБЛЕМЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ



■ **Марина Вячеславовна  
АМБАРЦУМОВА**

старшая акушерка роддома ГБУЗ ЛО  
Всеволожская КМБ

Грудное вскармливание – наилучший природный инструмент сохранения здоровья. Это еще раз подтвердили мероприятия по случаю Всемирной недели грудного вскармливания, когда с совместным посланием к профессионалам обратились Исполнительный директор ЮНИСЕФ Генриетта Х. Фор и Генеральный директор ВОЗ д-р Тедрос Адханом Гебрейесус, призвав правительства защищать и способствовать расширению доступа женщин к квалифицированному консультированию по вопросам грудного вскармливания. «Поддержим грудное вскармливание и сделаем планету более здоровой» – девиз 2020 года и той работы, которую традиционно проводят акушерки и медицинские сестры родильных домов и перинатальных центров России. Опыт такой работы с нами делятся специалисты роддома ГБУЗ ЛО Всеволожская КМБ Ленинградской области.

В научно-популярном фильме «Кто качает колыбель» есть поучительный пример: только что рождённого малыша кладут маме на живот, и он сам (без помощи других) инстинктивно находит мамину грудь и начинает её сосать. Младенец бессознательно тянется к своему наиболее драгоценному источнику жизни. В отличие от искусственной молочной смеси женское молоко обладает наиболее выгодным «золотым» соотношением всего жизненно важного для малыша: воды и молока, казеина и лактольбуина, бифидофакто-



ра и железа, витаминов, жиров и углеводов. Смеси, основанные на коровьем молоке, имеют недостаток в превышении веществ, которые плохо усваиваются детским организмом (казеина, соли и др.), а также в недостатке веществ, способствующих усвоению полезных элементов. Эти недостатки обычно компенсируются искусственными ферментами, которые, впрочем, никогда не достигают золотого баланса женского молока. Простой пример: женское молоко создаёт кислую среду в кишечнике, в которой труднее возникнуть и пребывать болезнетворным бактериям. А молочная смесь, как правило, формирует щелочную среду, которая не противостоит в должной мере кишечной инфекции. Молоко матери укрепляет родственную связь матери и ребёнка, на всю жизнь повышает авторитет матери; инициирует появление антител, блокирующих инфекцию; оно прекрасно усваивается организмом младенца, способствует росту мозга, развитию нервной системы, повышению иммунитета, функционированию всех систем организма. Грудное вскармливание – это тест на зрелость материнства.

В настольной книге немецких матерей «Грудное вскармливание» (Ханны Лотроп) есть такие слова: «Во время беременности в организме будущей матери создаётся депо витаминов... Длительное кормление грудью ставит ребёнка в очень выгодные условия. Исследования показывают, что дети, которых кормили грудью полгода, болеют впоследствии в два раза реже, чем дети, которых кормили грудью менее двух месяцев. Другие исследования показали, что грудное вскармливание предохраняет детей от целого спектра заболеваний – от инфекций верхних дыхательных путей до заболеваний желудочно-кишечного тракта».

В период COVID-19 многие матери впадают в панику: можно ли женщине с COVID-19 кормить грудью. По новейшим данным ВОЗ и Союза педиатров России, данная вирусная инфекция не передаётся с молоком матери. В грудном молоке инфицированной кормящей матери не обнаружен COVID-19. Но ОРВИ передаётся от матери ребёнку при тесном контакте, воздушно-капельным путём и через слизистую. Поэтому есть риск инфицирования грудничка от мамы-носителя.

# ДЕСЯТЬ ШАГОВ НА ПУТИ К УСПЕШНОМУ ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ

Руководство ВОЗ (версия, пересмотренная в 2018 году)

## Важнейшие процедуры управления

- 1 а) Соблюдать в полном объеме Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока и соответствующие резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения.
- б) Иметь зафиксированную в письменном виде политику в отношении кормления детей грудного возраста и регулярно доводить ее до сведения медицинского персонала и родителей.
- в) Создать системы постоянного мониторинга и управления данными.
- 2 Обеспечить, чтобы персонал обладал достаточными знаниями, компетенциями и навыками для того, чтобы надлежащим образом поддерживать грудное вскармливание.

## Основные клинические практики

- 3 Обсуждать с беременными женщинами и их семьями важное значение грудного вскармливания и его технику.
- 4 Следует поощрять как можно более ранний и непрерывный контакт матери и ребенка «кожа к коже» после родов и помогать матерям начинать грудное вскармливание как можно раньше после родов.
- 5 Матерям следует предоставлять практическую поддержку, чтобы они могли начать и продолжать грудное вскармливание и научились преодолевать обычные, связанные с этим практические трудности.
- 6 Не давать новорожденным, получающим грудное вскармливание, никакого питания или питья, кроме грудного молока, за исключением случаев медицинских показаний.
- 7 Давать матерям возможность оставаться вместе со своими грудными детьми и совместно пребывать в одной палате днем и ночью.
- 8 Матерям следует оказывать поддержку и обучать распознавать сигналы и реакции их ребенка в том, что касается потребностей в кормлении, и реагировать на эти сигналы.
- 9 Консультировать матерей в отношении использования бутылочек и сосок для кормления, пустышек, а также связанных с этим рисков.
- 10 Обеспечить координацию выписки с тем, чтобы родители и их дети своевременно получали доступ к постоянной поддержке и надлежащему уходу.

## Руководство по осуществлению

Защита, содействие и поддержка **грудного вскармливания в медицинских учреждениях**, обслуживающих матерей и новорожденных: пересмотренная Инициатива по созданию в больницах благоприятных условий для грудного вскармливания



2018 г.

юнисеф

Всемирная организация здравоохранения

**The TEN STEPS to Successful Breastfeeding**

- 1 **HOSPITAL POLICIES**  
Hospitals support mothers to breastfeed by:  
- Not allowing staff to work without breastfeeding support training.  
- Having policies, procedures and protocols in place.  
- Having staff who are breastfeeding supportive.
- 2 **STAFF COMPETENCY**  
Hospitals support mothers to breastfeed by:  
- Having staff who are breastfeeding supportive.  
- Having staff who are breastfeeding supportive.
- 3 **ANTENATAL CARE**  
Hospitals support mothers to breastfeed by:  
- Encouraging the mother to breastfeed or to pump.  
- Encouraging the mother to breastfeed or to pump.
- 4 **CARE RIGHT AFTER BIRTH**  
Hospitals support mothers to breastfeed by:  
- Encouraging the mother to breastfeed or to pump.  
- Encouraging the mother to breastfeed or to pump.
- 5 **SUPPORT MOTHERS WITH BREASTFEEDING**  
Hospitals support mothers to breastfeed by:  
- Checking that mothers are breastfeeding.  
- Checking that mothers are breastfeeding.
- 6 **SUPPLEMENTING**  
Hospitals support mothers to breastfeed by:  
- Giving only breast milk when there are medical reasons.  
- Giving only breast milk when there are medical reasons.
- 7 **ROOMING-IN**  
Hospitals support mothers to breastfeed by:  
- Letting mothers and babies stay together.  
- Letting mothers and babies stay together.
- 8 **RESPONSIVE FEEDING**  
Hospitals support mothers to breastfeed by:  
- Helping mothers to respond to their baby's cues.  
- Helping mothers to respond to their baby's cues.
- 9 **BOTTLES, TEATS AND PACIFIERS**  
Hospitals support mothers to breastfeed by:  
- Giving bottles and teats only when there are medical reasons.  
- Giving bottles and teats only when there are medical reasons.
- 10 **DISCHARGE**  
Hospitals support mothers to breastfeed by:  
- Helping mothers to respond to their baby's cues.  
- Helping mothers to respond to their baby's cues.

World Health Organization | unicef

### Позиция ВОЗ по грудному вскармливанию при наличии у матери COVID-19 гласит:

**«Грудное молоко содержит антитела и другие иммунологические преимущества, которые могут помочь защитить ребенка от респираторных заболеваний. Все больше фактов подтверждают важность грудного вскармливания для роста, развития и здоровья ребенка, а также для того, чтобы помочь ему избежать ожирения и неинфекционных заболеваний в дальнейшей жизни. Даже если у матери обнаружен COVID-19, ей рекомендуется прикасаться к ребенку и держать его на руках, безопасно кормить грудью с соблюдением правил респираторной гигиены, держать ребенка “кожа-к-коже” и находиться с ним в одной комнате».**



## COVID-19 и грудное вскармливание

### Документ с изложением позиции

Грудное молоко является лучшим источником питания для младенцев, в том числе младенцев, у чьих матерей подтвержден или предполагается диагноз коронавирусной инфекции. В том случае, если зараженная мать принимает надлежащие меры предосторожности, изложенные ниже, она может кормить грудью своего ребенка. Грудное молоко содержит антитела и другие иммунологические преимущества, которые могут помочь защитить ребенка от респираторных заболеваний. Все больше фактов подтверждают важность грудного вскармливания для роста, развития и здоровья ребенка, а также для того, чтобы помочь ему избежать ожирения и неинфекционных заболеваний в дальнейшей жизни.

### Каков риск для детей, находящихся на грудном вскармливании?

На сегодняшний день вирус, вызывающий COVID-19, не был обнаружен в грудном молоке. Однако, поскольку болезнь является новой, это доказательство основано на ограниченном числе исследований. Должностные лица общественного здравоохранения продолжают получать новые данные о том, как распространяется вирус и какие риски он представляет для детей, чьи матери инфицированы. Согласно исследованиям ограниченного масштаба среди женщин с COVID-19 и другой коронавирусной инфекцией (тяжелый острый респираторный синдром, SARS-CoV), вирус не был обнаружен в грудном молоке. В недавнем исследовании, проведенном в Ухане, Китай, исследователи собрали и протестировали образцы грудного молока (при первом кормлении) шести пациенток, у которых COVID-19 был обнаружен во время беременности; все образцы дали отрицательный результат на вирус. Вместе с тем, для подтверждения этих результатов необходимы дополнительные исследования. Важно, что полученный до настоящего времени опыт показывает, что течение болезни COVID-19 обычно не является тяжелым у младенцев и детей младшего возраста. Как представляется, основной риск передачи связан с выделениями из дыхательных путей инфицированной матери.

Грудное вскармливание в этом случае допускается по желанию женщины. Ей рекомендуется соблюдать респираторную гигиену, надевать маску, мыть руки до и после контакта с ребёнком, регулярно очищать и дезинфицировать поверхности, к которым она прикасается. В случае плохого самочувствия можно сцедить грудное молоко и дать его ребёнку.

После родов у матерей может возникнуть «лактационный криз» – дефицит молока. Здесь акушерки должны помочь женщине психологически, рассказать о том, что так бывает и, главное, объяснить пути преодоления данной проблемы. В таких случаях рекомендуется принимать тёплый душ, по возможности, больше отдыхать и не впадать в панику. Организм, предоставленный естественному спокойному ходу жизни, благодарно отзовётся прибавлением молока.

Нередко пугает молодых мам случившийся застой молока (лактостаз). Грудь набухает, твердеет и мучает растерянную женщину. Здесь акушерка должна успокоить маму, научить её правильно сцеживать молоко и делать лимфодренажный массаж.

Часто при начале грудного вскармливания на сосках возникают «трещины». В таком случае акушерка дол-

жна объяснить женщине, как правильно прикладывать ребёнка к груди и терпеливо ожидать появления «мозолики» на сосках и на верхней губке ребёнка. Как новые туфли, причиняющие боль, со временем садятся хорошо на ножку, так точно происходит и с началом кормления грудью.

Воспаление молочной железы – тоже важная проблема. Профилактика маститов заключается в донесении необходимой информации по соблюдению правил личной гигиены и своевременному опорожнению молочной железы.

Существует 10 шагов к успешному грудному вскармливанию, которые желательно соблюдать во всех роддомах. Они обеспечивают максимальный контакт ребёнка с матерью и ограничивают его питание исключительно материнским молоком.

Во Всеволожском роддоме ежедневно проводится неделя грудного вскармливания – организованы информационные стенды в поддержку молодых мам. В школе беременных при роддоме проходят онлайн- и офлайн-тренинги и вебинары, обучающие будущих мам искусству кормления младенца: захвату груди, позам кормления, массажу, действиям при лактостазах и другим полезным навыкам.

Мамы, кормящие грудью, как известно, быстрее преодолевают последствия родов и восстанавливают нормальную фигуру.

Тем не менее есть распространённые ошибки и заблуждения, связанные с кормлением грудью. Непрофессиональные мнения родственников и знакомых, различные комплексы и страхи препятствуют естественному молочному вскармливанию.

При Всеволожском роддоме можно получить необходимые знания и усвоить приёмы и навыки правильного оптимального вскармливания. Знание таких приемов помогает молодым родителям сохранить столь важное для крохи получение жизненно важных веществ из самого родного для него источника.

Акушерки и молочные феи школы беременных во Всеволожке готовы оказать индивидуальную поддержку и помощь в организации грудного вскармливания, помочь преодолеть психологические и физиологические трудности, связанные с грудным кормлением, и должны проинформировать женщину, как правильно отучать ребёнка от грудного молока. Самое главное, что мы не просто учим, как правильно кормить ребёнка, но как женщине быть счастливой в материнстве.

# Функции медицинской сестры при проведении лазерной коррекции зрения у подростков



**Ольга Николаевна СОЛОМАТИНА**  
 Главная медицинская сестра  
 АНО «Клиника микрохирургии глаза  
 ВЗГЛЯД», г. Тула

Традиционные методы коррекции – очковая, контактная при высокой степени астигматизма и анизометропии не в состоянии решить в полной мере задачи полноценного исправления аномалий рефракции и создать необходимые условия для нормального развития зрительного анализатора у детей и подростков. Это, зачастую, приводит к выраженному снижению зрительных функций, к психологическим и социальным проблемам у данной категории пациентов в повседневной жизни, учебе, а в дальнейшем и в профессиональной сфере. [3]

Раннему и широкому применению кераторефракционных оперативных вмешательств, в частности эксимерлазерной хирургии, на наш взгляд, препятствует психологическая «неготовность» родителей и консервативный настрой офтальмологов.

История эксимерного лазера, активно применяемого в современной офтальмологии, начинается в 1976 году. В результате проведенных исследований установили, что безопасность использования лазерного пучка и возможность его контроля по глубине и диаметру зоны воздействия имеет особенное значение в такой деликатной области, как рефракционная хирургия.

Наиболее популярная сегодня методика LASIK (Ласик) появилась в 1989 году. Ее основным преимуществом явилось то, что поверхностные слои роговицы не затрагивались, а ис-

парение роговичной ткани происходило из средних слоев. Этот метод лазерной коррекции стал настоящей революцией в рефракционной хирургии. Безопасность использования лазерного пучка и возможность его контроля по глубине и диаметру зоны воздействия позволяет проводить коррекцию зрения под местной анестезией, за несколько минут, значительно сокращая реабилитационный период.

В АНО «Клиника микрохирургии глаза ВЗГЛЯД» проводится лазерная коррекция методикой LASIK в старшем подростковом возрасте (16–17 лет) и взрослым. За последние пять лет в клинике проведено более 100 лазерных коррекций подросткам в возрасте 16 и 17 лет. Выполняет лазерную коррекцию в клинике кандидат медицинских наук, врач офтальмохирург, доцент кафедры хирургических болезней № 1, заведующий курсом офтальмологии в Медицинском институте ТулГУ Люткевич Василий Григорьевич. Постоянные помощники доктора – операционная медицинская сестра Семина Елена Николаевна, инженер по медицинскому оборудованию, который всегда присутствует при проведении лазерной коррекции методом LASIK Тихонов А.И.

Любое оперативное вмешательство начинается с диагностических обследований и сбора анамнеза. При работе с подростками следует учитывать медицинские критерии отбора на процедуру лазерной коррекции зрения. Немало внимания при проведении диагностических мероприятий уделяется такому понятию, как спазм аккомодации. Спазм аккомодации – или, как его еще называют в медицине, ложная близорукость – это распространенная патология органов зрения, которая сопровождается нарушением функционирования глазной мышцы пациента (рис. 1).

Медицинская сестра диагностического кабинета АНО «Клиники микрохирургии глаза ВЗГЛЯД» на этапе проверки остроты зрения учитывает осо-

бенности аккомодации подросткового глаза. А именно то, что у подростков аккомодативные способности глаза выше. Дифференциальная диагностика спазма аккомодации с истинной близорукостью основана на проведении мидриатики циклоплегии.

Следует отметить, что схемы обследования и спектр диагностических манипуляций, выполняемых медицинской сестрой, в разных клиниках разнятся. И все же, как правило, применяются следующие методы в разной последовательности:

- Авторефрактометрия.
- Бесконтактная тонометрия (пневмотонометрия).
- Пахиметрия.
- Кератометрия.
- Визиометрия.
- Ультразвуковое исследование (А-сканирование) для измерения передне-заднего отрезка глаза (рис. 2).

Необходимыми условиями для оперативного лечения нарушений рефракций у подростков являются: стабильная рефракция в течение двух лет; отсутствие сопутствующей офтальмопатологии; установление психологического контакта врача с пациентом и его родителями. Для достижения взаимопонимания с подростком и родителями проводится подробная разъяснительная беседа о ходе операции, ее прогнозе. В клинике

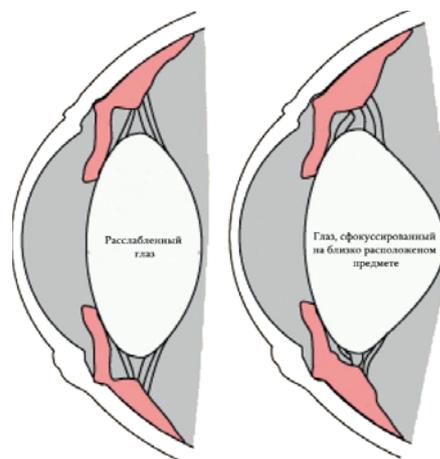


Рис. 1. Спазм аккомодации

созданы необходимые комфортные условия для адаптации пациента к лечебному учреждению и операционной.

Если противопоказаний к выполнению лазерной коррекции нет, и пациент или его представитель решает делать операцию, то понадобится еще и ряд лабораторных анализов [1]. Таких, как общий анализ крови, анализ крови на некоторые инфекции (сифилис – RW, гепатит В – HBS Ag, СПИД).

Данная манипуляция проводится без помещения в стационар. Для достижения максимальных результатов требуется налаживание взаимодействия не только врача с пациентом, но и медицинской сестры с пациентом. Непосредственно перед лазерной коррекцией медицинская сестра готовит пациента к операции, налаживая с ним психологический контакт (успокаивает и поддерживает его), и напоминает об основных этапах предстоящей процедуры, а также о правилах поведения после нее. Кроме этого медицинская сестра трехкратно с перерывом в 3–5 мин закапывает капли анестетика, обрабатывает дважды область вокруг глаз кожным антисептиком и сопровождает пациента в операционную. Следует отметить, что пациенты данной возрастной категории спокойно переносят эту операцию. Лазерная коррекция у подростков – это не просто косметическая операция, которая помогает снять очки. Многим подросткам проводят такие операции с лечебной целью. И иногда лазерная коррекция – это единственное эффективное лечение.

Во время коррекции, которая длится не более 20 минут на оба глаза, с помощью специального прибора – микрокератома отгибается поверхность

слой роговицы толщиной 130–150 микрон. После чего лазер испаряет часть роговицы, и лоскут укладывается на место. Восстановление эпителия по краю лоскута происходит в течение нескольких часов после коррекции, и он надежно фиксируется, пациент сразу же отмечает значительное улучшение зрения. Окончательно его острота восстанавливается в течение нескольких дней. Максимальный результат достигается через один месяц после лазерной коррекции (рис. 3).

Операционная медсестра не только подготавливает пациента, но и ассистирует хирургу во время проведения самой процедуры. Вся операция происходит при передаче инструментов «из рук в руки», так как процедура проходит под микроскопом и требует максимального внимания со стороны офтальмохирурга (рис. 4).

После операции медицинская сестра сопровождает пациентов в комнату отдыха, где создана максимально комфортная обстановка (комната затемнена, играет релаксирующая музыка), предлагает воду, чай.

После завершения операции необходимо строгое соблюдение всех рекомендаций врача. Памятка для пациентов АНО «Клиники микрохирургии глаза ВЗГЛЯД», перенесших лазерную коррекцию зрения, включает рекомендации по режиму закапывания капель, диете, защите глаз, физической и зрительной нагрузке, а также о запланированных визитах к врачу-офтальмологу. Такая подача информации о послеоперационном уходе и восстановлении зрительных функций, наиболее проста и удобна для пациентов.

На сегодняшний день вопрос проведения лазерной коррекции зрения у детей и подростков остается дискуссионным и открытым в силу ряда причин, среди которых следует выделить определение цели лазерной кераторефракционной операции, выбор метода анестезиологического пособия и стабильность исходной рефракции [2]. Следует учесть, что коррекция зрения у подростков при помощи лазерных методик показана не в косметических целях, а для окончательной реабилитации при таких состояниях, как рефракционная амблиопия и анизометропия.

Современное оборудование и высокая квалификация специалистов, участвующих на всех этапах процесса, обеспечивает надежный и совершенный способ восстановления зрения, позволяющий забыть об очках и контактных линзах навсегда.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».
2. Качанов А.Б., Сомов Е.Е. Применение технологии ФРК для коррекции миопии в подростковом возрасте // Современные технологии в офтальмологии, 2019. – С. 36–40.
3. Клокова О.А., Сахнов С.Н., Заболотный А.Г., Клоков А.В. К вопросу о приоритетности эксимерлазерной коррекции аномалий рефракции в комплексном лечении рефракционной и анизометропической амблиопии у детей подростков // Вестник Оренбургского государственного университета, 2015. – С. 111–114.



Рис. 2. Ультразвуковое исследование



Рис. 3. Коррекция зрения



Рис. 4. Передача инструмента «из рук в руки»

# ВКЛЮЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ КАБИНЕТОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В «ЦИФРОВУЮ КОНТУР»



**Моногарова Ю.Ю.**

Главный врач ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 7»



**Мохначева Т.Е.**

Главная медицинская сестра

Согласно стратегии развития здравоохранения создание Единой государственной электронной информационной системы включает своевременное и полное обеспечение информационного взаимодействия на основе использования информационно-коммуникационных технологий. Для этого необходимо реализовать повсеместное внедрение информационных систем в медицинских организациях, автоматизирующих организационные, лечебные и диагностические процессы, что позволит обеспечить ведение электронной медицинской карты, консолидирующей необходимую информацию о пациенте, и обеспечить доступ к федеральным информационным ресурсам с целью поддержки и своевременности принятия врачебных решений; интеграцию созданных медицинских информационных систем в единое информационное пространство и обеспечение формализованного информационного обмена с системами регионального и фе-

дерального уровней [7]. Один из ключевых принципов Единой информационной системы в сфере здравоохранения – исключение дублирования вводимой в систему информации, замещение бумажных медицинских и отчетных документов электронными в целях оптимизации времени работы медицинского работника [5]. Информатизация рассматривается как обязательная составляющая при оказании медицинской помощи.

С целью создания Единой информационной системы, а также повышения доступности и качества оказания медицинской помощи ГБУЗ «АГКБ № 7» выступила с инициативой разработки и внедрения проекта – «цифровой контура» школьно-дошкольных учреждений образования, находящихся на территории Соломбальского округа г. Архангельска.

Включение медицинских кабинетов образовательных учреждений в «цифровой контур» с медицинскими организациями: внедрение медицинских информационных систем в медицинских кабинетах на базе общеобразовательных и дошкольных учреждений; создание электронных медицинских карт в школьно-дошкольном здравоохранении.

ГБУЗ «АГКБ № 7» было принято решение проработать данное направление, ориентируясь на действующие нормативно-правовые акты.

На территории обслуживания ГБУЗ «АГКБ № 7» располагается 6 школ и 8 детских садов. Медицинские кабинеты, расположенные в общеобразовательных организациях, не работают в медицинской информационной системе учреждения «Ариадна».

Необходимо отметить, что информатизация школьно-дошкольных отделений активно внедряется другими регионами. В данном направлении активно работает Ростовская область. Они уже ориентированы на биометрическую идентификацию пациента, мобильное

автоматизированное рабочее место врача, а также используют голосовые роботы и прочие технологии в передаче информации.

Мы же поставили себе цель оценить работу школьно-дошкольного отделения и разработать комплекс мероприятий по включению медицинских кабинетов общеобразовательных организаций в «цифровой контур» с ГБУЗ «АГКБ № 7» с учетом готовности участников, проработав данное направление совместно с тремя общеобразовательными организациями.

Исходя из цели, обозначили задачи:

1) Выявить потери в школьно-дошкольном отделении с позиции Lean-технологий.

2) Разработать протоколы осмотра детей для школьно-дошкольного отделения.

3) Провести анкетирование медицинского персонала, родителей, педагогического коллектива на предмет готовности к включению в «цифровой контур».

4) Разработать предложения по включению медицинских кабинетов общеобразовательных организаций в «цифровой контур» с ГБУЗ «АГКБ № 7».

Определили участников: это две крупные школы и детский сад на территории Соломбальского округа:

- Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение муниципального образования «Город Архангельск» «Средняя школа № 52 имени Героя Советского Союза Г.И. Катарина»;
- Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение муниципального образования «Город Архангельск» «Средняя школа № 50 имени дважды Героя Советского Союза А.О. Шабалина»;
- Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение муниципального образования «Город Архангельск» «Детский сад комбинированного вида № 183».

Провели встречи с руководителями школ и детского сада, разъяснительную работу с медицинским персоналом, работающим в этих общеобразовательных организациях, установили персональные компьютеры и силами ГБУЗ «АГКБ № 7» подключили информационную систему «Ариадна».

После подготовительной работы приступили к выполнению намеченных задач. Провели анализ потерь с позиции «бережливого производства», выявили:

- лишнее перемещение медицинского персонала, связанное с необходимостью оформления медицинской документации в медицинской организации, а не на рабочем месте;
- дублирование информации в двух разных историях развития ребенка;
- дефекты оформления медицинской документации;
- перерасход лабораторных анализов, диагностических исследований, не используемых в дальнейшем;
- излишняя транспортировка медицинской документации между учреждениями;
- излишние запасы статистических бланков и неполное их применение, и еще ряд потерь, вытекающих из вышеперечисленных.

Все это сказывается на доступности и качестве медицинской помощи, а также приводит к финансовым потерям учреждения.

Одновременно были разработаны протоколы осмотра детей, наиболее часто востребованные в условиях общеобразовательных организаций. Все протоколы отличаются по структуре и имеют особенности в зависимости от ситуации. Например, протокол оказания неотложной помощи обязательно имеет поле – результат оказания неотложной помощи. Это поле является одним из критериев при проверке данного случая страховыми компаниями. Оно внесено в критические ошибки и, если данное поле не заполнено, то врач не сможет закрыть протокол. Протокол углубленного осмотра – обязательно имеет поля психического и физического развития ребенка с указанием групп здоровья. Структура протокола позволяет использовать различные медицинские калькуляторы. Напри-

мер, протокол осмотра педиатра содержит медицинский калькулятор по расчету физического развития ребенка на основе таблиц роста и веса ВОЗ. Он позволяет оценить физическое развитие ребенка в автоматизированном режиме. При внесении показателей роста и веса ребенка, при указанных ранее поле и возрасте, калькулятор рассчитывает предполагаемое физическое развитие ребенка. При внесении дополнительных сведений – окружности головы и груди – данная информация становится более достоверной. Программа автоматически выдает результат, для получения данного заключения врач тратит от трех до пяти секунд. Центильные таблицы и таблицы роста и веса ВОЗ – это целые брошюры, и на работу с ними требуется определенное время. Поэтому автоматизированный режим позволяет экономить временные трудозатраты медицинского персонала.

В следующем блоке работы для получения сведений об отношении к информационным технологиям было проведено анкетирование 753 человек:

- медицинский персонал ГБУЗ «АГКБ № 7» – 94 человека;
- родители детей, обучающихся в общеобразовательных организациях, – 626 человек;
- педагогический коллектив – 33 человека.

Для анкетирования медицинского персонала использовалась анкета, разработанная сотрудником МИАЦ г. Архангельска, ранее используемая на кафедре организации здравоохранения СГМУ. Состоит она из трех блоков, первый блок – это общая информация, второй блок вопросов оценивает уровень компетенций и навыков в области информационных технологий, в котором отражаются вопросы по всей информатизации в целом: это поиск информации в сети Интернет, информационная безопасность, знания в работе текстовых и графических редакторов, способы обмена информацией и т. д. и третий блок – мнение персонала об использовании информационных технологий в медицинской организации.

ГБУЗ «АГКБ № 7» разработаны анкеты и тесты для родителей и педагогического персонала. В них также включены общие вопросы и вопросы отношения к информационным технологиям, а также блок вопросов о получении

информации родителями о состоянии здоровья ребенка, а у педагогического персонала – вопросы о способе передачи данной информации.

Анкетирование и тестирование родителей и педагогов проводилось силами педагогического коллектива; анкета для родителей была размещена на сайте ГБУЗ «АГКБ № 7» для онлайн-анкетирования.

В результате тестирования было выявлено, что уровень компьютерной грамотности медицинских сотрудников в среднем составляет 57%, при этом прослеживается логичная закономерность: чем моложе сотрудник, тем навыки и знания персонального компьютера выше (рис. 1).

По мнению 66% медицинского персонала, с внедрением МИС увеличилась производительность труда (рис. 2), 74% опрошенных отметили положительное отношение к электронной истории болезни (рис. 3).

В анкетировании среди родителей приняли участие преимущественно женщины (77%). Большинство родите-

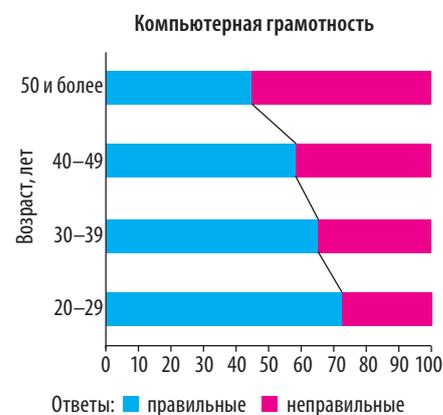


Рис. 1. Уровень компьютерной грамотности медицинского персонала



Рис. 2. Распределение мнений медицинского персонала по отношению к производительности труда

лей (72%) в возрасте до 40 лет. 87% опрошенных имеют высшее и среднее специальное образование. И практически все (81% родителей) указали в анкетах, что работают.

Наиболее распространенный способ получения информации о состоя-

Отношение к электронной истории болезни



Рис. 3. Распределение мнений медицинских работников по отношению к электронной истории болезни

Способ получения информации о состоянии здоровья ребенка



Рис. 4. Мнение родителей о способах получения информации

Сведения о состоянии здоровья ребенка



Рис. 5. Мнение родителей о необходимых сведениях в отношении здоровья детей

нии здоровья детей, по мнению родителей (530 случаев из 626 (85%) – это сам ребенок. В 30% случаев информацию о состоянии здоровья детей доносят классные руководители при личном звонке на мобильный телефон. В 20% – информацию передает школьный врач при личном звонке на мобильный телефон (рис. 4).

На выбор родителям была предложена информация о различных сведениях о состоянии здоровья детей, которые они хотели бы получать. 40% родителей желали бы получать все сведения о состоянии здоровья детей, 40% родителей выбирали как минимум 3 вопроса, по которым они хотели бы получать информацию – вакцинация, профилактические осмотры и карантинные мероприятия. И лишь 3% родителей выразили отрицательное отношение к информатизации в целом (рис. 5).

Надо отметить, что 61% родителей положительно относятся к электронному дневнику, которым они пользуются уже не первый год. И 80% родителей отмечают положительное отношение к электронному паспорту здоровья при условии надлежащей реализации идеи.

Что касается анкетирования педагогического коллектива: 24% отметили необходимость общения с родителями по вопросам здоровья детей как минимум 1 раз в неделю (рис. 6). При этом инициатором общения чаще выступает медицинский персонал, т.е. медицинские работники используют педагогов в качестве промежуточного звена для передачи информации (рис. 7).

Способ передачи информации преимущественно при личном обще-

нии с родителями 94%, в большинстве случаев длительность общения составляет 10 минут в день.

Отношение к информационным технологиям и к «цифровому контуру» в целом у педагогического коллектива положительное (соответственно 76% и 64%) (рис. 8, 9).

Таким образом, на основании проведенной работы можно сделать предварительные выводы.

Включение медицинских кабинетов в «цифровой контур» ГБУЗ «АГКБ № 7» позволит:

- сформировать единую историю развития ребенка (в настоящее время это две истории: одна территориально находится в медицинском кабинете общеобразовательных организаций, в ней отражены сведения в большей степени профилактические, другая в медицинской организации, где учитываются в основном сведения о заболеваниях);
- записывать ребенка к врачам специалистам поликлиники с рабочего места школьного врача/фельдшера;
- уменьшить нагрузку на медицинский персонал (потеря времени на перемещение);
- рационально расходовать средства учреждения (уменьшение нагрузки на транспорт, бумага, лабораторные анализы, диагностические исследования) и т.д.;
- формировать единые протоколы, что снизит трудозатраты на заполнение медицинской документации и даст возможность провести статистический анализ обращений детей в медицинский кабинет;

Частота общения с родителями



Рис. 6. Распределение мнения педагогического коллектива о частоте общения с родителями

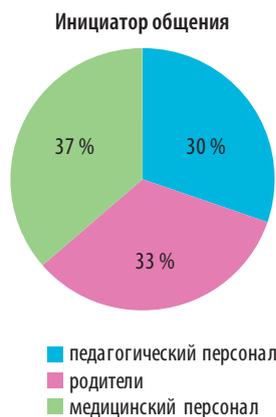


Рис. 7. Распределение мнения педагогического коллектива об инициаторе общения

- снизить штрафные санкции при проверке контролирующими органами, в том числе за счет снижения количества дефектов при оформлении медицинской документации и т.д.

Все это повысит доступность и качество медицинской помощи детям, посещающим школьно-дошкольные образовательные организации.

По результатам анкетирования можно сделать вывод о положительном отношении к информатизации в целом как у медицинского персонала (74%), так и у родителей (80%) и педагогического коллектива (64%).

Для реализации данного направления работы необходимо все общеобразовательные организации, расположенные на территории обслуживания ГБУЗ «АГКБ № 7», оборудовать оргтехникой и обеспечить выход в сеть Интернет (согласно приказу № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях»).

Обязанность медицинской организации – подключить рабочее место врача/фельдшера к медицинской информационной системе и обучение медицинского персонала навыкам работы в МИС «Ариадна».

С учетом проведенного анализа было выявлено, что родители преимущественно получают информацию о состоянии здоровья ребенка от детей и педагогов, а медицинский персонал является инициатором передачи информации, хотя согласно приказу № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период



Рис. 8. Распределение мнения педагогического коллектива об отношении к информационным технологиям

обучения и воспитания в образовательных организациях», информировать родителей – это обязанность медицинского персонала.

В качестве одного из вариантов передачи информации, можно рассмотреть портал государственных и муниципальных услуг «Госуслуги», на котором в настоящее время реализована вкладка «Мое здоровье», где каждый пациент имеет возможность в режиме онлайн видеть услуги, оказанные ему медицинской организацией. Информация о состоянии здоровья детей может быть также размещена в разделе «Семья и дети».

Наиболее уместна вкладка «Семья и дети», в которой к имеющимся услугам можно добавить услугу «Паспорт здоровья ребенка». Это напрямую позволит своевременно передавать достоверную информацию о здоровье ребенка родителям с рабочего места медицинского сотрудника без участия самого медицинского сотрудника и педагогического коллектива. Это существенно снизит трудозатраты на общение с родителями по вопросам оказания медицинской помощи детям и даст возможность родителям оперативно получать необходимую информацию.

Необходимо отметить, что это только первый этап работы, который пока носит творческий и аналитический характер. Данная работа рассмотрена в большей степени с позиции преимуществ для медицинского персонала. В последующем планируется продолжить работу в данном направлении и оценить результаты по конечным точкам, в том числе с позиции цен-



Рис. 9. Распределение мнения педагогического коллектива об отношении к «цифровому контуру»

ностей для родителей и педагогического коллектива.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вопросы организации медицинской помощи в общеобразовательных и дошкольных организациях: Решение Коллегии Министерства здравоохранения Арх. обл. от 29.12.2018 № 08 // [https://www.minzdrav29.ru/ministry/kollegii\\_ministry/2018/materialy-kollegii-20-dekabrya-2018-goda.php](https://www.minzdrav29.ru/ministry/kollegii_ministry/2018/materialy-kollegii-20-dekabrya-2018-goda.php)
2. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федер. закон РФ от 29.11.2010 № 326-ФЗ // Рос. газ. 2010. 3 дек. С. 18–20.
3. Об основах охраны здоровья граждан в РФ: Федер. закон РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ // Рос. газ. 2011. 23 нояб. С. 18–23.
4. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях. Приказ Минздрава России от 05.11.2013 N822н // Рос. газ. № 31, 2014. 12 февр.
5. О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения: Постановление Правительства РФ от 05.05.2018 № 555 (ред. от 02.02.2019) Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 07.05.2018, Собрание законодательства РФ, 14.05.2018, N20, ст. 2849.
6. О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года: Указ Президента РФ от 06.06.2019 N254 // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 07.06.2019, Собрание законодательства РФ, 10.06.2019, N23, ст. 2927
7. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015–2030 гг.: проект // <https://static-1.rosminzdrav.ru>

# Дезактив-Гель

## АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО

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

### ОПИСАНИЕ

Готовый к применению гель в виде прозрачной вязкой жидкости.

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

### СОСТАВ

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

### НАЗНАЧЕНИЕ

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

Срок годности средства—3 года.



### ПРИМЕНЕНИЕ

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

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

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

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

### МИКРОБИОЛОГИЯ

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



**Педикулицидное средство «Медилис-СУПЕР»** (водный концентрат эмульсии) предназначено для лечения головного, лобкового и платяного педикулеза у взрослого населения, а также для дезинсекции помещений от вшей и чесоточных клещей. Срок годности средства - 5 лет.

**Педикулицидное средство «Медилис-ПЕРМИФЕН»** (концентрат эмульсии) предназначено для уничтожения головных и лобковых вшей у взрослых и детей с 16 лет и уничтожения платяных вшей, импрегнации тканей (в том числе нательного и постельного белья, обмундирования) с целью предупреждения платяного педикулеза, дезинсекции помещений, обработки пациентов в ЛПУ и очагов педикулеза и чесотки против вшей и чесоточных клещей. Срок годности средства - 5 лет.

**Педикулицидное средство «Медилис-МАЛАТИОН»** (водный концентрат эмульсии) предназначено для уничтожения головных и лобковых вшей у взрослых и детей с 16 лет и уничтожения платяных вшей, импрегнации тканей (в том числе нательного и постельного белья, обмундирования) с целью предупреждения платяного педикулеза, дезинсекции помещений, обработки пациентов в ЛПУ и очагов педикулеза и чесотки против вшей и чесоточных клещей. Срок годности средства - 5 лет.

**Педикулицидное средство «Медилис-И»** (концентрат эмульсии) предназначено для уничтожения головных и лобковых вшей у взрослых и детей с 14 лет и уничтожения платяных вшей, дезинсекции помещений, обработки пациентов в ЛПУ и очагов педикулеза и чесотки против вшей и чесоточных клещей, дезинсекции в эпидемических очагах с целью контроля численности переносчиков инфекций. Срок годности средства - 5 лет.

**Педикулицидное средство «Медилис-БИО»** (готовый лосьон) предназначено для уничтожения головных и лобковых вшей у взрослых и детей с 5 лет. Срок годности средства - 4 года.

ПРОДУКЦИЯ*	СОСТАВ	ТИП ПЕДИКУЛЕЗА			ВОЗРАСТ
		ГОЛОВНОЙ	ПЛАТЯНОЙ	ЛОБКОВЫЙ	
Медилис-СУПЕР	24% фентион	+	+	+	с 16 лет
Медилис-ПЕРМИФЕН	4% перметрин+16% фентион	+	+	+	с 16 лет
Медилис-МАЛАТИОН	40% малатион	+	+	+	с 16 лет
Медилис-И	5% перметрин	+	+	+	с 14 лет
Медилис-БИО	эвгенол	+	-	+	с 5 лет

ООО «Лаборатория МедиЛИС» г.Москва.  
Российский производитель средств дезинфекции,  
дезинсекции, дератизации, и больничной гигиены.  
Тел.: +7 499 678-03-66 (многоканальный) [www.medilis.ru](http://www.medilis.ru)



\*Вся продукция зарегистрирована и сертифицирована для продажи в ЕврАзЭС