

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 5/49 2020

Сестринское дело сейчас Россия



2020
МЕЖДУНАРОДНЫЙ ГОД
МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
И АКУШЕРКИ



**ГЛОБАЛЬНАЯ КАМПАНИЯ
В НАЦИОНАЛЬНОМ МАСШТАБЕ: Курс
на расширение роли специалистов**

**Nursing now
Russia**



стр. 14

**Кадры решают все: успешный
опыт трансформации много-
профильного стационара
в ковидный госпиталь**



стр. 16

**В поддержку репродуктивного
здоровья молодежи: опыт
профилактических акций
в ДНР**



стр. 4

**Вакциномобиль — актуальное
решение проблемы вакцинации
против гриппа**

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



« В **Международный год медицинской сестры и акушерки весь мир объединился в тревожном ожидании очередных новостей с медицинских фронтов, на которых вы стали ведущими бойцами армии в непроницаемых костюмах**

Уважаемые коллеги, дорогие читатели «Вестника»!

Уходящий год вместе с надеждами и ожиданиями праздника, ярких событий, торжественных встреч принес нам тяжелейшие испытания. Более 500 тысяч медицинских работников были задействованы в оказании помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией только в нашей стране, и большинство этих специалистов – медицинские сестры. Весь мир объединился в тревожном ожидании очередных новостей с медицинских фронтов, на которых вы стали ведущими бойцами армии в непроницаемых костюмах. Весь мир узнал, что есть на свете профессия, принадлежность к которой – это бесконечный труд, часто с риском для собственной жизни и здоровья. «Ушла на смену и вернулась через две недели», – этот заголовок одной из публикаций нашего журнала в действительности стал лейтмотивом всего года в жизни медицинских сестер. И нам, профессиональной ассоциации, больше всего хочется верить, что эта война, на которую вы в одночасье попали, закончится раз и навсегда, что вы вернетесь к мирной жизни, сможете быть спокойны за своих близких, будете участвовать в жизни своей семьи.

В этой глобальной и разрушительной для мира, порядком затянувшейся истории COVID-19, Ассоциация медицинских сестер России стремилась поддержать вас. Этому в немалой степени помогли проекты РАМС, реализованные в рамках кампании «Сестринское дело сейчас – Россия». Мы увидели огромный отклик с вашей стороны. Вместе с нами десятки тысяч специалистов «ушли в сети», чтобы получить в каких-то случаях новые знания и опыт, в каких-то – моральную и психологическую поддержку; вместе с нами сотни специалистов были вовлечены в первый национальный творческий конкурс «Голос медицинской сестры России», вместе с нами десятки ли-

деров профессионального сообщества примерили на себя новые роли – онлайн-спикеров, преподавателей, ведущих образовательных мероприятий; вместе с нами вы приветствовали развернувшуюся по всей стране акцию «Скажи спасибо медсестре». Да, мы никогда не были избалованы таким вниманием, как в 2020 году, но как жаль, что это внимание нам досталось ценой огромных потерь. И мы преклоняемся вместе с вами в память о наших коллегах, которые не смогли преодолеть инфекцию, ушли из жизни, исполняя свой долг. Память о наших друзьях и соратниках навсегда останется с нами.

Все ресурсы РАМС и региональных организаций были направлены на поддержку специалистов в борьбе с вирусом, – мы искали, переводили и публиковали полезные материалы тогда, когда счет шел на дни и часы, мы подбирали психологов и педагогов, которые помогут профессиональным советом в трудную минуту, мы искали те самые СИЗы, которых так не хватало в первые недели охватившей страну пандемии... Мы стремились и смогли провести знаковое для российского здравоохранения мероприятие, посвященное старту кампании «Сестринское дело сейчас – России». Небольшая передышка между двумя вирусными волнами подарила нам встречу с руководителями российского здравоохранения, Европейского бюро ВОЗ, Международного совета медицинских сестер, лидерами и экспертами нашей профессии. Мы показали, что готовы к переменам, готовы и фактически несем уже большую ответственность чем ранее, нам нужна поддержка Министерства здравоохранения в том, чтобы здесь и сейчас медицинская сестра смогла реализовать свои профессиональные знания и свое предназначение.

Мы увидели, что политика Минздрава и Правительства России уже сделала исторический поворот, механизм передачи части клинических полномочий от врача медицинской сестре и части непрофессиональных полномочий от медицинской сестры техническому персоналу уже запущен. И сейчас экс-

перты РАМС вносят свои предложения в нормативно-правовую базу, в документы Министерства здравоохранения, регламентирующие передачу медицинским сестрам отдельных функций лечащего врача. Этот документ станет отправной точкой для лидеров сестринского дела, для коллективов организаций, которые ведут поиск оптимальных организационных решений, чтобы обеспечить население необходимой помощью, снимет ряд имеющихся нормативно-правовых барьеров в реализации сестринских инициатив.

Мы увидели, что обещания, которые в адрес нашей профессии звучали ранее, обретают смысл и значение. В этом году впервые состоялись сразу несколько наших встреч с Министром здравоохранения Михаилом Мурашко, развернулся серьезный и обстоятельный диалог с его заместителем Татьяной Семеновой. Впервые от всего сообщества членов Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций мы представили свои комментарии и пожелания к пятилетнему плану работы Европейского регионального бюро ВОЗ. Голос медицинских сестер определенно и во всех смыслах стал более значимым и обращающим на себя внимание.

Сегодня мы строим очередные планы и хотим, чтобы голос нашей профессии становился уверенным и убедительным на всех уровнях управления, во всех направлениях медицины. В начале октября состоялась Отчетно-выборная конференция РАМС, были избраны члены нового Правления организации, были сформированы уже более 20 специализированных секций, которым предстоит воплотить многие замыслы в жизнь. Хочется верить, что никакая пандемия этому не помешает!

В завершение уходящего года, исторического года для нашей профессии и кризисного для всей системы здравоохранения, года, полного стресса, риска, тяжелейшей нагрузки, позвольте пожелать вам большой внутренней силы, второго дыхания, долгожданных результатов своей неутомимой работы, счастья, благополучия и крепкого здоровья.



На обложке: 13–14 октября в режиме онлайн-конференции Россия вступила в глобальную кампанию «Сестринское дело сейчас»

СОДЕРЖАНИЕ

НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ	
Сестринское дело сейчас – Россия. Глобальная кампания в национальном масштабе: курс на расширение роли специалистов	стр. 18
Специализированная сестринская секция «Анестезиология и реаниматология»: от истоков до настоящего времени	стр. 28
СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ	
Стать лучшей версией себя. В Бокситогорской межрайонной больнице отметили 60-летие отделения СМП	стр. 6
ГЕРОИ ПРОФЕССИИ	
Ушла на сутки и вернулась через две недели	стр. 3
СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ	
Священный подвиг, священная слава. В память о кузбасских медиках – героях Великой Отечественной войны	стр. 9
«Солдаты в белых халатах». В Государственном Историческом музее прошла выставка, посвященная подвигу медицинских работников	стр. 12
КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Опыт организации работы сестринской службы в период борьбы с Covid-19	стр. 14
Послеоперационная реабилитация детей в ортопедическом отделении фтизиатрического профиля. Роль медицинской сестры	стр. 31
ИННОВАЦИОННАЯ ПРАКТИКА	
Вакциномобиль – новое решение проблемы вакцинации против гриппа	стр. 4
В поддержку репродуктивного здоровья молодежи: опыт профилактических акций в Донецкой Народной Республике	стр. 16
Организация патронажной службы в противотуберкулезном диспансере в условиях пандемии коронавирусной инфекции	стр. 23
Повышение уровня знаний по профилактике йододефицита среди студентов КБГПОУ «КРАСМТ»	стр. 25

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 15.12.2020. Отпечатано в ООО «Аллегро». Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28. Заказ № 1334. 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

ОФОРМЛЕНИЕ ПОДПИСКИ

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

УЧРЕДИТЕЛИ И ИЗДАТЕЛИ

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

РЕДАКЦИЯ

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

АДРЕС РЕДАКЦИИ

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

Я УШЛА НА СУТКИ И ВЕРНУЛАСЬ ЧЕРЕЗ 2 НЕДЕЛИ

Елена Владимировна КАРЛАШ

Администратор по связям
с общественностью
ГБУЗ ЛО «Гатчинская КМБ»

Старшая медицинская сестра терапевтического отделения стационара Гатчинской КМБ Ирина Колыбина – одна из немногих медиков Ленобласти, удостоенных регионального знака отличия «За заслуги перед здравоохранением Ленинградской области». Ежегодно этим знаком награждается не более 22 медицинских работников, из них знаком отличия II степени – не более 7. Ирина Николаевна вошла в семерку первых обладателей этой награды.

Закончив ленинградское медицинское училище № 3, она в 1993 году пришла палатной медсестрой на терапевтическое отделение Гатчинской больницы.

– Мне месяц не хватало до 18 лет: 13 августа я пришла на работу, 16 сентября исполнилось 18. Но раньше это разрешалось. Во время учебы в училище на терапии проходила практику, и так 27 лет здесь уже. На детском отделении мне не очень понравилось тогда – возможно, потому что сама еще ребенком была. А на терапии проходила и первую, и вторую, хирургическую практику. И так и осталась здесь работать.

– **А чем понравилось на терапии?**

– Не могу объяснить. То ли обстановка, то ли встретили меня хорошо –



не знаю. Нет, был момент, когда я хотела уволиться, как это часто бывает у молодых, но... Вот уже 28 лет, и в трудовой книжке – одна запись.

– **Профессиональное выгорание Вам знакомо? И есть ли какие-то свои способы, как справляться с такими моментами и состояниями?**

– Конечно, знакомо. Иногда хочется все бросить и уйти. Но домой приходишь, отдохнешь – и снова на работу. Если раньше, когда была молодая, выходила с работы и всё в голове крутила: сделала – не сде-

лала, то сейчас я научилась отключаться. Вышла с работы – всё. Дома – домашние дела. Отключаться надо уметь. И обязательно этим пользоваться.

– **Если можно – немного о Вашей семье. Муж, дети?**

– Сыну скоро 14 лет будет, дочке – 23. И я уже бабушка. Внуку 8 месяцев.

– **Хватает времени?**

– Дочка эколог. Сначала, правда, хотела быть медиком, потом передумала, а теперь ругает меня, что я не настояла, чтобы она пошла в медицину.



Вакциномобиль – новое решение проблемы вакцинации против гриппа



■ **Грищенко М.В.**
 Главная медицинская сестра
 ГАУЗ ТО Городская поликлиника № 1

В Тюменской городской поликлинике № 1 в 2020 году нашли новые возможности для решения вопроса доступности вакцинации от сезонного гриппа не только жителей микрорайона Заречный, но и пациентов из других районов города, а также его гостей.

Прививочный кабинет развернули в Комплексе медицинского передвижного лечебно-диагностического ВМК «Медицинский кабинет» на базе шасси ПАЗ в исполнении «Мобильный Центр Здоровья».

Салон автомобиля имеет длину 7150 мм, ширину 2440 мм, высоту 2952 мм. Комфортное нахождение пациента и медицинского работника в салоне автомобиля обеспечивают система кондиционирования и отопления. Обеззараживание воздуха проводится с применением облучателя закрытого типа. Стекла салона затонированы. Салон оснащен смотровой кушеткой, манипуляционным столиком, имеются столики для оформления медицинской документации, раковина с подогревом воды. Передвижной медицинский комплекс действительно просторный и светлый.

Привлечение для вакцинации специализированного «вакциномобиль» позволило не только четко и грамотно организовать работу медицинского персонала, но и обеспечить удобство и комфорт для пациентов при проведении вакцинации. График работы «вакциномобиль» в рабочие дни с 8:00 до 20:00 был утвержден приказом главного врача. Выезд бригады для



вакцинопрофилактики на объекты города в выходные дни осуществляется в определенное время, а чтобы обеспечить наибольшую массовость, «вакциномобиль» размещается рядом с торговыми центрами города. Прием и осмотр пациента перед прививкой осуществляет фельдшер, рабочее место которого оснащено необходимым медицинским оборудованием: автоматическим тонометром, инфракрасным термометром, расходным материалом одноразового применения. Во избежание непредвиденных серьезных осложнений, которые могут случиться при вакцинации, имеется набор для оказания первой помощи при анафилактическом шоке, а также набор для экстренной профилактики от заражения парентеральными инфекциями. Вакцина хранится в термоконтейнере с хладоэлементами в соответствии с требованиями температурного режима. Любая медицинская манипуляция осуществляется при соблюдении определенных требований. Например, для идентификации личности пациент должен предъявить паспорт, заполнить информированное согласие на проведение манипуляции. С этим ему охотно помогают справиться студенты Тюменского медицинского колледжа, проходящие производствен-

ную практику на базе поликлиники. Распределение ролей и слаженная работа в команде позволяют исключить неудобство для пациентов и сокращают длительность ожидания в очереди.

Фельдшер постоянно поддерживает телефонную связь со старшими медицинскими сестрами отделений поликлиники, которые контролируют направление пациентов на вакцинацию с приема врача. В этом случае согласие на прививку пациент заполняет на приеме у врача. Отчет о количестве проведенных манипуляций докладывается главному врачу каждые 3 часа посредством Viber.

Оформленные информированные согласия пациента на проведение прививки и протокол осмотра фельдшера сканируются и прикрепляются в электронную карту пациента.

Чтобы помочь маломобильным людям, лицам пожилого возраста дойти до автомобиля и подняться в салон, активно привлекается младший медицинский персонал.

С целью обеспечения безопасности в условиях новой коронавирусной инфекции каждый пациент находится в защитной маске и обрабатывает руки кожным антисептиком при входе в салон вакциномобиль.



Около 100 жителей областного центра ежедневно имеют возможность оценить новый подход медработников при проведении кампании по вакцинопрофилактике и привиться от гриппа в условиях вакциномобилья в удобное для них время. Важно рассказать пациентам о необходимости вакцинации, о самой вакцине, о том, как происходит выработка иммунитета. Поскольку вакцина начинает действовать не с первых дней, нужно успеть сделать прививки до начала сезона простудных заболеваний. А своевременная вакцина-

ция остаётся наиболее эффективным способом профилактики гриппа и его осложнений. Особенно вакцинопрофилактика рекомендуется пациентам из групп риска: пожилым, людям с хроническими заболеваниями, беременным и детям, а также работникам сфер образования, обслуживания, медицины, транспорта. Всю эту информацию нужно донести до пациента, а не просто предложить прививку или дать подписать бланк отказа от вакцинации.

Всего за неполных 4 недели через вакциномобиль прошло 1600 человек,

что составило 25% от общего числа привитых по поликлинике за этот же период. Взрослое население прививают вакцинами «Совигрипп» и «Флю-М», детское – трехвалентной вакциной «Совигрипп». Все вакцины содержат в своём составе актуальные штаммы гриппа по рекомендации ВОЗ и защищают организм, формируя иммунитет. Подобные нестандартные пути решения проблем дают положительные результаты, обеспечивая крепкий иммунитет населения в преддверии сезонных простудных заболеваний.

*Дорогие коллеги,
От имени Ассоциации медицинских сестер России
поздравляю вас с наступающим Новым годом!*

В этом году вы многому научились и многое преодолели, показали себя как профессионалы высочайшего класса, выстояли в борьбе, спасли тысячи жизней, поддержали сотни тысяч семей.

Ваш профессиональный подвиг на века войдет в историю российской и мировой медицины и сохранится в памяти грядущих поколений медиков. Искренне желаю вам, чтобы Новый год как можно скорее открыл новую страницу в вашей жизни, принес долгожданный отдых, радость встреч с близкими и друзьями.

В эти предновогодние дни хочется пожелать вам большой внутренней силы, второго дыхания, отличных результатов своей неутомимой работы, счастья, благополучия и крепкого здоровья! Пусть Новый год станет для каждого из вас добрым и светлым, осуществит самые заветные мечты и желания!

*С глубоким уважением,
В.А. Саркисова,
президент РАМС,
председатель Европейского форума
национальных сестринских и акушерских ассоциаций*

*С Новым Годом
и
Рождеством!*



Стать лучшей версией себя

■ Ирина Андреевна НИКИТИНА

Специалист по связям с общественностью ГБУЗ ЛО «Бокситогорская МБ», на период пандемии младшая медицинская сестра инфекционного стационара

*«Ты моя ровесница, Скорая – кудесница.
Нам с тобой по 60, для меня уже закат.
Ну а ты лишь расцветаешь, сил и знаний
набираешь...»*

В 2020 году Отделение скорой медицинской помощи Бокситогорской межрайонной больницы отметило 60-летний юбилей. И неслучайно рассказ о людях, стоящих на передовой защиты человеческого здоровья и спасения человеческих жизней, мы решили начать с четверостишия. Эти строки написаны фельдшером ОСМП Екатериной Станиславовной Соловьевой, которая начала и по сей день продолжает свой трудовой путь в отделении. Так случается, что жизнь человека тесно переплетается с тем местом, где он работает. И во многом перипетии и хитросплетения совместного пути, накладывая отпечаток друг на друга, повторяются в жизни отдельной личности и всего коллектива. Но сегодня речь пойдет не об одном сотруднике, а о целом коллективе, который выстоял в сложный период оптимизации медицины, сохранил славные традиции своих предшественников-наставников, внес свои

коррективы в деятельность отделения и стал лучшей версией себя.

Итак, как же все начиналось?

*«Прошлый век суровый, тяжкий...
Шля священная война,
настрадалась вся страна...
Кровью вся земля полита, да слезами вся умыта.
Боль и крик, людские стоны,
Эшелоны да вагоны, то на фронт они летят,
то обратно в тыл спешат...»*

Бокситогорская земля в годы Великой Отечественной войны была тыловым районом. В маленьком рабочем поселке металлургов размещалось в те годы более 20 госпиталей. Славные страницы истории наложили большой отпечаток на послевоенное развитие медицины в едва ли не самом отдаленном районе Ленинградской области. Борьба за жизнь человеческую местные жители научились не под ревом вражеских самолетов, а под постоянным контролем вражеской разведки. Стойко переносить тяготы русский народ умел всегда. Так и повелось в дальнейшем: отдавать себя без остатка, порой жертвуя личными интересами ради пациентов.

Больницу в Бокситогорске открыли в 1945 году, после Победы. Она состояла из двух отделений: хирургического и терапевтического. Располагалась в небольшом одноэтажном здании. Было и приемное отделение, в котором неизменно дежурили врач-терапевт

и фельдшер. Медицинские работники добирались до пациентов то пешком, то на лошадях, то на перекладных. Позднее появился в гараже и автомобиль. Всего один на всю зону обслуживания.

Временами один вызов в дальнюю деревню занимал не меньше суток. А уж если не успевали фельдшеры добраться по адресу до темноты, в любом доме встречали служителей Красного Креста с радостью, добром и гостеприимством.

Своего отделения скорой помощи в больнице в те годы не было. Любому медработнику мог оказать помощь экстренно и квалифицированно.

В 50-е годы прошлого века больница начала развиваться ускоренными темпами. Зданию стационара надстроили второй этаж, отстроили новые здания детской и взрослой поликлиник. Остро встал вопрос о необходимости организации самостоятельного отделения скорой медицинской помощи.

Первые шаги отделения скорой помощи

*«Как создали отделение
Выделили помещенье.
Проходную у ворот,
Где в больницу шел народ...»*

Вопрос о создании самостоятельного отделения скорой медицинской помощи остро встал в 1960-м году. Для работы специалистов экстренного звена было выделено крохотное помеще-

ние у ворот больничного городка. Диспетчер «скорой» в то время выполнял и роль привратника – открывал ворота въезжающему и выезжающему транспорту. Ночами, если выдавалась свободная минутка, фельдшеры и водители отделения спали прямо на полу, подложив для удобства тулупы. Диспетчерам же отдыхать во время дежурства и вовсе не приходилось. Так и проходили день за днем, год за годом. Летом, если выпадала свободная минутка, сотрудники отделения могли отдохнуть в больничном саду. Правда, для этого приходилось тайно выбираться в окошко. Строгая секретность минут отдыха обуславливалась порядками того времени. По правилам работы отделения перерывы между вызовами фельдшеры должны были посвящать саморазвитию в медицине – читать специализированную научную литературу, совершенствовать навыки в десмургии, заниматься обработкой многоразового инструмента, приводить в порядок рабочую одежду и т.д. Надо сказать, вопрос подготовки униформы был в то время крайне серьезным. Фельдшеры работали в белых халатах и накрахмаленных колпаках. Женщины всегда появлялись на рабочем месте исключительно в юбках и на ноги обували туфельки на каблуках. Сегодня такое сложно представить, но в не таком далеком прошлом это были актуальные реалии.

Несмотря на строгие установки, жили «скоровики» весело. Этот народ всегда был талантливым не только в своей профессии. Каждый имел свое хобби и делился своими достижениями в нерабочей, так сказать, мирной жизни, с коллегами. Вместе отмечали праздники, культурно проводили досуг.

На пути к современности

«Есть врачи теперь!

Ура!!!

Три машины, три поста,

Вот какая красота!..»

На разных этапах развития экстренной помощи в штат отделения входили и врачи. Педиатр, терапевт, хирург, реаниматолог, нарколог, гинеколог и другие специалисты принимали участие в оказании экстренной помощи во время дежурств на «скорой». Экстремальные ситуации, возникающие во время оказания экстренной помощи, были в эти годы сведены к минимуму. Профильные специалисты на вызовах позволяли уменьшать риски развития отрицательных последствий. Фельдшеры же могли заниматься своей профильной работой – оказанием доврачебной экстренной помощи в менее опасных ситуациях: некритическое повышение температуры, артериального давления, нарушение сердечного ритма и т.д.

На пути к современному состоянию отделение неоднократно переезжало с места на место, расширялся автопарк, совершенствовалось оборудование. Представителям столь сложной профессии необходимо всегда идти в ногу со временем. Поэтому старшее поколение «скоровиков» передавало опыт молодому пополнению, а молодежь в свою очередь привносила новшества в повседневную работу.

В трудные постперестроечные времена многие из коллектива покинули отделение. Ветераны ушли на заслуженный отдых, молодые специалисты искали места работы с более стабильным и достойным заработком. Однако

многие так и не смогли вычеркнуть «скорую» из своей жизни – вернулись обратно.

В эти тяжелые годы руководила отделением Нелли Николаевна Радченко. Многолетний бессменный старший фельдшер отделения скорой медицинской помощи Бокситогорской больницы, Нелли Николаевна сохранила свой коллектив. Она обучала новичков, поддерживала коллег в различных ситуациях – как житейских, так и рабочих. Благодаря старшему фельдшеру в современной «скорой» бригады были подобраны по совместимости характеров. Днем и ночью она всегда была на связи, всегда помогала дельным советом, сама выезжала на вызовы. Нелли Николаевна всегда с интересом осваивала новое оборудование, не стеснялась обращаться за помощью к молодым коллегам. Взаимное доверие и взаимная поддержка, теплые, почти семейные взаимоотношения, созданные и трепетно поддерживаемые в коллективе, позволили отделению пережить все невзгоды.

Бокситогорская скорая сегодня

«ЭКГ передается,

Словно в трубку песня льется.

По акустике сигнал,

Вот какой прогресс настал...»

На пути к современному состоянию отделения экстренной помощи прошли многие метаморфозы. Менялось время, изменялись требования, появились стандарты оказания медицинской помощи при различных состояниях пациентов. Для бригад скорой помощи было установлено и время доезда до адреса.



Сегодня Бокситогорское отделение скорой медицинской помощи входит в состав единого ОСМП ГБУЗ ЛО «Бокситогорская межрайонная больница» наравне с пикалевской, ефимовской и заборьевской «скорой». Зона обслуживания, как и прежде, остается обширной. Специфика Бокситогорского района такова, что при небольшом количестве населения деревни и села самым причудливым образом располагаются на большой территории и порой в самых недоступных местах. До сих пор в народе говорят, отсылая к славным страницам истории нашего края: «Чтобы немец не прошел». А наша «скорая» преодолевает любые преграды.

Но есть в жизни отделения и много хорошего. При поддержке Комитета по здравоохранению Ленинградской области, областной Профессиональной ассоциации специалистов сестринского дела новшества проникают в жизнь отделения постоянно и планомерно. Закупается оборудование, автотранспорт, проводятся тематические обучающие конференции, вебинары и семинары. В юбилейный год наша скорая помощь въехала в свежее отремонтированное помещение со светлыми уютными кабинетами, эргономично зонированное. Здесь есть и рабочие помещения, и обеденная зона, и зона отдыха. Сотрудники отделения принимали активное участие в создании проекта обновления своего «дома».

Хочется сказать несколько слов и об оснащении «скорой». Сегодня

в автопарке уже не РАФы и «буханки», а современные, оборудованные по последнему слову техники «Форды» и «Соболи», предназначенные для выездов в разную местность. Одни автомобили скоростные, предназначенные для перемещения по асфальтированным автодорогам. Другие – проходимые тихоходы, на которых можно добраться до самых отдаленных деревень. К сожалению, и сегодня фельдшерам-«скоровикам» приходится добираться до больных в экстремальных условиях – переходя по подвесным или полуразрушенным мостам, преодолевая на лодках водные препятствия. Но они с пониманием относятся к трудностям. «Кто, если не мы!», – таков их ответ.

Зато теперь в активе отделения современная аппаратура. Например, аппараты ЭКГ «Валента» позволяют в режиме онлайн передать кардиограмму в областные лечебные учреждения, получить необходимую консультацию и маршрутизировать пациента в соответствии с его заболеванием, не теряя драгоценные минуты.

Дефибрилляторы, дыхательные аппараты, кислородная подводка в автомобилях, пневматические средства иммобилизации – теперь это реальность.

Ушли в прошлое и многоразовые инструменты. Сегодня на вооружении экстренной службы функциональный одноразовый инструментарий, о котором предшественники современных «скоровиков» могли только мечтать.

Сотрудники Бокситогорского отделения СМП всегда шли в ногу со временем. Это одна из давних традиций, один из основополагающих принципов качественной работы экстренной службы. Здесь не канули в лету и наставления ветеранов, и давние традиции. Сегодня наше отделение – все та же «скоровская» семья, где каждый готов прийти на помощь в любую минуту. Ведь главное в их работе – это психологический комфорт, позволяющий оперативно реагировать на изменение ситуации, молниеносно принимать верные решения, даже не имея в штате профильных специалистов. Сегодня фельдшер скорой помощи самостоятельно справляется даже с самой, казалось бы, безнадежной ситуацией, доставляя больного в приемный покой медорганизации для дальнейшего лечения.

Делу – время

Работа в отделении скорой помощи занимает львиную долю времени сотрудников. Сегодня, когда проблема кадрового дефицита находится только на стадии решения, фельдшеры выполняют свой медицинский долг в напряженном графике. Иногда приходится выходить на линию и через сутки после дежурства. Однако талантливый человек талантлив во всем. И о своих талантах не забывает. В перерывах между дежурствами, зачастую в короткие минуты отдыха между вызовами, бокситогорские «скоровики» позволяют творческому началу захлестнуть повседневность. Одни пишут стихи, другие рисуют шаржи, третьи занимаются спортом. Есть среди наших коллег и любители садово-огородных и кулинарных экспериментов. А самое главное, все они, являясь дружной семьей на работе, продолжают дружить семьями и за пределами отделения. Ведь не даром 60-летний юбилей собрались отметить большой веселой компанией, разделив радостное событие с родными и близкими. Были и песни, были и танцы, были и творческие номера. Даже несмотря на трудности года 20-го, звучал на празднике громкий смех, задорные поздравления и искрометные шутки. А после – с новыми силами в бой за жизнь и здоровье своих пациентов.



СВЯЩЕННЫЙ ПОДВИГ, СВЯЩЕННАЯ СЛАВА

75-ЛЕТИЮ ВЕЛИКОЙ ПОБЕДЫ ПОСВЯЩАЕТСЯ...



■ Тамара Васильевна ДРУЖИНИНА

Президент Ассоциации медицинских сестёр Кузбасса, заслуженный работник здравоохранения РФ, член Общественной палаты Кемеровской области

КНИГА ПАМЯТИ

2020 год был призван стать грандиозным праздником для медицинских сестер и акушерок всех стран и народов, но стал настоящим полем боя, где сестры снова стали солдатами в белых одеждах. Как все это переключается с событиями Великой Отечественной войны, 75-летие которой мы отметили в этом году.

К этой дате, пронзительно отзывающейся в сердце каждого из нас, были подготовлены и проведены встречи, открыты музейные экспозиции, опубликованы очерки и целые книги, посвященные подвигу военных медиков.

Не осталась в стороне и Ассоциация медицинских сестер Кузбасса, рассказав о медицинских сёстрах, акушерках, фельдшерах, лаборантах, санитарках Кузбасской земли, спасавших бойцов на фронте и в госпиталях.

«Наша Книга Памяти особая! Она о том, как дорого время, как дорога память, как немислима, бесчеловечна и жестока

была та самая Великая Отечественная война, через которую прошли наши родные люди. Мы не имеем никакого морального права забыть ни о войне, ни о людях на войне, сколько бы ни прошло времени. Поэтому мы ещё и ещё раз говорим, вспоминаем и помним о них, всех героях без исключения.

Мы, медицинские сёстры, акушерки, фельдшера, лаборанты, санитары сегодняшнего времени, преклоняемся перед мужеством, профессионализмом и стойкостью тех фронтовых девочек-сестричек. Мы постараемся быть вас достойными и сохранить ваше милосердие и дух сестричества, передавая из поколения в поколение память о вас», – отметила в приветствии к читателям и коллегам Тамара Васильевна Дружинина, президент Ассоциации медицинских сестёр Кузбасса.

В этом и последующих выпусках «Вестника» мы познакомим читателей со славными и героическими страницами истории подвига медицинских сестёр Кузбасса.

2020-й – год, когда мы отмечаем 75-летие Великой Победы нашего народа в Великой Отечественной войне. Мы склоняем головы в память о павших в боях. Мы вечно будем чтить подвиг солдат и офицеров, сражавшихся на фронте и сумевших дать отпор грозному врагу, и отдавать дань уважения нашим ветеранам.

А отдельной строкой в летописи той войны всегда должна идти память о подвиге, который совершили медики Великой Отечественной, сумевшие сохранить миллионы человеческих жизней. Кто знает, какой была бы история, если бы не способность нашей медицины, нашего

здравоохранения консолидировать в считанные месяцы все силы и бросить их на спасение советских воинов?! Сегодня нам даже трудно осознать, охватить мыслью масштабы сделанного на фронте и в тылу, чтобы организовать помощь раненым бойцам, не допустить возникновения эпидемий, сберечь подрастающее поколение, создать службу охраны здоровья рабочих оборонных предприятий, обеспечить население медицинской помощью.

Военно-медицинская служба опиралась в своей работе на поддержку всего советского народа.

И в первую очередь сыграло свою роль то, что состояла она из высококвалифицированных медицинских кадров, умело, самоотверженно выполняющих свой долг в любых условиях.

Советская медицина действовала в те годы все человеческие, научные, технические, материальные резервы, которыми располагала. Самые ценные

Медицинская служба сумела вернуть в строй более **17 млн** раненых и больных воинов

кадры были мобилизованы в ряды Красной армии и Военно-Морского Флота или работали в системе эвакуационно-госпиталей Народного комиссариата здравоохранения СССР. Личный состав военно-медицинской службы Вооружённых Сил СССР вместе со всеми медицинскими работниками страны вёл упорную борьбу за спасение жизни, восстановление здоровья раненых и больных защитников Родины. И этот напряжённый и доблестный труд был вознаграждён как никогда. Ведь процент уволенных из рядов Вооружённых Сил из-за невозможности продолжать службу по состоянию здоровья оказался значительно ниже, чем в прошлых войнах, а процент возвращённых в строй раненых и больных стал, наоборот, гораздо выше, чем когда-либо в истории человечества.

За годы войны было возвращено в строй свыше 72,3% раненых и более 90,6% больных. Исходя из абсолютных величин санитарных потерь, эти показатели соответствуют миллионным солдатам и офицерам. Так, из 14,5 млн раненых вернулись на фронт более 10,5 млн из 7,5 млн больных – около 6,8 млн. Таким образом, медицинская служба сумела вернуть в строй более 17 млн раненых и больных воинов.

А ведь каждый излечившийся раненый представлял громадную ценность для действующей армии! Человек, который побывал в бою, который на практике освоил современную боевую технику, один стоит десятка необстрелянных, не соприкасавшихся на деле с этой техникой.

Однако работа медслужбы в годы войны не ограничивалась решением только лечебно-эвакуационных задач. Не меньшее значение для войск имело санитарно-гигиеническое и противоэпидемическое обеспечение армии: совер-

шение организации санитарного надзора за водоснабжением, питанием и размещением бойцов в полевых условиях. Проводились эффективные мероприятия по выявлению, локализации и ликвидации очагов эпидемических заболеваний в войсках и среди местного населения, особенно в освобождённых от противника районах.

А ведь для возникновения страшных эпидемий были все предпосылки. Осенью и зимой 1941–1942 годов начало

«Успехи, достигнутые в лечении раненых и больных, в возвращении их в строй и к труду, по своему значению и объёму равны выигрышу крупнейших стратегических сражений», – говорится в книге «Вторая мировая война».

расти число больных сыпным тифом, а также дизентерией, брюшным и возвратным тифом. Тогда Государственным комитетом обороны было издано постановление от 2 февраля 1942 года: во всех республиках, краях, областях, городах и районах были созданы чрезвычайные противоэпидемические комиссии, наделённые широкими полномочиями; прокуратуре предписывалось привлекать к строгой ответственности нарушителей санитарного порядка. Основная тяжесть борьбы с пожаром эпидемий ложилась на плечи медиков, а также санитарной общественности. В стране работали санитарные звенья, санитарные посты, санитарные дружины, общественные санитарные инспекторы – многотысячный актив. Врачи и их помощники проводили подворные и поквартирные обходы, контролировали ситуацию в жилых домах, общежитиях, столо-

вых и магазинах. На путях движения к фронту была создана разветвлённая сеть санитарно-заградительных барьеров. Под постоянным контролем медиков находились железные дороги, где работали санитарно-контрольные, observationalные и изоляционно-пропускные пункты. Проводился осмотр поездов, вагонов и пассажиров, заболевших и подозреваемых в заболевании изолировали сразу. Только за 10 месяцев 1943 года было осмотрено 121 169 поездов, около 2 млн отдельно следовавших вагонов, почти 20 млн пассажиров. Санитарную обработку в специальных санпропускниках прошли свыше 5 млн человек. Медики обнаружили в поездах и направили в больницы 69 тысяч больных, ещё 30 тысяч человек поместили в вагоны-изоляторы.

Для предупреждения сыпного тифа и других инфекционных болезней использовалась новейшая система вакцинации. В результате самое страшное удалось предотвратить: эпидемиям сороковых далеко до чудовищных масштабов эпидемий войн прошлого. Медслужба достигла серьёзных успехов в лечении инфекционных больных: за период 1941–1945 годов только возвращённые в строй больные сыпным тифом составили 94,35%, брюшным тифом – 87,65%.

Потомкам трудно оценить, в каких сложных и опасных условиях трудились медики Великой Отечественной войны. Общие потери медицинской службы армии и флота составили 210 601 человек, что в 10,5 раз больше потерь медицинской службы вооружённых сил США во Второй мировой войне. В страшной мясорубке войны погибли и пропали без вести 84 793 медика: 5319 врачей и 9198 средних медицинских работников, 22 723 санитарных инструктора и 47 553 санитаров и санитарно-носильщика. Общие сани-





тарные потери среди медицинского состава составили 125 808 человек.

Руководство страны высоко оценило деятельность работников военного и гражданского здравоохранения: более 116 тысяч человек были награждены орденами и медалями, 50 удостоены званий Героя Советского Союза и Героя Социалистического Труда, 13 стали кавалерами полководческих орденов. Награждены боевыми орденами 47 госпиталей, медико-санитарных батальонов и других медицинских частей и учреждений. Но самое главное – медицинская служба Красной армии полностью выполнила стоявшие перед ней задачи и ценой героического труда, а зачастую и жизни своих сотрудников способствовала достижению Победы.

В летописи Великой Отечественной войны есть строки, посвящённые ратному труду и подвигу медиков-кузбассовцев. Из всех врачей, а перед войной в Кузбассе их работало чуть более 1000, гражданскую одежду на военную форму сменили свыше 200. Добровольцами и по призыву на фронт уходили фельдшеры и медсёстры. Уже в первые месяцы войны 180 медработников из Кемерово, 320 из Новокузнецка, 100 из Анжеро-Судженска выехали к месту боевых действий. Только за первый год войны здесь на многочисленных курсах было подготовлено около 15 тысяч медсестёр и санитаров – они составили основу медицинской службы кузбасских соединений. Отважные девушки-сибирячки рядом с бойцами шли в атаку и не только спасали их жизнь, но в критические моменты брали в руки оружие и вступали в бой.

В июле 1941 года был издан приказ № 281 Наркома обороны, приравнивающий спасение раненых к боевому подвигу: за вынос 25 раненых с оружием мед-

работника стали представлять к ордену Красной Звезды, 40 – к ордену Красного Знамени, 80 – к ордену Ленина. Всех этих боевых наград были удостоены и наши землячки. Однако известно немало случаев, когда попытка вынести раненого с поля боя стоила жизни двум или трём санитарам, которых солдаты прикрывали огнём. Погибали сандружинницы, санитары и медсёстры... Многие из них были награждены уже посмертно.

В годы войны Кузбасс стал мощной госпитальной базой. Самоотверженность медицинских работников спасала уже почти обречённых бойцов – многие из них находились на грани жизни и смерти после транспортировки с тяжёлыми ранениями. Операции им часто делались на 17-й день и даже позже – и многие из них всё равно выздоравливали. И это не чудо, а результат напряжённой работы и самоотдачи сотен тыловых медиков.

Кадры для военно-медицинских учреждений готовились в основном высшими и средними медицинскими учебными заведениями. Они обеспечивали фронт военными врачами, фельдшерами, отчасти медицинскими сёстрами. А подготовку работников массовой специальности: медицинских сестёр, санитаров и санитарок – осуществляло общество Красного Креста. Комитеты перестроили свою работу, направив усилия на обучение женщин и девушек в учебных заведениях РОККа. За годы Великой Отечественной войны им было подготовлено 263 669 медсестёр, 457 286 дружинниц и санитаров, 39 956 санитаров, для местной противовоздушной обороны сформировано 5247 сандружин и 210 тысяч санпостов.

Комитеты обществ Красного Креста и Красного Полумесяца брали шефство над тыловыми госпиталями. К концу 1945 года в Советском Красном Кресте насчитывалось более 11 млн членов, объединённых в 200 тысяч первичных организаций. Кроме того, с 1941 по 1949 годы санитарно-эпидемиологические отряды Советского Красного Креста работали в разных странах (Китай,

Северная Корея, Польша) на ликвидации эпидемии чумы, вспышек тифа, очагов холеры, оспы и других инфекционных заболеваний. Только в городах Северной Кореи Советский Красный Крест развернул семнадцать госпиталей, в восьми городах Китая действовали его отряды, больницы и медицинские пункты.

Говорят, война – дело не женское, но сколько их – матерей, жён, сестёр – вынесли все тяготы военного времени на фронте и в тылу. Советские женщины показывали пример героизма, самоотверженности, презрения к смерти в тех случаях, когда надо было помочь ближнему. Женщины составляли 46% всего медицинского состава действующей армии. Почти миллион женщин в нашей стране (такого история не знала) стали солдатами. Среди фронтовых врачей женщины составляли 41%, в числе военных хирургов их было 43%, военных фельдшеров – 43%, медицинских сестёр – 100%, а санитаров и санитарок – 40%. На отдельных же фронтах численность медицинских работников – женщин была значительно выше, особенно в тыловых военно-медицинских учреждениях. Боевые заслуги этих храбрых девушек всегда будет помнить наша страна.

Почти миллион женщин в нашей стране (такого история не знала) стали солдатами

«Солдаты в белых халатах»



■ **Ерохина Е.Г.**

исполнительный директор РООМС

В Государственном Историческом музее впервые прошла уникальная выставка «Медики в годы Великой Отечественной войны», посвященная бессмертному, но так мало освещенному подвигу медицинских работников – санитаров, фельдшеров, санинструкторов, медицинских сестер, врачей. А ведь это благодаря их титаническому труду в строй было возвращено 72,3% раненых и 90,6% больных, это их усилиями удалось предотвратить эпидемии среди мирного населения и на фронтах, которые могли бы стать катастрофическими по своим последствиям.

И вот сегодня наконец мы имеем возможность воздать дань памяти их труду.

На выставке представлены материалы из фондов Исторического музея, медицинских музеев и частных собраний, личные вещи как рядовых медсестер и врачей, так и выдающихся ученых, хирургов, академиков, большинство из которых экспонируются впервые.

Первое, что нас встречает – витрина с изящными платяницами и туфельками 40-х годов и тут же – военная форма из суровой ткани и огромные кирзовые сапоги. Никто не предполагал, что женщинам придется воевать, потому и не было маленьких размеров. «И для того, чтобы эти сапоги не сваливались и не натерли ноги приходилось девочкам наматывать по несколько штук портянок», – поясняет нам хранитель выставки Мария Кречетова. На стене фотография – группа девочек, вчерашних школьниц 57-й московской школы, в обычных платьях, с медицинскими



**ДРУЖИНИЦЫ КРАСНОГО КРЕСТА!
НЕ ОСТАВИМ НА ПОЛЕ БОЯ НИ РАНЕНОГО, НИ ЕГО ОРУЖИЯ**

сумками через плечо, спешащих записаться в ряды Красной армии.

*До сих пор не совсем понимаю,
Как же я и худа, и мала,
Сквозь пожары к победному маю
В кирзачах стопудовых дошла.*

Это стихотворение Юлии Друниной, записавшейся добровольцем в санитарную дружину и прошедшую дорогами войны.

Стихотворения поэтов-фронтовиков, так же как и фотографии, сделанные военными корреспондентами, сопровождают всю экспозицию.

Помимо фотографий мы увидели единственные в своем роде агитационные плакаты художественной мастерской «Окна ТАСС», которая была организована на следующий день после объявления войны, первый плакат был выпущен уже 27 июня 1941 года, в дальнейшем плакаты выходили каждую неделю и делались они художниками на скорую руку.

«На фронт, на фронт, лечить бойцов!», «Перевязка раненого» и самый, пожалуй, известный плакат «Дружинница Красного Креста! Не оставляй на поле боя ни раненого, ни его оружия!»

Витрины с экспонатами стилизованы под носилки, подсвеченные красным, символизирующим цвет крови, которой насквозь были пропитаны носилки. В витринах представлены под-

линные предметы, найденные на местах размещения госпиталей, медсанбатов, аутентичные медицинские инструменты, перевязочные материалы, иммобилизационные шины, склянки из-под лекарственных препаратов.

Есть здесь и инсталляция вагона санитарного поезда, где можно не только потрогать, но и полежать на носилках, есть и прототип операционной полевой палатки, и транспортировочные сани, использовавшиеся для перевозки раненых в зимнее время.

На интерактивных панелях можно полистать альбомы с фотографиями, посмотреть архивные документы и литературу.

Отдельное внимание уделено работе врачей в лагерях для военнопленных. В тяжелейших условиях плена они продолжали оказывать помощь больным и раненым, до конца оставаясь преданными своему долгу. Уникальна витрина, посвященная военному врачу Федору Ивановичу Чумакову. С начала войны по август 1942 года он служил военврачом на Западном и Сталинградских фронтах. Был пленен, но ему посчастливилось – он выжил, вернулся, пройдя многочисленные проверки, работал в Московском туберкулезном институте МЗ РСФСР, в ЛОР-клинике МОНИКИ, в 1974 году защитил докторскую диссертацию. Смог сохранить артефакты, связанные

с его пребыванием в плену. Мы видим медицинские инструменты, личный номер военнопленного, бритвенный набор, чемодан, но самое главное – его записные книжки, в которых он чертил анатомические схемы, писал заметки об операциях, интересных случаях из практики, писал стихи. А изготовлены эти книжки... из «гробовой бумаги». Умерших в лагере, как и немецких солдат на полях сражений, хоронили в больших бумажных мешках из крепкой бумаги. А так как в лагере ежедневно умирало до 20 человек, то мешки расходовались в изобилии. Федор Иванович оставил мемуары «Война и плен (воспоминания врача)», в том числе авторский перевод на немецкий язык, опубликованный в 2009 году в Германии. Хочется надеяться, что когда-нибудь они будут изданы и у нас.

В экспозиции большое место занимают графические и живописные работы художников военного времени, выполненных на фронте и в госпиталях. Ведь нередко портреты могли оказаться последним прижизненным изображением человека, и теперь это уникальные документы, свидетельства подвига народа.

Елена Александровна Афанасьева, московская художница, в 1941–1942 годы работала в эвакогоспитале

№ 290, где она не только создала огромное количество портретов сотрудников госпиталя и находящихся на излечении, но и помогала ухаживать за ранеными. Ростислав Горелов был потомственным живописцем, в 1943-м выезжал на фронт делать зарисовки, на которых вел дневниковые записи. Что удивительно, по фронтовым портретам некоторым удалось разыскать своих родственников! И это повлекло за собой создание проекта «Неизвестный солдат», на сайте которого опубликованы оцифрованные фронтовые рисунки – военных, врачей, медсестер. Таким образом попробовать найти родственников может каждый.

На выставке нашла отражение и преемственность поколений: некоторые экспонаты предоставлены врачами, чьи предшествующие поколения

лечили раненых во время войны. Так, Владимир Михайлович Розин, главный детский хирург больницы им. Сперанского, предоставил архивные материалы своего деда Николая Ефимовича Граната, в годы войны служившего начальником военно-санитарного поезда, а также приказ об объявлении благодарности участнику освобождения г. Орша его отцу Михаилу Вениаминовичу Розиницу.

Сын Екатерины Деминой (Михайлов) – Героя Советского Союза, единственной женщины, служившей в разведке морской пехоты, – передал для проекта выписку из приказа командующего Каспийской флотилией о награждении, уникальную фотографию Екатерины Илларионовны, сделанную и подписанную фотокорреспондентом

попала под бомбежку, вследствие которой потеряла ногу. Вместе с сыном прошла все ужасы плена, но им удалось выжить.

На выставке можно увидеть не имеющую аналогов коллекцию хирурга Николая Константиновича Митропольского, во время войны занимавшего должность ведущего хирурга эвакогоспиталя 1734. Пули и осколки снарядов, извлечённые из ран бойцов, он подписывал и вел журнал, в котором отмечал пациентов с описанием ранений. Коллекцию предоставила Коломенская городская общественная организация поисковый отряд «Суворов». В числе экспонатов выставки находятся мемориальные вещи и документы из семейного архива главного хирурга РККА академика Н.Н. Бурденко; профессора Н.Н. Еланского и других военных медиков.

Тамбовский областной краеведческий музей передал мемориальные экспонаты, принадлежащие великому русскому врачу Валентину Феликсовичу Войно-Ясенецкому, архиепископу Луке, после смерти причисленного к лику святых. Московская духовная академия предоставила бюст святителя Луки, выполненный в 1946 году скульптором М.П. Олениным.

Вот так мы прошли этот путь от вчерашних школь-



том Евгением Халдеем, и ее нагрудный знак «Отличник ВМФ» – единственное, что осталось от наград Екатерины Илларионовны, так как в 2008 году в ее квартиру под видом соцработников пришли две женщины и украли все награды – звезду Героя Советского Союза, орден Ленина, два ордена Красного Знамени, два ордена Отечественной войны, медаль имени Флоренс Найтингейл.

Здесь же удостоверение и медаль за оборону Севастополя Анастасии Ивановны Шершневой, переданная в фонд Государственного исторического музея ее сыном. Анастасия Ивановна, будучи медицинской сестрой в осажденном Севастополе, спасала раненых вместе со своим 10-летним сыном, выполнявшим обязанности санитаря. Во время эвакуации раненых

ниц до врача – святого...

Символично, что бюст святителя Луки расположен напротив композиции, подсвеченной красным цветом: деревянный крест, внутри которого стеклянный куб со смертоносным оружием. Таков замысел художника выставки Фатали Талыбова – крест побеждает оружие, а значит и смерть.

Выставка – дань памяти и признания заслуг людей, воевавших не с ружьем, а с бинтами, носилками, хирургическими инструментами, которые в тяжелое время находились на переднем крае борьбы за жизни тех, кто в кровопролитных боях отстаивал нашу Родину.

*И откуда взялось столько силы
Даже в самых слабейших из нас?
Что гадать! – Был и есть у России
Вечной прочности вечный запас.*

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБЫ В ПЕРИОД БОРЬБЫ С COVID-19



Александр Владимирович ГОЛУБЕВ

Старший медицинский брат
ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Виноградова ДЗМ»

Численность среднего медицинского персонала в Российской Федерации составляет более 1,3 млн человек. Поэтому неудивительно, что в период борьбы с пандемией львиная доля решения организационных моментов легла на плечи медицинских сестер.

Городская клиническая больница им. В.В. Виноградова Департамента здравоохранения города Москвы – одна из больниц московской городской системы здравоохранения, стены которой распахнулись на прием пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) в период пандемии весной 2020 года.

COVID-19 (от англ. COronaVirus Disease 2019) – новая коронавирусная инфекция – тяжелое заболевание, влияющее на дыхательную систему человека. Наиболее распространенным клиническим проявлением нового варианта коронавирусной инфекции является двусторонняя пневмония. Учитывая высокую патогенность, вирус SARS-CoV-2 отнесен ко II группе патогенности.

Распространение вируса SARS-CoV-2 началось в конце 2019 года в Китайской Народной Республике с города Ухань (провинция Хубей), который стал эпицентром новой инфекции. Уже 11 февраля 2020 года Всемирная организация здравоохранения определила официальное название инфекции, вызванной новым коронавирусом, – COVID-19 (Coronavirus disease 2019). Международный комитет по таксономии вирусов 11 февраля 2020 года присво-



ил официальное название возбудителю инфекции – SARS-CoV-2.

Передача коронавируса осуществляется воздушно-капельным, воздушно-пылевым и контактным путями. Ведущим путем передачи SARS-CoV-2 является воздушно-капельный. Основным источником инфекции выступает больной человек.

Первым городом Российской Федерации, который столкнулся с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) в крупных масштабах, стала Москва.

В связи с мерами по противодействию распространения новой коронавирусной инфекции в городе Москве, в марте 2020 года было принято решение о перепрофилировании одного из корпусов ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Виноградова ДЗМ» для госпитализации пациентов с подозрением на COVID-19 и подтвержденным диагнозом COVID-19.

С момента принятия решения о перепрофилировании корпуса на 280 пациентов (из них 36 коек для реанимационных больных) до начала приема первых пациентов с коронавирусной инфекцией было дано около двух недель. Под это был выделен трехэтажный неврологический корпус (корпус № 8) на территории ГКБ им. В.В. Виноградова. На первом этаже было ре-

СПРАВКА

Городская клиническая больница им. В.В. Виноградова Департамента здравоохранения Москвы является единственным стационарным многопрофильным, скорпомощным учреждением здравоохранения в Юго-Западном административном округе. Общая площадь всех корпусов больницы более 32 000 м². Больница является объединением, в состав которого входят: Городская клиническая больница им. В.В. Виноградова; филиал № 1 (родильный дом № 4); филиал № 2 (женская консультация № 13) и 10 женских консультаций ЗАО и ЮЗАО. Коечный фонд: 853 койки (673 койки в стационаре больницы и 180 коек в роддоме).

шено развернуть санпропускник для медицинского персонала, приемный покой, отделение анестезиологии-реанимации для пациентов с COVID-19 на 36 коек, КТ-кабинет, на втором и третьем этажах было открыто терапевтическое отделение.

За период подготовки к открытию были произведены ремонтные работы: в палатах установлены санузлы и душевые кабины, чтобы пациенты не перемещались по отделению во время госпитализации, в каждом помещении корпуса установлены бактерицидные установки



для обеззараживания воздуха, в соответствии с санитарными правилами определено место для санпропускника с душевыми кабинами для медицинских работников, установлены перегородки для разделения на «красную» и «чистую» зоны, в зонах размещены санитайзеры с антисептиками. В кратчайшие сроки около корпуса была построена площадка для обработки санитарного транспорта, участвующего в транспортировке пациентов с COVID-19, определено место для временного сбора чрезвычайно опасных отходов класса «В», проработан в действии алгоритм работы медицинской сестры с особо опасными отходами класса «В».

На основе временных методических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19» в ГКБ им. В.В. Виноградова производился расчет и запас лекарственных средств и расходных материалов для организации лечебной деятельности корпуса, старшими медицинскими сестрами обеспечен необходимый запас в отделениях терапии и реанимации. Доставлено медицинское оборудование: мониторы, тонометры, нейбулайзеры, пульсоксиметры, аппараты ИВЛ, шприцевые дозаторы, бесконтактные термометры и др., к каждой койке был подведен кислород.

Перед открытием корпуса выстроена маршрутизация пациентов и персонала, проработан алгоритм доставки питания и воды для больных.

Главным врачом был выпущен приказ со штатным расписанием для ковид-корпуса. По количеству сотрудников был произведен расчет необходимого количества СИЗов для работы в «красной зоне»: масок, шапочек, противочум-



ных костюмов, респираторов, перчаток, бахил, одноразовых халатов, очков, защитных щитков. Был обеспечен необходимый запас средств индивидуальной защиты, медицинской формы. По площади всех помещений был произведен расчет и запас дезинфицирующих средств с учетом увеличения кратности дезинфекционных обработок в условиях COVID-19, кожных антисептиков.

В течение трех дней в соответствии с новым временным штатным расписанием для ковид-корпуса был набран средний и младший медицинский персонал из числа работников ГКБ им. В.В. Виноградова.

Так как для любой медицинской организации главной ценностью являются кадры, то параллельно проведению подготовительных ремонтных работ в корпусе, со средним и младшим медицинским персоналом проводился инструктаж по правилам работы с пациентами, по вопросам профилактики новой коронавирусной инфекции. Были отработаны алгоритмы входа в «красную зону» и выхода из нее, одевания и снятия СИЗ.

Еще одним важным пунктом организации работы стало бесплатное прохождение тестирования сотрудников, работающих в ковид-корпусе, на COVID-19 (забор материала на ПЦР, сдача крови на наличие антител). В «чистой» зоне был оборудован процедурный кабинет, в котором ежедневно производился забор материала для 100% охвата медработников. Контроль за результатами тестирования осуществляли старшие медицинские сестры ковид-центра с дальнейшим докладом эпидемиологической службе в случае положительного теста. Результатом проделанной работы стало сохранение низкой доли положительных

тестов на протяжении работы 8-го корпуса в период пандемии.

Медицинские сестры были обучены отбору биологического материала для исследований от пациентов, проработан алгоритм по оформлению документации и доставке материала в лабораторию. Главной задачей было подготовить медицинских сестер к работе в ковид-корпусе, отработать каждое действие до автоматизма, не допустить возможности заражения персонала.

Параллельно с организацией лечебной деятельности проводилась огромная работа для функционирования ковид-корпуса. Обустроены столовая для сотрудников, комфортная зона отдыха, раздевалки, душевые. Организована доставка и раздача регулярного питания и воды. Чтобы не подвергать риску заражения сотрудниками своих родных и близких, Департамент здравоохранения Москвы предлагал бесплатное проживание в гостиницах, расположенных недалеко от стационара. Все предпринятые меры в период пандемии по отношению к бытовым условиям медицинских работников обеспечили комфортные условия работы, позволили сосредоточиться на оказании медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией.

Вступив в борьбу с COVID-19, медицинские сестры больницы им. В.В. Виноградова получили колоссальный организационный и лечебный опыт. Столкнувшись с COVID-19 с самых первых дней пандемии, медицинские сестры показали высокий профессионализм в оказании медицинской помощи при лечении пациентов с новой коронавирусной инфекцией. Месяцы работы в ковидном корпусе показали ценность профессии медицинской сестры.

В День медицинского работника 21 июня 2020 года Президент РФ отдельным распоряжением отметил вклад медицинских сестер ГКБ им. В.В. Виноградова в борьбу с распространением COVID-19 и наградил наших медицинских сестер почетными грамотами (старший медбрат Голубев Александр Владимирович, медсестра Ракова Марина Анатольевна) и благодарностью (медицинские сестры: Громова Юлия Александровна, Михайлова Светлана Михайловна, Сафронова Евгения Владиславовна, Глухова Елена Михайловна).

В ПОДДЕРЖКУ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ: ОПЫТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ АКЦИЙ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ



■ **Татьяна Витальевна ЖУКОВА**

Главный внештатный специалист
по сестринскому делу МЗ ДНР

Здоровье женщины определяется условиями ее развития еще в утробе матери, затем в период новорожденности, детстве и подростковом возрасте. К сожалению, к тому времени, когда девочка вступает в репродуктивный период, она уже имеет ряд заболеваний.

Состояние общественного здоровья является крупнейшим экономическим и социальным потенциалом Республики.

В условиях социальной напряженности, проведения боевых действий и других последствий переживаемого кризисного периода практически во всех странах мира именно дети и подростки становятся одной из наиболее социально уязвимых групп населения.

Грозными последствиями этих тенденций становится снижение потенциала здоровья каждого последующего поколения по отношению к предыдущему. Это означает, что дети не замещают своих родителей ни по численности, ни по качеству здоровья.

В нашей Республике вопросам формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) среди подростков и молодежи уделяется большое внимание. В частности, с 2017 года мы активно поддерживаем план ВОЗ «Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков на 2016–2030 гг.» по направлению преждевременной беременности и деторождения среди подростков и молодежи.



В период с июня 2017 года по январь 2018 года в прифронтовых городах Дебальцево, Донецке, Горловке, Амвросиевском и Тельмановском районах проводилась Республиканская акция «Патруль здоровья», направленная на повышение осведомленности подростков и молодежи в вопросах полового воспитания, методов контрацепции и общих правил половой гигиены. «Патруль здоровья» выезжал в каждый населенный пункт с однодневной акцией – успеть за один день предстояло немало: провести встречу с учащимися, родителями, педагогами; показать видеосюжеты о репродуктивном здоровье, вреде табакокурения, алкоголя, наркотиков; вручить материалы по формированию здорового образа жизни, профилактике ранней беременности, ВИЧ, заболеваний, передающихся половым путем; выдать контрацептивы, рассказать об их применении, так как молодым людям необходимо знать, как защитить себя и предоставить средства для защиты здоровья.

В ходе акций врачи-гинекологи, андрологи, психологи, медицинские сестры, акушерки проводили индивидуальные анонимные консультирования учащихся по различным вопросам формирования репродуктивного здоровья и не только.

С января 2018 года по настоящее время в общеобразовательных учреждениях (школы, колледжи, университеты) Республики проводится акция «Молодежь Республики за здоровую семью». В акции принимают участие Республиканский совет медицинских сестер, Центры здоровья, волонтеры-медики ГОО ВПО «Донецкий медицинский университет им. М. Горького, врачи из специализированных учреждений здравоохранения.

Цель мероприятия – повышение осведомленности подростков и молодежи в вопросах профилактики заболеваний, передающихся половым путем, предупреждение ранней подростковой беременности, обучение методам контрацепции и общим правилам половой гигиены, а также формирование здорового образа жизни и укрепление здоровья.

В конце каждого мероприятия проводятся анонимные анкетирования учащихся, студентов. За два года в данной акции приняли участие 7864 учащихся и студентов в возрасте от 12 до 25 лет.

Что нам удалось выяснить в результате анкетирования?

– Поводом для первого полового акта в возрасте до 18 лет 60% девушек назвали любовь, 25% – страх потери партнера (уйдет к другой), 10% – со-

стояние алкогольного опьянения, 5% – любопытство;

– О существовании инфекций, передающихся половым путем, известно 86,3% опрошенных; наибольшую осведомленность продемонстрировали девушки; практически не знают таких заболеваний, как трихомониаз, хламидиоз, генитальный герпес 13,7% опрошенных;

– Рискованным поведением в подростковой и молодежной среде считается половой акт без презерватива у 63,8% опрошенных;

– Самым популярным источником сведений по вопросам профилактики ИППП являются: интернет-источники, друзья, на 3-м месте – родители, медицинские работники.

Анализ результатов анкетирования подростков и молодежи позволил выявить факторы, которые указывают на высокую распространенность рискованных форм половых взаимоотношений и слабые репродуктивные установки при низком уровне сексуальной культуры, что наносит непоправимый вред репродуктивному здоровью, требует дальнейшего изучения и поиска путей решения.

В ходе данных проектов в подростковой и молодежной среде были решены следующие задачи:

1. Привлечение к проблематике представителей органов власти.

2. Придание первостепенного значения данной проблемы в системе здравоохранения, образования, физкультуры и спорта (принят совместный приказ).

3. Активизация работы СМИ по информированию подростков и молодежи по преждевременной беременности и деторождению.

4. Проведение мероприятий равный – равному, в которых молодежь делится опытом со своими сверстниками о ранней подростковой беременности, создании молодой семьи и ее проблемах.

5. Налаживание работы психологической поддержки среди подростков и молодежи в вопросах ранней подростковой беременности, культуре полового воспитания.

6. Открытие школы ответственного отцовства и материнства в учреждениях здравоохранения.

И, самое, пожалуй, главное. Мы видим результаты своей работы, которые не могут не радовать. Показатели по прерыванию нежелательной беременности среди подростков и молодежи стали снижаться. Уровень абортотворения среди несовершеннолетних по Республике с 2016 года снизился с 3,5% на 1000 соответствующего возраста до 2,8%, среди молодежи с 9,8% в 2016 году до 7,6%. Маленькими, но уверенными шагами мы идем к достижению своей цели.

Для дальнейшего развития профилактической работы по предупреждению преждевременной беременности и деторождения среди подростков и молодежи эффективным может стать развитие международного сотрудничества, а также:

– привлечение дополнительных средств для осуществления программ по преждевременной беременности и деторождению среди подростков и молодежи, профилактике заболеваний, передающихся половым путем, обмен опытом в данном направлении, в разработке совместных программ и научных исследований;

– подготовка квалифицированных специалистов (экспертов) для работы по профилактике заболеваний;

– выработка технологий, необходимых для противодействия трансграничной рекламе, контрабанде табачной, алкогольной продукции, нездоровому питанию;

– установление партнерских отношений среди педагогов и школьных медицинских сестер с семьей каждого обучающегося с целью создания атмосферы взаимоподдержки и общих интересов по улучшению состояния здоровья детей.

В заключение хотелось бы отметить, что для предотвращения опасных ошибок молодым людям необходимы помощь и доверие родителей, педагогов, медработников, общества и государства. Зачастую подростки избегают обсуждения вопросов сексуальных взаимоотношений с родителями и боятся обращаться за помощью к специалистам в поликлиники, опасаясь непонимания и унижения.

Для решения проблем охраны репродуктивного здоровья подростков и молодежи необходимо продолжать проводить данные мероприятия в колледжах, училищах, школах, университетах, обеспечить приоритетное развитие и поддержку службы детской гинекологии на всех уровнях, консолидацию всех медицинских и социальных сил в рамках единой государственной программы «Репродуктивное здоровье молодежи». Ведь здоровая нация – это здоровые и счастливые дети.

Работа по сохранению и поддержанию здоровья многогранна. Мы отмечаем, что население активно откликается на различные инициативы в области ЗОЖ. Так, по сравнению с 2016 годом, несмотря на проведение боевых действий, Главой Республики в городах и селах открываются дворовые спортивные площадки, которые не функционировали еще с 1990 годов, бассейны, что позволяет подросткам и молодежи активно заниматься физкультурой и спортом. Данные опроса 1356 человек свидетельствуют о том, 78% жителей с 2018 года стали активно заниматься спортом, так как для этого были созданы условия. Предстоит еще многое сделать! Мы к этому готовимся! Ведь здоровье наших детей – это будущее нашего государства!



СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО СЕЙЧАС

ГЛОБАЛЬНАЯ КАМПАНИЯ В НАЦИОНАЛЬНОМ МАСШТАБЕ



Серебренникова Н.В.

Директор по международным связям
РАМС, канд. полит. наук

Сестринское дело сейчас – это глобальная кампания, которая стартовала в мире в феврале 2018 года как всемирная акция в поддержку сестринской профессии. Но если мы привыкли к тому, что акция – это событие одного дня, то в масштабах всей планеты это не день, не месяц и даже не год!

В ознаменование старта кампании в России Ассоциация организовала масштабную конференцию, участниками которой стали более 3 тысяч специалистов нашей страны, к числу участников также присоединились специалисты из Беларуси, Молдовы, Латвии, Кыргызстана, Таджикистана, а спикерами мероприятия стали Министр здравоохранения М.А. Мурашко, заместитель министра Т.В. Семенова, Региональный директор ВОЗ д-р Ханс Ключе, президент Международного совета медсестер Аннет Кеннеди, соучредитель глобальной кампании лорд Найджел Крисп, президент РАМС и председатель Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций В.А. Саркисова и многие другие руководители международных и европейских организаций, а также специалисты, которые каждый день на своем посту расширяют границы профессии.

Что предшествовало кампании и почему она возникла?

Идея этой кампании зрела давно, – то, что профессии медицинской се-



стры не хватает внимания и поддержки – факт из разряда очевидных. Над чем задумывались лидеры профессии в последние лет пять, так это о том, как помочь ситуации, как вынести дискуссию о роли медицинской сестры в здравоохранении за пределы профессионального круга медицинских сестер. Внутри себя профессиональное сообщество

ге персонала экономически сильными странами... сильными, но не принимающими необходимых мер для поддержки профессии и повышения ее привлекательности для своих граждан.

Принимались и программные документы – глобальные и региональные документы ВОЗ по укреплению и развитию сестринских и акушер-



Мурашко М.А.,

Министр здравоохранения Российской Федерации:

«Уже сегодня позиции фельдшера в отечественном здравоохранении существенно возросли, и фельдшеры уже планомерно замещают врачей в должностях на скорой медицинской помощи, в стационарных отделениях СМП, в амбулаторном звене. Мы готовы двигаться дальше. Сегодня, сейчас наступило время для признания высокого профессионального потенциала сестринского персонала, для того чтобы вы взяли на себя новую ответственность».

все понимает, ставит цели и задачи, проводит многочисленные мероприятия, но на выходе сталкивается с непреодолимым пониманием.

Так, еще десятилетие назад ВОЗ был принят Кодекс по найму медицинских работников, отразивший уже тогда остро стоявший вопрос о нехватке сестринских кадров, об активном и порой агрессивном рекрутин-

ских служб, – четко указывающие на необходимость политических мер по увеличению численности персонала, повышению уровня образования, поддержке исследований, создания вертикали управления и управленческой роли медицинской сестры в принципе, формирования благоприятной и безопасной среды на рабочем месте.

Поворотным стал 2015 год и утверждение Организацией Объединенных Наций целей устойчивого развития до 2030 года. Казалось бы, какая связь между медицинской сестрой и Организацией Объединенных Наций? Оказалось, что самая прямая. Одной из глобальных проблем человечества был признан низкий и недостаточный доступ населения к медицинской помощи. Он может быть явным – в беднейших странах планеты, и скрытым, но не менее тягостным для людей в странах с развитой экономикой, – медицина есть, но доступна она не для всех и не всегда. Модель страхования, лекарственное обеспечение и, главное, наличие достаточного числа квалифицированных кадров – те факторы, из которых в конечном счете складывается возможность для конкретного человека получить нужную ему помощь.

По вопросам кадровых ресурсов здравоохранения мир сделал следующий шаг. Под руководством политических лидеров ряда стран на уровне ООН была учреждена специальная комиссия высокого уровня, которая должна была ответить на вопрос: «Могут ли страны позволить себе роскошь инвестиций в подготовку необходимого числа медицинских работников?». Как выяснили эксперты, страны не только могут себе позволить серьезные бюджетные вливания в развитие кадров; оказалось, что эти вливания нельзя считать затратами, – это скорее инвестиции, которые могут «включить» экономику страны в режим роста: новые кадры – новые рабочие места – новые задачи медицины – рост медицинской промышленности и всех служб, поддерживающих здравоохранение. Инвестиции оказались прибыльными, – на 1 доллар затрат 9 долларов экономической выгоды. И это только одна сторона медали, на обороте которой многочисленны выгоды от сохранения здоровья населения.

Как, отталкиваясь от решений ООН, привести в движение весь мир? В ответ на этот вопрос и возникла идея провести масштабную акцию, охватив весь мир, все страны и континенты, все медицинские и профессиональные организации, дабы показать, на что сегодня способны медицинские сестры и каких результатов добиваются.

Эта идея не осталась незамеченной. Поддержанная Международным советом медсестер инициатива Фонда Бардетта (фонд поддерживает инновационные программы развития сестринского дела в Великобритании) и лично лордом Найджелом Криспом, известным в мире защитником интересов медицинских сестер, она получила карт-бланш от лица Всемирной организации здравоохранения и ее генерального директора, д-ра Тедроса. Наполняя кампанию мероприятиями, ведущие организации запланировали и знаковые события, – Международный год медицинской сестры и акушерки, под-

кадров, новые образовательные программы, новые управленческие должности, новая ответственность, введенная в руки лидеров сестринского дела. Так, начиная с глобального офиса ВОЗ, региональные бюро организации стали создавать посты главных специалистов по сестринскому и акушерскому делу (в Европейском регионе ВОЗ 53 страны, и как раз сейчас открыта вакансия на пост политического советника по сестринскому и акушерскому делу), и далее изменения системы управления сестринским делом стали разворачиваться уже в странах.



Саркисова В.А.,
президент ПАМС

«Самый сложный год в истории сестринского сообщества подходит к концу, однако мы знаем, что это только начало новых и больших дел на пути к новой роли медицинской сестры в российском здравоохранении».

готовка и публикация Доклада о состоянии сестринского дела в мире, учреждение поста главной медицинской сестры ВОЗ. Все эти события, несмотря на тяжелейшее давление пандемии, все-таки состоялись. И Всемирный день здоровья – главный праздник в календаре ВОЗ – в этом году прошел под знаком благодарности медицинским работникам среднего звена, и сокращенная, проведенная в онлайн-формате Всемирная ассамблея здоровья начала свою работу с благодарности и аплодисментов в адрес сестринского персонала, и лично д-р Тедрос запустил своим видеобращением всемирную акцию-эстафету «Скажи спасибо медсестре».

Кампания получила действительно глобальное звучание – ее ведущей силой стали профессиональные ассоциации медицинских сестер из более чем 100 стран! Сотни мероприятий, посвященных нашей профессии, состоялись в мире за неполные два года, – мероприятий, проведенных на высоком политическом уровне с участием глав министерств здравоохранения. За каждым из таких событий потянулись долгожданные для профессионального сообщества решения – инвестиции в подготовку

Сестринское дело сейчас – Россия

Идя в ногу с мировым сообществом специалистов, ПАМС запланировала старт кампании в нашей стране, разработав сразу несколько важных проектов. Старт им должно было положить крупнейшее для России мероприятие, – конференция с участием более 20 стран была запланирована на 19 марта 2020 года. К сожалению, пандемия перевернула все планы и события разворачивались в обратном порядке. Сначала один за другим в работу запускались все проекты ПАМС, а уже по итогам их проведения все-таки состоялась долгожданная встреча участников, разделенных онлайн-дистанцией.

В этом марафоне проектов новым и ведущим особенно на первые месяцы пандемии стал проект «ПАМС против COVID-19». Это сегодня специалисты уже приобрели незаменимый практический опыт работы с пациентами, страдающими от новой инфекции, пневмонии с необычными проявлениями, кислородного голодания, удушающего кашля, нарастающей потребности в ИВЛ; это сегодня уже в работе 9-я версия рекоменда-

ций Минздрава, а в самом начале не было ничего. Мы переводили рекомендации зарубежных коллег, разработанные за месяц до пересечения вирусом границы России, публиковали инструкции, видеоролики, полезные материалы, проводили конференции и семинары по психологической поддержке персонала.

Что еще удалось реализовать, что у нас получилось? Безусловно, к числу таких проектов следует отнести создание новой редакции Этического кодекса медицинской сестры России. Были реализованы и другие значимые идеи, о которых мы уже писали в предыдущем выпуске «Вестника» («Вестник РАМС» № 4, 2020), – это и российская акция «Скажи спасибо медсестре», и «Найтингейл челлендж», объединивший молодых специалистов страны с сотнями коллег за рубежом, и «Уходим в сети», – проект, благодаря которому десятки тысяч специалистов в этом году смогли познакомиться с системой непрерывного повышения квалификации, десятки специалистов впервые примерили на себя роль он-

лайн-спикера, лидеры ассоциаций и профессиональных секций справились с задачей дистанционной модерации. Мы подготовили новый сайт, с тем чтобы информировать обширную аудиторию членов о каждой акции, новом мероприятии, новостях РАМС и, что

«Голос медицинской сестры России» – записи исполнителей и настоящие видеоклипы наполнили год новым звучанием, пусть в сети и на дистанции, но мы увидели, как богата профессия талантами. Гришина Екатерина Евгеньевна, (Москва),



Аннет Кеннеди,
президент Международного совета медсестер:
«Мы искренне благодарим Всемирную организацию здравоохранения, Генерального директора ВОЗ д-ра Тедроса за поддержку глобальной кампании «Сестринское дело сейчас». В Международный год медицинской сестры и акушерки мы ощутили огромное внимание организации в адрес сестер, но медицинские сестры так долго не получали достаточного внимания, что всему миру нужен не год, а десятилетие, посвященное сестринскому делу».

очень важно, ключевых событиях в жизни региональных ассоциаций.

Мы постарались сделать этот год праздничным. Несмотря на локдаун, 17 региональных организаций приняли участие в творческом конкурсе

Барешкина Анна Михайловна (Смоленск), Данилова Сандаара Васильевна, (Якутск), Дитятьева Анника Алексеевна (Петрозаводск) покорили сердца членов профессионального жюри, заслуженных и народных арти-



Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

КОМПЕТЕНЦИИ, НЕОБХОДИМЫЕ МЕДИЦИНСКИМ СЕСТРАМ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА. ЕРБ ВОЗ

- Осуществление профилактических программ, оценка состояния здоровья и скрининги с целью улучшения итоговых показателей здоровья, содействия самостоятельному ведению болезни и облегчения доступа к услугам и ресурсам.
- Осуществление санитарного просвещения и ведения болезни в области неинфекционных и инфекционных заболеваний, сексуального и репродуктивного здоровья, а также мер вмешательства в сфере прав и образа жизни пациентов.
- Предоставление безопасной и действенной сестринской помощи и медицинских услуг на доказательной основе в соответствии с действующими стандартами, руководствами по клинической практике, правилами и законодательством.
- Способность работать самостоятельно, сортировать больных, оценивать их состояние, планировать и осуществлять помощь по поводу острых и хронических состояний.
- Ведение неинфекционных заболеваний: анализ лечения пациентов с использованием соответствующих протоколов (корректировка лекарств от сахарного диабета, поддержка методов инъекций, профилактика осложнений и лечение диабетических ран, контроль астмы и просвещение о ней), мониторинг исходов лечения, а также консультирование и поддержка в вопросах изменения поведения.
- Охрана здоровья женщин, включая скрининг шейки матки, скрининг молочных желез, помощь в ведении менопаузы и решении проблем психического здоровья в перинатальный период.
- Охрана здоровья детей, поддержка грудного вскармливания и оптимального питания в раннем детском возрасте, а также поощрение и осуществление программ скрининга новорожденных и иммунизации детей.
- Укрепление сексуального и репродуктивного здоровья и поддержка прав в этой сфере посредством планирования семьи, контрацепции и скринингов с целью выявления инфекций, передаваемых половым путем.
- Понимание и учет социальных и профессиональных детерминант здоровья, таких как различия в привычках обращения за медицинской помощью и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний среди мужчин.



сток РФ; Свяженина Наталья Николаевна (Тюменская область), Ильина Жанна Викторовна (Ленинградская область), Куприенко Лариса Борисовна (г. Омск) не оставили равнодушными тысячи своих поклонников, отдавших свои голоса в пользу полюбившихся им исполнителей. Открытое голосование в официальной группе РАМС «ВКонтакте» шло 10 дней и собрало тысячи голосов!

Главной же нашей задачей, главной задачей кампании «Сестринское дело сейчас – Россия» стали мероприятия, направленные на изменение роли медицинской сестры в отечественном здравоохранении.

Новые сестры – для новой России

Более двух десятилетий назад под таким девизом Ассоциация медицинских сестер России начинала свой путь вперед. Поставленные тогда задачи формирования нового корпуса профессионалов были во многом достигнуты, развивалась система высшего образования, сегодня у медицинских сестер есть возможности получения знаний в своей профессии. Но их важно реализовать. Естественным образом ниша в отечественном здравоохранении для новых медицинских сестер не образовалась. Надежды на профессиональный рост продолжают разбиваться о непробиваемую броню регламентирующих документов, традиций, устоев и просто инертности. Тем не менее уже на протяжении пяти лет РАМС ведет сбор примеров практики, доказывающих, что медицинская сестра с новыми полномочиями нашему здравоохранению нужна, что она востребована системой, нужна пациентам. В этом году мы обобщили международный опыт, рекомендации ВОЗ и других международных организаций, собрали лучшие примеры российской практики, изучили нормативно-правовые акты, которые позволили реализовать перемены на местах и направили увесистый пакет документов в адрес Министерства здравоохранения, пригласив его руководителей к открытому диалогу и взаимодействию по вопросу о том, какая медицинская сестра нужна нашей стране сегодня, завтра, через пять, через десять лет.

Мы не можем не обращать внимания на те процессы, которые полным ходом разворачиваются в других странах, раньше России столкнувшихся с демографическими сдвигами. Люди стали жить дольше, и это прекрасно, но дополнительные годы жизни часто сопровождаются болезнями, требуют внимания и поддержки. Сегодня есть возможность лечить многие состояния амбулаторно, но для этого в достаточном количестве необходимы квалифицированные кадры. Такими кадрами во всем мире стали медицинские сестры.

Первичное звено – в центре особого внимания Всемирной организации здравоохранения. Этот год, богатый на события, был отмечен новой публикацией, которой организация акцентировала внимание на компетенциях медицинской сестры первичного здравоохранения, имея в виду именно специалиста с широкими полномочиями.



Семенова Т.В.,
заместитель Министра здравоохранения России:
«Сегодня мы должны вести речь о более активном и даже агрессивном внедрении в практику того, что уже заложено в стандарты, менять те нормативно-правовые документы, которые пока сдерживают передачу медицинским сестрам новых полномочий».

В нашей стране, если речь о самостоятельной сестринской практике пока и не идет, наблюдаются активные процессы передачи медицинским сестрам новых полномочий: самостоятельный прием отдельных категорий пациентов; патронажная служба – паллиативная, по оказанию поддержки маломобильным группам населения, направленная на детей и на взрослых; роль медсестры-координатора в различных стационарных отделениях, способствующая внедрению новых протоколов ускоренной помощи при госпитализации и быстрой выписке пациентов; роль операционной сестры – ассистента хирурга, востребованная в тех случаях, когда дефицит врачебных кадров не позволяет оказывать помощь в нужных объемах.

На фоне таких изменений в мире и в России состоялась исторически

значимая для нас встреча с Министром здравоохранения России Михаилом Альбертовичем Мурашко и его заместителем Татьяной Владимировной Семеновой. Полтора часа живого общения в прямом эфире позволили профессиональному сообществу высказать свои надежды, а федеральному ведомству установить рамки, принципы и ориентиры дальнейшего развития профессии.

Год назад, по поручению Президента России, решением Координационного совета Министерства здравоохранения РФ была создана рабочая группа по совершенствованию деятельности среднего медицинского персонала, призванная представить предложения о передаче специалистам со средним профессиональным образованием отдельных функций врача, а также о передаче гражданам с соответствующим образованием и навыками отдельных обязанностей медицинских работни-

ков, в том числе ведению медицинской документации и государственных информационных систем в здравоохранении.

«Наша задача состоит в том, чтобы определить, какие функции на себя готовы взять специалисты среднего звена, какие функции готовы передать врачи и осуществить это так, что пациенты даже не заметят этой передачи, еще лучше, если положительно оценят ее результаты», – отметила в своем выступлении Т.В. Семенова. Эта задача уже реализуется в рамках разработки проектов профессиональных стандартов, – в 2020 году было утверждено 8 документов, хотя не всегда их содержательная часть отражает все профессиональные перспективы.

Имеющийся опыт реализации сестринским персоналом новых функций уже позволяет делать выводы о ряде

возникающих проблем. *«Дорожная карта по расширению роли сестринского персонала была принята в 2015 году, в 17 регионах был дан старт пилотным проектам, предполагалось, что результаты проектов будут тиражированы на всю страну. К сожалению, часть пилотов 2014–*

и врачебного сообщества в части передаваемых функций.

Диалог с заместителем министра здравоохранения коснулся и острых вопросов оплаты труда. В условиях системы, где труд медицинской сестры высокой квалификации оценивается равным труду санитарки, раз-

ящий врач никогда не достигнет того совершенства манипулятивных навыков, который отличает медицинскую сестру. Но допуск студентов к такой работе позволяет им, как будущим врачам, приобрести и отработать подобные навыки и отчасти помогает решить вопросы нехватки кадров там, где они стоят достаточно остро.

Для Министерства здравоохранения совершенно очевидно, что для расширения роли специалистов среднего звена в России имеются не только все предпосылки, но и многолетний опыт. Так, фельдшеры в отечественной системе здравоохранения изначально занимали ту нишу, которую западные коллеги только начали осваивать порядка 15–20 лет назад. Сегодня мы идем дальше. Скорая помощь, скорее всего, за исключением реанимационных бригад, станет сферой ответственности фельдшеров; акушерско-гинекологическая помощь будет двигаться к смещению отдельных функций в адрес акушерок. По каждому направлению профессиональному сообществу предстоит вести сбор лучших практик, анализировать этот опыт и представлять в адрес ведомства проработанные предложения для реализации в масштабах страны. Первые из них уже на подходе и касаются роли сестер онкологической службы и медицинских сестер, задействованных при оказании помощи пациентам с ОНМК.

Кампании «Сестринское дело сейчас – Россия» был дан отличный старт. Возможно не столь торжественный и яркий, как нам того бы хотелось, зато более сосредоточенный на решении предстоящих задач, которые не заставили себя долго ждать. Спустя считанные недели после знакового мероприятия эксперты РАМС получили на проработку приказ Министерства здравоохранения, регламентирующий передачу медицинским сестрам отдельных функций лечащего врача. Этот документ станет отправной точкой для лидеров сестринского дела, для коллективов организаций, которые ведут поиск оптимальных организационных решений, чтобы обеспечить население необходимой помощью, снимет ряд имеющихся нормативно-правовых барьеров в реализации сестринских инициатив.



Лорд Найджел Крипс,
соучредитель глобальной кампании:
«Дорогие коллеги, поздравляю вас со стартом кампании “Сестринское дело сейчас – Россия”. Ваше участие сделает глобальное движение сильнее».

2015 гг. сошли на нет. Скорее всего, нам не хватило всесторонней работы, работы, при которой не только федеральное ведомство ставит перед руководителями здравоохранения определенную задачу, но и сами специалисты выходят с такой инициативой, отстаивают ее. К 2024 году лучшие проекты должны получить распространение по всем субъектам Российской Федерации. Нам нужны такие специалисты, методологи, которые смогут ставить перед коллективами новые задачи и координировать их реализацию...», – подчеркнула Татьяна Владимировна.

Сегодня мы наблюдаем многочисленные точки роста профессиональной роли в разных направлениях оказания помощи, однако не всегда они получают широкое распространение, почему так происходит? Формулируя ответ на этот вопрос, Татьяна Владимировна отметила, что очень часто новое содержание практики формируется в условиях конкретного коллектива с его уникальным наработанным опытом, определяются те специалисты, которые готовы к выполнению новых задач. Перенос этой практики в другую организацию, в другой регион требует серьезной методологической основы, стандартного набора задач и четкого их содержания. Если медицинская сестра берет на себя ведение школы диабета, то нам надо достичь единообразия, при котором все специалисты будут это делать на одинаково высоком уровне. Важен диалог и совместная работа сестринского

и реализация новых задач едва ли возможны. И в этом вопросе нас ждут перемены – в 2021 году планируется внедрение новой системы оплаты труда, которую мы ждем, системы, в которой будет учтен опыт и квалификация не только между профессиями, но и внутри каждой профессии. Аналогичные перемены мы можем и должны инициировать по вопросам нагрузки. Здесь документы Минздрава могут носить только рекомендательный характер, оставляя последнее слово за работодателем, однако они могут служить отправной точкой для формирования должностных инструкций и определения стандартной нагрузки на персонал, согласно профилю организации, отделения, выполняемых задач.

Новые правовые документы будут подготовлены и для системы непрерывного повышения квалификации, в частности, для специалистов, работающих в труднодоступных и отдаленных территориях будет сделано исключение, продлен период действия традиционной модели повышения квалификации. Но профессиональное сообщество должно работать над наполнением содержательной части этой системы, над развитием системы наставничества.

Участники дискуссии затронули и еще один болезненный вопрос, – могут ли студенты медицинских вузов, получая допуск к медицинской деятельности, полноценно заменить медицинскую сестру? Конечно, нет, **не только студент, но и практику-**

Организация патронажной службы (выездных сестринских бригад) в противотуберкулезном диспансере в условиях пандемии коронавирусной инфекции



Валентина Александровна РЕБЕГА
Старшая медицинская сестра
общепольничного персонала ГБУЗ ТО
«Областной противотуберкулезный
диспансер»

95 лет назад была сформирована противотуберкулезная служба в Тюменской области. С того времени фтизиатрическое сообщество пережило много событий и тяжелых периодов, но во все времена неизменным был в профессиональном движении постоянный поиск новых стратегий, тактик лечения и реабилитации пациентов с туберкулезом.

2020 год объявлен Всемирной организацией здравоохранения годом медицинской сестры и акушерки, но именно он принес нам сложные испытания в борьбе с невидимым врагом COVID-19. Этот год поставил перед нами задачу реорганизации оказания помощи пациентам таким образом, чтобы, с одной стороны, процесс лечения не прерывался, с другой стороны, чтобы риски заражения пациентов с ТБ новой коронавирусной инфекцией были сведены к минимуму.

Еще в 2010 году в областном противотуберкулезном диспансере на базе амбулаторного отделения и в городских поликлиниках организованы кабинеты контролируемой химиотерапии для приближения места лечения к пациенту, создания наиболее удобных для пациента условий. По решению врачебной комиссии **ежедневно или 3 раза в неделю** пациенты самостоятельно приезжали в кабинеты контролируемого лечения.

В январе 2015 года в ГБУЗ ТО «Областной противотуберкулезный диспансер» был издан приказ об «Организации лечения пациентов на дому» и определены показания для лечения больных туберкулезом в домашних условиях и организована патронажная служба (1 бригада в составе медицинской сестры и водителя) для обеспечения лечения пациентов на дому и контроля приема химиопрепаратов по следующим показаниям:

- после оперативного лечения по поводу туберкулеза органов дыхания и позвоночника (в течение 1 мес.);
- при отсутствии у пациентов возможности самостоятельно получать химиопрепараты в пункте наблюдаемого лечения или амбулаторном отделении по степени социальной адаптации, материально-бытовым условиям жизни (маломобильные, нетранспортабельные пациенты).

Решение о назначении контролируемого лечения больных туберкулезом на дому принимается заведующим амбулаторным отделением (филиалом) по ходатайству врача-фтизиатра участкового с записью обоснованием в амбулаторной карте.

Дополнительно с 2016 года введен контроль приема препаратов посредством телекоммуникационных технологий, таких как **Skype, Viber** и **WhatsApp**.

Нами разработан СОП работы медицинской сестры по видеоконтролируемому лечению.

В стандартную операционную процедуру медицинской сестры включены:

- контроль за приемом противотуберкулезных препаратов по видеосвязи;
- опрос пациента о состоянии здоровья после предыдущего приема лекарств;
- выяснение жалоб пациентов (повышение температуры тела, по-

теря аппетита, веса, тошнота и другие);

- информирование о предстоящих обследованиях;
- информирование лечащего врача-фтизиатра о жалобах и состоянии пациента.

Сегодня на видеоконтролируемом приеме противотуберкулезных препаратов находится порядка **300 человек**, медицинская сестра амбулаторного отделения ежедневно ведёт наблюдение за приемом противотуберкулезных препаратов, следит за состоянием здоровья пациентов.

В случае невыхода пациента на связь в определенное время медицинская сестра звонит ему, если пациент не отвечает, то уже на следующий день участковая медицинская сестра посещает пациента на дому.

Всего с помощью интернет-технологий в Областном противотуберкулезном диспансере за 10 месяцев получили лечение более **500** пациентов.

Всю информацию медицинская сестра фиксирует в карте лечения пациента в Медицинской информационной системе «1С-Предприятие. Противотуберкулезный диспансер»; информация ежедневно отслеживается участковой медицинской сестрой и участковым врачом-фтизиатром.

2020 год внес свои коррективы – с учетом эпидемиологической опасности, с целью снижения риска контакта пациентов в общественном транспорте и потенциального заражения COVID-19 как самого пациента, так и сотрудников амбулаторной службы, было утверждено **Положение об организации контролируемого лечения больных туберкулезом на дому, патронажная служба была усилена с одной бригады до трех, показания для лечения пациентов на дому были расширены:**

- в случае досрочной выписки из стационара пациентов с сохраняющимся бактериовыделением, при неоднократных отрывах паци-



ентов от лечения или отказов от стационарного лечения при отсутствии в очаге детей и подростков;

- с учетом тяжести заболевания и психологических особенностей пациента;
- при наличии сопутствующих заболеваний, кроме туберкулеза;
- с учетом возраста пациента (от 60 лет и старше).

В диспансере разработаны обязанности патронажной медицинской сестры, проведен отбор персонала по психологическим аспектам и профессиональным навыкам. Каждый сотрудник прошел обучение и сдал аттестационный экзамен о пригодности к работе в патронажной бригаде. В связи с высокой психологической нагрузкой медицинские сестры выездных патронажных бригад ежеквартально проходят переаттестацию на пригодность к работе в патронажной бригаде.

В функционал медицинской сестры патронажной бригады входит:

- измерение температуры тела, пульсоксиметрия у пациента;
- контроль артериального давления;
- контролируемый прием таблетированных противотуберкулезных лекарственных препаратов;
- внутримышечные инъекции ПТП;
- своевременное информирование лечащего врача-фтизиатра о возникновении неблагоприятных побочных реакций на лекарственные препараты;
- забор биологического материала (мокрота на МБТ, общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи);

- находясь у пациента на дому, медицинская сестра фиксирует информацию о приеме препаратов в медицинскую карту лечения больного туберкулезом (ф. 01-ТБ/у), а также все показатели А/Д, температуру тела, пульс, сатурацию;
- медицинская сестра патронажной бригады формирует список лиц, пропустивших прием препаратов ввиду отсутствия в момент посещения; передает список участковой медицинской сестре.

Также в функционал патронажной бригады входят вопросы профилактики:

- выполнение пациентом требований по соблюдению санитарно-гигиенических правил: ношение масок, перчаток, регулярное и правильное мытье рук, использование карманных плевательниц, их дезинфекция. Пациентам выдаются памятки по санитарно-гигиеническим правилам;
- информирование пациентов о симптомах новой коронавирусной инфекции COVID-19 с памятками, которые содержат алгоритм действий при возникновении подозрительных симптомов (вызвать участкового терапевта, сообщить участковому фтизиатру), так как риск заражения COVID-19 наиболее высок для пациентов с ТБ.

В настоящее время в ежедневном режиме 3 патронажные бригады в составе водителя и медицинской сестры посещают пациентов, 142 пациента находятся на домашнем лечении, они получают таблетированные и инъекционные противотуберкулезные препа-

раты. Ежедневно одна бригада посещает 14 пациентов, получающих инъекционные препараты. Прием препаратов осуществляется в присутствии медицинской сестры и под ее контролем. Более 100 пациентам выдаются препараты на 14 дней и их прием осуществляется под наблюдением медицинской сестры посредством телекоммуникационных технологий, так называемого видеоконтролируемого лечения, которое ранее было организовано в кабинете контролируемой терапии амбулаторного отделения ГБУЗ ТО «Областной противотуберкулезный диспансер».

Основные принципы организации лечения туберкулеза на дому в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции и самоизоляции:

- лечение и диспансерное наблюдение больных туберкулезом осуществляется преимущественно на дому при обязательном обеспечении мер инфекционного контроля и инфекционной безопасности лиц, проживающих совместно с пациентом;
- организация контроля со стороны медицинского персонала за приемом каждой дозы противотуберкулезных препаратов при проведении основного курса химиотерапии;
- проведение лабораторного мониторинга эффективности проводимого курса химиотерапии с забором диагностического материала на дому не реже одного раза в месяц в интенсивной фазе лечения и одного раза в два месяца в фазе продолжения;
- определение необходимости госпитализации больных в противо-

туберкулезный стационар или изменения организационной формы лечения больного врачебной комиссией противотуберкулезного диспансера;

- соблюдение мер инфекционного контроля медицинскими работниками, оказывающими помощь больным туберкулезом на дому (использование средств индивидуальной защиты).

Целью лечения на дому является повышение доступности медицинской помощи и эффективности лечения больных туберкулезом в условиях развития новой коронавирусной инфекции.

Задачи, поставленные перед нами:

- снижение риска заражения пациентов COVID-19, так как сочетание двух инфекционных заболеваний с поражением бронхолегочной системы чревато тяжелым течением и риском ослож-

ненного течения как COVID-19, так и ТБ;

- снижение риска заноса COVID-19 в туберкулезный стационар;
- предупреждение распространения COVID-19 среди пациентов и сотрудников противотуберкулезного диспансера;
- ежедневный мониторинг возможных проявлений COVID-19 у больных туберкулезом, находящихся в условиях самоизоляции;
- осуществление непрерывного контролируемого лечения;
- снижение количества прерываний лечения;
- своевременное обследование пациентов;
- динамическое наблюдение за пациентом;
- своевременная коррекция тактики ведения больного.

Патронажная бригада снимает с посещений нарушителей режима и ин-

формирует об этом лечащего участкового врача-фтизиатра. В дальнейшем врач-фтизиатр совместно с заведующим амбулаторного отделения принимают меры, представляют сведения в комиссию по приверженности к лечению либо переводят пациента на лечение в круглосуточный стационар.

Анализируя результаты реализации всего комплекса мер, мы пришли к выводу об успешной работе патронажных бригад в условиях эпидемиологической опасности и риска заражения COVID-19, как самого пациента, так и сотрудников амбулаторной службы. Внедренный подход к лечению способствует улучшению ситуации с приверженностью пациентов к лечению и в целом с заболеваемостью туберкулезом в городе Тюмень.

Стоит отметить, что за весь период работы патронажной бригады ни один пациент не заболел новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЗНАНИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЙОДОДЕФИЦИТА СРЕДИ СТУДЕНТОВ КГБПОУ «КРАСМТ»



Екатерина Владимировна ТОЛСТИХИНА

Преподаватель ПМ.04 «Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными» КГБПОУ КрасМТ

Нехватка йода в организме на сегодняшний день является одним из самых распространённых неинфекционных заболеваний в нашем регионе, особенно среди женщин. Йододефицит негативно сказывается на состоянии человека. Он приводит к различным нарушениям: раздражительность, подавленное настроение, сонливость, снижение уровня ге-

моглобина в крови, бесплодие, мастопатия. Основная проблема состоит в том, что многие женщины не подозревают о дефиците йода в организме: не знают о главных проявлениях, не информированы о том, в каких продуктах содержится йод, не представляют, как проводить профилактику [1, 2].

На территории нашей страны отмечается некомпенсированный йодный дефицит. В среднем, россияне потребляют 80 мкг/л йода, при норме – не менее 100 мкг/л. Особые потребности в йоде у беременных женщин. Доля школьников с зобом составляет 20%, при норме 5%. Йодированную соль в стране потребляет не более 30% населения, при норме – 90% [1]. При несвоевременном обращении за медицинской помощью из-за отсутствия знаний возникают заболевания щитовидной железы.

Зная о проблеме, мы задались целью внести свой вклад в ее решение за счет повышения уровня знаний сту-

дентов медицинского техникума по профилактике йододефицита.

Задачи:

1. подобрать и изучить литературу по данной теме, сделать ее обзор;
2. провести тест для выявления йододефицита среди студентов;
3. определить уровень знаний студентов по проблеме йододефицита;
4. разработать информационный блок для коррекции и профилактики йододефицита: мультимедийная презентация, памятка, листовка;
5. оценить результаты проведенных мер профилактики.

Целевая группа: студенты 2–3 курса КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум».

Для определения наличия йододефицитного состояния у студентов нами было проведено анкетирование и экспресс-тест на йододефицит. При анкетировании целевой группе студентов было предложено ответить на вопросы закрытого типа составленной нами ан-

кеты по теме: «Проблема йододефицита и его профилактика», где были рассмотрены характерные признаки дефицита йода в организме человека и вопросы сбалансированного питания.

Параллельно анкетированию мы проводили экспресс-тест на содержание йода в организме, позволяющий определить наличие дефицита. Тест заключался в следующем: получив информированное согласие на процедуру тестирования у студентов, мы наносили три полоски длиной 10 см 5% спиртового раствора йода разной интенсивности на предплечье правой руки. Оценку проводили по временным параметрам от 3 до 24 часов. За данный период времени у испытуемых наблюдали, какая из трех полосок исчезла первой:

1) если организм впитал самую слабую полоску – йода организму достаточно, но в осеннее-зимний период необходима подпитка для поддержания и профилактики;

2) если организм впитал слабую и среднюю полоски – организму нужен йод;

3) если впитались все три полоски – йод организму крайне необходим!

Так же оценивали, за какой период времени исчезли полоски:

- 1) 3–4 часа – йод организму просто необходим;
- 2) 6–8 часов – нехватка йода не так заметна;
- 3) сутки – йод в организме в норме.

В ходе проведенного анкетирования мы выявили отсутствие информации у студентов (34 человека) по проблеме йододефицита и его профилактике. При обработке анкетных данных было выявлено большое количество различных признаков недостатка йода в организме, о которых испытуемые не догадываются.

Исходя из данных рис. 2, было выявлено, что из 34 опрошенных 4 человека вообще не употребляют продукты, содержащие йод (12%), 17 человек употребляют йод раз в месяц (50%), 12 человек – раз в неделю (35%) и только 1 человек каждый день (3%).

В ходе выявления различных признаков йододефицита по анкетным данным было выявлено большое количество отклонений (в той или иной мере) по общему состоянию организма.

Исходя из полученных данных (рис. 3), было выявлено, что у 30 студентов из числа опрошенных отмечаются перепады



Рис. 1. Уровень знаний студентов по профилактике йододефицита



Рис. 2. Анализ частоты употребления продуктов, богатых содержанием йода



Рис. 3. Наличие симптомов йододефицита у студентов

ВСЕРОССИЙСКАЯ АКЦИЯ по профилактике йододефицитных заболеваний «СОЛЬ + ЙОД: IQ СБЕРЕЖЕТ»

По расчетам йододефицитными заболеваниями в России страдают более 20 млн человек

Дефицит йода

Причиной 65% случаев заболеваний щитовидной железы у взрослых и 95% у детей является недостаточное поступление йода с питанием.



Йододефицитные заболевания развиваются из-за дефицита йода в питании и могут быть предотвращены при нормальном потреблении йода.

Чем меньше йода в организме, тем чаще развиваются



у беременных:

выкидыши, врожденные аномалии плода, смерть плода



у детей и подростков:

нарушение умственного и физического развития



у новорожденных:

множественные пороки развития, в т.ч. умственная отсталость, глухонмота, косоглазие и др.



во всех возрастах:

увеличение щитовидной железы и нарушение её функции



Доказано снижение уровня интеллектуального развития (IQ) у детей, рожденных и развивающихся в условиях йодного дефицита.

настроения, сухая кожа, ломкие ногти и волосы, раздражительность; у 17 студентов – агрессия на стрессовые ситуации, скачки давления, тахикардия; у 29 студентов – повышенная потливость; у 20 студентов – забывчивость, усталость, холодные ноги и руки и чувство разбитости.

По результатам экспресс-теста нами было выявлено, что у большинства опрошенных полоска исчезла через 6–8 часов. Данные отображены на рис. 4.

После обработки данных мы провели беседу со студентами 2–3 курса, раздали памятки и листовки, показали мультимедийную презентацию по профилактике йододефицита. Информационный блок содержал понятие, признаки, последствия йододефицита и вопросы питания для его выполнения.

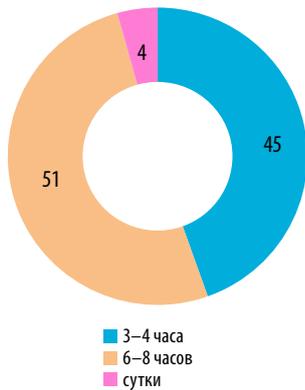


Рис. 4. Экспресс- тест на содержание йода в организме

Дефицит этого важного химического элемента можно восполнить за счет коррекции питания. Самыми богатыми по содержанию йода являются морепродукты: треска и ее печень, креветки, кальмары, морская капуста. Лидерами среди овощей являются брокколи, шпинат, зелень, свекла, болгарский перец, морковь, томаты, репчатый лук. При нехватке йода вкусной диетой могут стать фейхоа, хурма, чернослив, клубника. Хорошим содержанием йода отличаются молочные продукты.



Рис. 5. Наличие симптомов у студентов (повторное анкетирование)

Студенты к полученным рекомендациям прислушались, и положительные результаты не заставили себя долго ждать. Через пять месяцев мы провели повторное тестирование, которое позволило выявить, что уровень знаний студентов по профилактике йододефицита повысился и сохранил устойчивость, а симптомы йододефицита стали проявляться в меньшей степени. Данные, которые говорят сами за себя, отображены на рис. 5 и 6.



Рис. 6. Уровень знаний студентов по профилактике йододефицита (повторное тестирование)

Таким образом, реализация нашего проекта позволила добиться следующих результатов:

1. Повышение уровня знаний студентов о профилактике йододефицита.
2. Профилактика йододефицита среди студентов.

Мы надеемся, что подобные занятия студентам запомнятся надолго и впоследствии, уже в своей профессиональной деятельности, они станут активными участниками профилактических мероприятий среди населения.



От имени Ассоциации медицинских сестер России поздравляем лидеров и членов Омской профессиональной ассоциации с Юбилеем! Дорогие коллеги, вот уже два десятилетия как вы с честью несете миссию поддержки и защиты сестринского персонала, развития профессии медицинской сестры в своем регионе и в России, щедро делитесь своими знаниями и опытом, ставите новые сложные задачи и блестяще их решаете. В каждом достижении, каждом национальном проекте РАМС отражается вклад медицинских сестер Омской области.

20 лет – прекрасный возраст, когда организацией уже приобретен ценный опыт, но при этом она открыта для самых смелых идей. От всего сердца желаем вам успешных инициатив и проектов, профессиональных побед и дальнейшего роста!

Омской профессиональной сестринской ассоциации – 20 лет!

НАМ 20 ЛЕТ

Нам 20 лет и снова ЮБИЛЕЙ!
За это время мир менял сюжеты.
Но нашей было главной из идей:
Объединить, и дать на все ответы.

Нам 20 лет, а мы уже не те,
Что робко начинали свое дело.
Нам интересны сотни разных тем,
И мы за всё беремся так умело!

Нам 20 лет и в веренице дней,
События вершили наши судьбы.
Ассоциация – 15000 людей,
И вряд ли с нами кто-то спорить будет!

Нам 20 лет, но это не итог,
И столько дел, подаренных судьбою.
Чтобы в профессии очередной виток,
Причастны были все, и мы с тобою.

Нам 20 лет, так хочется «кричать»,
Не все ещё проблемы решены!
Нам есть куда идти, о чем мечтать,
Делиться опытом в масштабах всей страны.

Нам 20 лет, да возраст самый смелый,
Мы принимаем вызовы судьбы.
И пандемию победить сумеем,
И не истлеем в пламени борьбы.

Нам 20 лет – и славен ЮБИЛЕЙ!
Сегодня принимаем поздравленья.
Желаем много планов и идей!
Здоровья всем! (и вместе) –
С ДНЕМ РОЖДЕНИЯ!!!

Тимофеева Елена, Омск,
15 августа 2020 г.

Специализированная сестринская секция «Анестезиология и реаниматология»: от истоков создания до настоящего времени



Ольга Евгеньевна ИНОЗЕМЦЕВА
Старшая медицинская сестра
ЧУЗ «Медико-санитарной части»
г. Астрахань



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



С незапамятных времен нам известно, что чем более развитым становится общество, тем больше общественных движений в нем возникает. Они объединяют людей со схожими интересами, а особенностью их является достижение единой установленной цели и защита общих прав. Такие организации обретают определенный вес в обществе и оказывают на него постоянное воздействие.

Особая роль отводится профессиональным общественным организациям, в которые входят квалифицированные специалисты в своей области. В нашей стране очень много общественных организаций, объединяющих медицинских работников как с высшим, так и со средним профессиональным образованием.

Причины объединения специалистов в профессиональные сообщества:

- наличие нерешенных проблем;
- возможность социальной и профессиональной поддержки;

- обмен опытом;
- развитие специальности.

Медицинских сестер объединяет РАМС – Ассоциация медицинских сестер России, в которую входят региональные общественные организации медицинских сестер. Члены ассоциации – это медицинские сестры, фельдшеры, акушерки, лаборанты, рентгенлаборанты. В свою очередь медицинские сестры – это специалисты с разными сертификатами – «Сестринское дело», «Физиотерапия», «Диетология», «Анестезиология и реаниматология», «Операционное дело», – этот список весьма и весьма внушителен.

У каждой специальности есть свои требования к занимаемой должности, трудовые функции и особенности в работе, поэтому специалисты более узких специальностей объединяются в профильные сообщества. В рамках Ассоциации медицинских сестер России насчитывается более 20 таких сообществ – специализированных секций.

Специализированная сестринская секция «Анестезиология и реаниматология» объединяет специалистов среднего звена, работающих в отделениях

анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии. Секция образовалась в ходе расширенного заседания специализированной секции РАМС «Сестринское дело в анестезиологии и реаниматологии» 17 марта 2016 года в Санкт-Петербурге.

В состав секции входят члены региональных Ассоциаций Астрахани, Брянска, Красноярска, Ленинградской области, Москвы, Тюмени, Ульяновска. Наиболее активно принимают участие в работе секции коллеги из Астрахани, Москвы и Ижевска.

В своей работе секция реализует цели и задачи РАМС по консолидации усилий членов в развитии профессии и повышении профессионализма. В частности, этому способствуют все-российские и региональные конференции, симпозиумы, мастер-классы, семинары и вебинары. Такие мероприятия проводятся РАМС и специализированной секцией, секциями региональных ассоциаций, экспертами секций по приглашению других организаций. Мы считаем своим долгом присутствовать и заявлять о своей позиции там и тогда, когда речь возникает о на-

шей специальности, о работе отделений ОРИТ.

Сестринская секция «Анестезиология и реаниматология» Региональной общественной организации медицинских сестер города Москвы провела два опроса специалистов, работающих в отделениях анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии. Первое анкетирование прошло в 2019 году, его целью было выявление проблем в работе медсестер-анестезистов. Результаты анкетирования были доложены на III Образовательном форуме «Ошибки, опасности и осложнения в анестезиологии и реаниматологии» и на IV Московском городском Съезде анестезиологов и реаниматологов, а также опубликованы в 3-м выпуске журнала «Вестник РАМС». Еще тогда мы обращали внимание на высокую нагрузку специалистов, необходимость задерживаться после работы, участвовавшие случаи участия сестер отделения анестезиологии сразу в двух операциях, выполнение работы младшего персонала медсестрами отделения реанимации. Большинство специалистов отметили, что нормативы нагрузки, а это 1–2 пациента на медицинскую сестру, практически никогда не выполняются, и мы должны одновременно оказывать помощь 3 и более пациентам в тяжелом состоянии. Все это сказывается на состоянии самих специалистов, достаточно быстро и неминуемо ведет к возникновению синдрома профессионального выгорания.

Текущий 2020 год внес значительные изменения в работу медицинских работников: многие медицинские организации были перепрофилированы в инфекционные стационары, принимающие пациентов с COVID-19. Работа продолжительное время в защитных костюмах, особенно летом, когда на улице жарко; редкие встречи с родными и близкими, так как многим медикам пришлось жить вне стен родного дома; работа с инфекцией, которая не имеет специфического лечения, – это основные трудности, с которыми соприкоснулись сотрудники так называемых «ковидариев».

В отделениях реанимации и интенсивной терапии персоналу пришлось столкнуться с рядом дополнительных проблем:

- увеличилось количество пациентов на искусственной вентиляции легких;

- в результате длительного нахождения данной категории пациентов в прон-позиции (на животе), у них стали появляться пролежни в нетипичных местах, что требовало от персонала немалых усилий по профилактике.

Несмотря на тяжелые условия труда, медицинский персонал, включая и медицинских сестер-анестезистов, продолжали совершенствовать свои профессиональные навыки и принимали участие в образовательных мероприятиях, которые в связи неблагоприятной эпидемиологической обстановкой стали проходить в онлайн-режиме.

До наступления пандемии мы успели провести второе анкетирование медицинских сестер, работающих в отделениях реанимации и интенсивной терапии. В ходе опроса было выявлено,

В действительности получается, что 64 медицинские сестры (23,8%) из числа опрошенных не имеют переподготовки по специальности «Анестезиология и реаниматология», а 55 (20,4%) отмечают, что в медицинской организации, в которой они работают, требуют наличия двух сертификатов – «Сестринское дело» и «Анестезиология и реаниматология». Наличие двух сертификатов до настоящего времени подразумевало обучение на двух разных циклах повышения квалификации: для медицинских сестер палатных (название цикла зависело от профиля реанимации) и для медицинских сестер-анестезистов; сдавать сертификационный экзамен также приходилось дважды. При этом получается, что медицинские сестры вынуждены получать

Мнение участников анкетирования по поводу образования медицинских сестер, работающих в отделениях реанимации, разделилось следующим образом:

- 23 респондента (8,6%) считают целесообразным обучение по специальности «Сестринское дело»;
- 122 респондента (45,4%) отдали свой голос в пользу обучения по специальности «Анестезиология и реаниматология»;
- 124 респондента (46%) считают, что для медицинских сестер, работающих в отделениях реанимации, должна быть предусмотрена специальная подготовка.

что из 269 респондентов, 105 специалистов работают в отделениях реанимации в должности медицинской сестры палатной, несмотря на то, что согласно утвержденному Минздравом Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Анестезиология и реаниматология» № 919н, в палатах реанимации должны работать медицинские сестры-анестезисты. Этот факт сказывается на уровне подготовки медицинских сестер, работающих в отделениях реанимации и интенсивной терапии.

Медицинская сестра-анестезист – это специалист со средним медицинским образованием, который помимо базового образования по специальностям «Сестринское дело», «Лечебное дело» или «Акушерское дело» должен пройти переподготовку (первичную специализацию) по специальности «Анестезиология и реаниматология» и получить соответствующий сертификат.

один из сертификатов по специальности, по которой фактически не работают, согласно записям в трудовой книжке. С 2021 года на смену сертификации должна прийти аккредитация. Как будет урегулирована процедура прохождения аккредитации в данном случае, пока не известно. Следует отметить, что совсем недавно Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации был утвержден профессиональный стандарт «Медицинская сестра-анестезист» (приказ № 471н от 31 июля 2020 года), вступающий в силу с 1 января 2021 года, в котором одной из трудовых функций у медицинской сестры-анестезиста является «Осуществление сестринского ухода и лечебных мероприятий пациентам в отделении интенсивной терапии». Это еще раз подтверждает, что в отделениях реанимации и интенсивной терапии должны работать медицинские сестры-анестезисты.

зисты, что является правильным на наш взгляд.

Качество профессиональной переподготовки – это еще одна из насущных проблем специальности. Дефицит кадров в последнее время вынудил внести коррективы в систему образования. Если раньше попасть на переподготовку по специальности «Анестезиология и реаниматология» могли медицинские сестры, окончившие медицинские колледжи и имеющие хотя бы минимальный стаж в практическом здравоохранении, то на текущий момент переподготовка доступна для студентов последнего курса среднего профессионального образования. С одной стороны, получается, что таким образом решается проблема нехватки кадров, так как вместе с дипломом по основной специальности выпускник получает диплом о профессиональной переподготовке, может пройти процедуру аккредитации и, получив свидетельство об аккредитации, прийти в практическое здравоохранение в отделения анестезиологии, реанимации или интенсивной терапии. С другой стороны, мы получаем специалиста с низким уровнем знаний, в которого надо много вложить, чтобы он стал профессионалом своего дела.

Если говорить более подробно про профессиональный стандарт «Медицинская сестра-анестезист», то он является далеко не совершенным и требует доработки. На первый взгляд в профессиональном стандарте необходимо расширить перечень манипуляций, которыми должна владеть медицинская сестра-анестезист, добавить необходимость получения знаний по трансфузиологии и не ограничивать трудовую функцию «осуществление сестринского ухода и лечебных мероприятий пациентам...» палатой интенсивной терапии, ведь существуют еще отделения реанимации, в которых тоже работают медицинские сестры-анестезисты.

К сожалению, наша секция не принимала участие в его разработке, но в плане работы секции на 2021 год запланирован круглый стол по обсуждению профессионального стандарта

и подготовка предложений по внесению изменений.

С момента создания секции произошли существенные изменения как в специальности, так и в нашей работе.

В специальности появилось много новых нормативных документов, касающихся деятельности медицинских сестер-анестезистов, вступает в силу непрерывное медицинское образование, впервые утвержден профессиональный стандарт, о котором уже говорилось выше.

Работа секции не стоит на месте – разрабатывается методичка «Работа с наркозно-дыхательными аппаратами, практическое пособие для медицинских сестер отделений анестезиологии и реанимации». Есть задумка написать карманный справочник медсестры-



анестезиста.

К сожалению, в силу высокой нагрузки, у специалистов не хватает времени на то, чтобы остановиться и подумать о решении накопившихся проблем, зачастую страдает и обратная связь, так как даже организация подобной секции зачастую осложняется нехваткой у работников времени.

Сегодня мы все стали частью системы непрерывного профессионального развития. Члены секции постоянно готовят конференции, ведут поиск интересного опыта, проблемных вопросов, реализованных инноваций. Сегодня мы хотим призвать своих коллег в регионах делиться такой информацией, взаимодействовать, обмениваться документами и предложениями.

В последнее время на мероприятиях, которые мы проводим для медицинских сестер, прослеживается тенденция: все

доклады, которые звучат, посвящены оказанию помощи по профилю «Анестезиология и реаниматология» взрослым пациентам, но ведь медицинские сестры-анестезисты работают не только со взрослыми, но и с детьми. В перспективе мы хотим это учесть и сделать блок докладов для медсестер-анестезистов, работающих в детских стационарах. Поэтому мы ищем специалистов из детских отделений анестезиологии и реанимации, которые могут рассказать об особенностях работы с маленькими пациентами.

Для оперативного сотрудничества с коллегами в марте 2019 года мы открыли страничку секции «Вконтакте», где регулярно публикуем вышедшие приказы, записи интересных вебинаров, обзоры по применению расходных материалов и лекарственных средств, приглашения на предстоящие мероприятия. Более того, каждый подписчик группы может направить свое обращение и информацию для всех коллег. Подписчиками группы уже стали более 690 специалистов. Приглашаем и будем рады видеть вас в своей группе: <https://vk.com/club179112824>

Всемирная организация здравоохранения объявила 2020-й Международным годом медицинской сестры и акушерки. По мнению экспертов

ВОЗ, ни одна глобальная задача в сфере здравоохранения не может быть решена без координированных и систематических усилий по максимальной реализации потенциала сестринского персонала и повышения его роли в рамках междисциплинарных медицинских коллективов. Что это значит для сестринского и акушерского сообществ? Это призыв обратить внимание на наши проблемы, посмотреть на профессиональную деятельность с другой стороны. Не секрет, что работа медицинской сестры, без непосредственного участия которой невозможно выздоровление пациента, отодвинута на второй план. В наших с вами силах изменить эту ситуацию, – говорить о своей профессии, ее задачах, развитии, проблемах, разрабатывать и предлагать решения. Если этого не сделаем мы, – этого не сделает никто!

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ В ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ФТИЗИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ



Эвелания Викторовна ПЯТИГОРЕЦ

Медицинская сестра Клиники детской хирургии и ортопедии, ФГБУ «СПбНИИФ», г. Санкт-Петербург

«Когда мы обсуждаем медицинскую проблему, говорим о проблемах здравоохранения или достижениях медиков, в центре внимания оказывается врач.

Безусловно, это ключевой элемент системы оказания медицинской помощи.

Однако не менее важная составляющая этой системы – средний медицинский персонал – многочисленная армия профессионалов, помогающая врачу лечить людей. Работа этого звена крайне важна, а в некоторых ситуациях является определяющей»

Алексей Хрипун,
руководитель Департамента
здравоохранения г. Москвы

Клиника детской хирургии и ортопедии СПбНИИФ (КДХиО СПбНИИФ) является структурным клиническим подразделением, в котором оказывают помощь детям в возрасте от первых месяцев жизни до 18 лет. В 2019 году в клинике было выполнено 630 операций, в том числе около 300 по поводу первичных хронических деструктивных поражений скелета. Кроме того, в клинике проходят лечение дети с костными опухолями, опухолеподобными заболеваниями, врожденными пороками развития и другими заболеваниями.



Какова роль сестринского персонала в послеоперационной реабилитации пациентов, а также оказании психологической помощи их родителям?

Особенностью работы клиники и, соответственно, ее персонала являются совершенно разные группы «сестринского контакта» – группы разного психологического типа и стиля поведения. К ним относятся:

- дети и их родители;
- дети 0–5 лет, находящиеся без родителей;
- дети 6–13 лет;
- подростки 14–18 лет.

1. Дети и их родители

Родитель ребенка – главный помощник для медицинской сестры. Дети до 4 лет, а также дети-инвалиды чаще всего находятся на лечении с родителями. Одна из важнейших задач медицинской сестры – помочь им стать ее помощниками в послеоперационном реабилитационном периоде, научить их правильному уходу за ребенком сейчас и после выписки из стационара.

Врач дает рекомендации по медикаментозному лечению заболевания, разрешает или запрещает те или иные виды физической активности, также рекомендует лечебное питание и кратность его приема. Рекомендации даются с целью повышения эффективности лечения уже в постстационарном периоде. Но достаточно ли родителям этого?

При нахождении в стационаре ребенок и родитель связаны воедино. Нельзя помочь одному и забыть о другом. Конечно же, на первом месте всегда стоит ребенок. Именно ему в первую очередь необходимо оказать психологическую поддержку, помочь и поддержать перед манипуляцией или вмешательством, донести необходимую информацию на доступном для него языке. Но не менее важной задачей медицинской сестры является подключение родителя к процессу помощи ребенку сразу, не дожидаясь послеоперационной реабилитации, или уже на этапе реабилитации, если ранее это было невозможно. Как родитель может помочь ребенку, если чаще всего не умеет или сам находится в со-

стоянии стресса, растерянности, ощущения пустоты и замкнутости в стенах медицинского учреждения и проблем?

Грамотная медицинская сестра найдет общий язык не только с ребенком, но в первую очередь и с родителем.

А как часто родители обращаются к врачам за пояснениями рекомендаций? Обычно в 20% случаев. В условиях интенсивной работы у врача просто нет времени рассказывать каждому родителю, как выполнять те или иные, порой банальные, рекомендации. Большую часть всей информации родители берут из интернета. Сами ставят диагнозы, сами назначают лечение (порой можно услышать, как родители между собой обсуждают, правильно ли их детей лечат, теми ли препаратами, ту ли операцию им сделали и прочее).

Главной задачей медицинской сестры является не только научить, но и распознать «лекарей интернета», развеять их заблуждения и научить правильному уходу после выписки домой, где всю помощь будет осуществлять родитель.

На что следует обратить внимание родителей:

- Особое внимание необходимо уделять исключительно бережному и осторожному перемещению пациента при перевозке в диагностические кабинеты, а также при переворачивании в постели. Следует обязательно рассказать родителям об основах биомеханики и проконтролировать, правильно ли они все поняли.
- В период иммобилизации частым осложнением являются пролежни. Чтобы исключить их появление,

мы должны рассказать и научить родителей правильной профилактике. Весь комплекс мероприятий должен быть направлен на активизацию кровообращения, процессов тканевого обмена веществ в самых чувствительных зонах (крестец, ягодицы, спина, пятки, лопатки): протирание камфорным спиртом с поглаживающими движениями, растирание влажным полотенцем, ватно-марлевый бублик. Особое внимание следует уделить пяткам. Важно убедить родителя в необходимости следить, чтобы кровать была сухой, без крошек и складок. При необходимости – научить пользоваться уткой или судном, подсказать, как помочь ребенку абстрагироваться от остальных пациентов (предложить использовать ширму).

- Научить проведению и проконтролировать выполнение дыхательной гимнастики, особенно у пациентов, что находятся в постели, для профилактики легочных заболеваний.
- Научить, как правильно кормить ребенка, особенно лежа или с неудобной ортопедической конструкцией.

Но если с вышеуказанными проблемами родители учатся справляться, то как контролировать «боли» ребенка? Очень часто под жалобами на «боль» могут прятаться другие причины: неудобство, дискомфорт, страх или плохое настроение, а иногда и страх родителя за своего ребенка.

Если ребенок уже достаточно большой, то он может четко оценить боль по 10-балльной шкале или указать на дискомфорт. И порой для устранения «боли» нужно просто подложить валик, сменить положение или дать линейку, чтобы почесал под гипсом, и нет необходимости прибегать к обезболивающим инъекциям. Бывают ситуации, когда дети просят обезболить, когда уже не болит, просто из страха, а вдруг заболит. А очень часто и родители просят обезболить своих детей «на всякий случай» или самостоятельно без ведома врача дают обезболивающие препараты.

Задача медицинской сестры действовать на опережение. Рассказать

о том, что может беспокоить, как помочь ребенку и, самое важное, донести до родителей, что нужно обращаться к медицинской сестре, а не самостоятельно решать проблему.

А если ребенок маленький и не может указать на боль, что делать? Очень часто маленьких детей беспокоят прорезывающиеся зубки, газы, упавшая игрушка или неудобство (нельзя вставать, лангета не дает согнуть ногу и т.д.), и эти проблемы накладываются на послеоперационный период.

В первую очередь медицинская сестра должна проанализировать ситуацию, установить, что именно беспокоит ребенка. В связи с переживаниями за ребенка родители очень часто забывают о «зубах или коликах». У нас нет задачи «обезболить», главная задача – правильно определить проблему и помочь.

Для достижения наилучшего результата медицинская сестра должна замотивировать ребенка и родителя на хороший результат.

2. Дети 0–5 лет, находящиеся без родителей

Самая главная проблема маленького человека – одиночество. Чаще всего это дети из специализированных домов или неблагополучных, многодетных семей. Кроме стандартных проблем: страх и боль, на первый план выходит психологическая проблема – остаться одному. Таких детей правильнее размещать в палатах, где есть дети схожего возраста с родителями, чтобы ребенок мог получить больше внимания и заботы, чем может дать медицинская сестра.

В период послеоперационной реабилитации таким детям нужно уделять намного больше внимания: заниматься с ними, проводить профилактику пролежней, гигиеническую обработку, следить за их психоэмоциональным статусом. Все реабилитационные упражнения лучше проводить в виде игры. Такие дети нуждаются в постоянном наблюдении, ведь слезы и крик могут быть не признаком боли, а лишь поводом обратить на себя внимание.

Но, несмотря на вышеуказанные факторы, нельзя, чтобы ребенок к вам привык. Необходимо держать дистан-



цию. Ведь ваше повышенное внимание может нанести психологическую травму, когда ваша смена закончится. Ребенок может почувствовать себя брошенным.

3. Дети 6–13 лет

В этом возрасте дети лучше всего поддаются мотивации и, если правильно построить общение, то они станут вашими лучшими помощниками как в помощи себе, так и другим. Не стоит забывать, что в любом возрасте дети в стенах больницы подвержены унынию и воспоминаниям о доме и родных. Правильнее всего мотивировать ребенка, опираясь на положительные воспоминания о доме:

- будешь выполнять все мои рекомендации и помогать мне, скорее поедешь домой;
- будешь делать гимнастику и ЛФК, скорее поправишься;
- будешь терпеливым во время уколов и манипуляций, скорее можно будет встать;
- будешь спать в тихий час, будет больше сил.

Мотиваций может быть множество, самое важное – помнить, что нельзя просто запрещать (не плачь, не трогай, не мешай). Всегда после запрета нужно предложить альтернативу: лангету мы снимать не будем, но положим ногу на подушку.

У ребенка будет создаваться ощущение участия медицинской сестры, и ей проще будет стать его другом. В этом возрасте лучший ваш помощник – сам ребенок. Не стоит забывать, что разговаривать с ребенком нужно как со взрослым, он должен обязательно знать, что у него очень важная роль. За каждый успех ребенка нужно хвалить, за каждый промах – подбадривать (сделал 15 шагов, молодец, завтра сделаем 20). Ребенка нельзя обманывать, ему нужно все объяснять, пояснять ход манипуляций, но на доступном языке. Нет задачи напугать или запугать ребенка. Самое важное – помочь ребенку преодолеть свой страх.

Не стоит забывать и о психологической поддержке: в таких отделениях необходим штатный психолог, который и поможет медицинским сестрам и врачам в вопросах психологической поддержки.

4. Подростки 14–18 лет

Наверное, это самая сложная категория детей, когда ребенок думает, что он уже взрослый. Одна из первых проблем – социальная. Подростку сложно находиться в больнице, часто грустно и одиноко. Он ищет новые знакомства среди сверстников, некоторые начинают курить, чтобы разнообразить досуг. Постоянно «сидят» в телефонах и планшетах для общения с окружающим миром, отказываются заниматься с учителями, делать уроки, полностью погружаются в сеть. В таких случаях нужно заинтересовать подростка интересной книгой, журналом или попросить помочь. Многие охотно начинают помогать. Своими действиями вы можете подростку лучше адаптироваться в условиях медицинского учреждения.

Еще одна проблема, которую можно встретить на детском отделении, это молодой внешний вид или небольшая разница в возрасте медицинской сестры и подростка. В этом случае подросток пытается найти в медицинской сестре друга или наоборот, полностью ее игнорирует, считая своим сверстником. Один из действенных способов разрушить эту проблему – прибавить себе лет 5–10. Проще это сделать в свободном разговоре между делом.

Часто можно встретить проблему стеснения. Подросток отказывается делать клизму, ходить на судно, принимать гигиенические процедуры. Особенно это остро заметно, если подросток парень. Подросток может начать категорически отказываться есть, чтобы не ходить в туалет. Решений этих проблем не так много. Если подросток в состоянии самостоятельно использовать утку, медицинской сестре необходимо рассказать, как ею пользоваться и просто приносить, и убирать ее. Если подросток в состоянии самостоятельно или с минимальной помощью использовать судно, то достаточно ему помочь приподнять таз и расположить судно, не поднимая одеяла, а потом так же аккуратно убрать ее. Если же эти варианты нельзя использовать, то необходимо провести беседу и объяснить подростку всю важность данных процедур.

Нередко встречается и косметическая проблема. Подростку кажется, что

после операции будет некрасивый шов, шрам. Его будут дразнить и перестанут уважать и ценить в компании. В этой ситуации необходимо спокойно все обсудить, успокоить, при необходимости пригласить лечащего врача на такой разговор.

Подростки могут отказываться выполнять назначения врача ЛФК, лечащего врача по ранней послеоперационной реабилитации по причине страха, что будет больно, швы разойдутся, во время занятий произойдет падение и прочее. Правильнее для медицинской сестры в первую очередь будет определить страх. Проговорить его с подростком, рассказать и объяснить. Если подросток боится, что будет больно, предварительно его обезболить. Боится упасть – поддержать его или быть рядом во время выполнения процедуры.

Выводы и рекомендации

Во время госпитализации ребенок отрывается от привычной обстановки и близких людей, становится объектом болезненных манипуляций и процедур, его ограничивают в движениях и общении. Для успешной реабилитации ребенка важно комплексное взаимодействие коллективов: детей, родителей и медицинских работников. Спокойствие и благожелательность медицинской сестры поможет ребенку справиться со страхом перед манипуляцией, а также с его внутренними переживаниями, которые возникают во время нахождения в стационаре. Медицинская сестра должна выработать умение одинаково относиться ко всем детям: веселым и ласковым, замкнутым и хмурым.

Кропотливый труд родителей и медицинских работников приведут к положительной динамике у детей. Спокойствие и уверенность у родителей передается и ребенку, для этого необходимо подбадривать его, уважительно относиться к тем или иным проблемам и страхам ребенка, которые у него возникают.

Союз родителей и медицинской сестры и их взаимодействие всегда дают хороший результат. Владея полной информацией о ходе лечения и дальнейшей реабилитации, родители смогут помочь своему ребенку чувствовать себя свободно и уверенно после выписки.

Использование аутологической плазмы, обогащенной тромбоцитами в офтальмологии

ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ ОПЕРАЦИОННОЙ СЕСТРЕ?



Дорофеева В.П.
Операционная медицинская сестра
ОФ ФГАУ «НМИЦ» МНТК
«Микрохирургия глаза им. акад.
С.Н. Федорова», г. Оренбург

Современные технологии в медицине не стоят на месте, и офтальмохирургия здесь не исключение. Владение этими технологиями на высоком уровне – главное качество профессионализма современной операционной сестры.

Технология получения аутоплазмы с богатым содержанием тромбоцитов, получившая название Плазмолифтинг™, разработана российскими авторами Ахмеровым Р.Р. и Зарудий Р.О. На сегодняшний день данный метод находит широкое применение в травматологии, стоматологии и косметологии. Эта технология является зарегистрированной и разрешенной к применению в РФ [5].

Одной из последних разработок при лечении многих заболеваний органа зрения является использование PRP (Platelet Rich Plasma) и аутологичной кондиционированной плазмы (Autologous Conditioned Plasma/ACP). На сегодня однозначно доказано, что данная терапия является абсолютно безопасным методом лечения. Ключевым фактором, определяющим эффективность терапии, являются характеристики полученной плазмы – количество тромбоцитов, лейкоцитов, наличие антикоагулянта [3].

В офтальмологической операционной PRP-терапия применяется для закрытия макулярных разрывов, хирургического

лечения язв и иных дистрофических патологий роговицы.

Хирургическое лечение пациентов с ИМР (идиопатический макулярный разрыв) заключается в проведении трёхпортовой 25+G, 27+G витрэктомии центральных и задних отделов стекловидного тела с деликатным поднятием и удалением задней гиалоидной мембраны. Далее, после предварительного окрашивания, проводится пилинг внутренней пограничной мембраны. Края полных разрывов деликатным поглаживанием сводятся канюлей с силиконовым наконечником. После обмена BSS на воздух и подсушивания сетчатки на макулярную зону наносят 2–3 капли PRP, предварительно приготовленной из венозной крови пациента с помощью набора YCELLBIO KIT и центрифуги ROTOFIX 32.

Для этого медсестра-анестезист проводит забор в 20 мл шприц 12,5–13,5 мл крови, учитывая пол пациента и антикоагулянт (Цитрат натрия + Декстроза) – 1,5 мл. Перед центрифугированием шприц закрывают и медленно перемешивают содержимое путем 6–8-кратного вращения (около 15 секунд). Следующий шаг – это перенесение крови в пробирку YCELLBIO, которая находится под углом 45°, и ее центрифугирование в течение 5 минут на скорости 4000 об/мин (рис. 1).

Затем во время операции операционная медсестра производит забор стерильным инсулиновым шприцем 0,1–0,2 мл обогащённой плазмы из пробирки и подаёт её хирургу, предварительно надев иглу с силиконовым наконечником.

Для получения PRP используют специальные пробирки с расширенной и узкой частью. После введения в пробирку определенного объема крови и ее центрифугирования происходит разделение на эритроцитарную массу и плазму таким образом, что тромбоцитарно-лейкоцитарный слой собирается в узкой части пробирки (стандартная ситуация) (рис. 1, фрагмент 4). В нестандартных ситуациях происходит завышение или понижение гематокрита, что приводит к необходимости проведения повторного центрифугирования. Объем получаемой таким способом плазмы составлял в среднем $0,1 \pm 0,05$ мл.

При проведении PRP-терапии строго соблюдаются все необходимые нормы асептики и рекомендации производителя по использованию пробирок. Безопасность метода во многом определяется использованием аутологической (то есть собственно пациента) плазмы крови.

Что происходит при PRP-терапии? При контакте обогащенной тромбоцитами плазмы с повреждённой тка-



Рис. 1. Ход процедуры получения PRP с использованием набора YCELLBIO

Таблица 1

Некоторые показатели БоТП, полученной различными методами

Методика	Содержание тромбоцитов, $10^9/л$	Содержание лейкоцитов, $10^9/л$	Объем БоТП, мл	Структура плазмы
PRP	820 ± 112	$4,2 \pm 1,4$	$0,1 \pm 0,05$	С включениями, мутная
ACP	653 ± 85	$0,026 \pm 0,06$	$4,2 \pm 0,7$	Однородная, прозрачная

нию происходит дегрануляция тромбоцитов и выделение в окружающую среду трофических (ростовых) факторов. Эти биологически активные вещества вступают во взаимодействие с клетками поврежденной зоны и запускают регенеративную реакцию.

Но какие минусы в PRP? Наряду с повышенным содержанием тромбоцитов в ней содержится большое количество лейкоцитов, что не всегда подходит для лечения конкретного пациента, так как может вызвать резкий иммунный ответ в глазу. В таких случаях применяется ACP технология.

Аутологичная кондиционированная плазма (ACP) готовится при помощи двойного шприца Arthrex ACP System.

Для приготовления ACP медсестра-анестезист забирает 15 мл венозной крови пациента без использования антикоагулянта. После забора необходимого объема крови надевает на канюлю шприца красный защитный колпачок. Для забора крови рекомендуется использовать иглу-бабочку диаметром 18–20G. Далее помещает шприц в центрифугу с последующим центрифугированием с меньшим количеством оборотов (1500 об/мин), чем PRP, в течение 5 минут.

После окончания центрифугирования следует извлекать шприц, держа его в вертикальном положении, чтобы плазма не перемешалась с осевшими эритроцитами.

Для того чтобы перенести 3–5 мл плазмы из большого внешнего шприца в маленький внутренний шприц, медленно надавите вниз на внешний шприц и одновременно медленно от-

тягивайте вверх поршень маленького внутреннего шприца.

Вывинтите маленький внутренний шприц и наденьте на него иглу. Полученный субстрат превышает в 1,5–3 раза от исходного концентрацию тромбоцитов и практически лишен лейкоцитов. Внутренний шприц подается операционной сестре, из которого она набирает в инсулиновый шприц необходимое для операции количество плазмы для закрытия большого или множественных разрывов. Готовую к использованию плазму надо использовать в течение 4 часов от момента взятия крови у пациента (рис. 2).

Объем получаемой таким способом плазмы составляет в среднем $4,2 \pm 0,7$ мл.

В чём отличие этих методов? Работа группы исследователей ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» г. Москвы показала, что PRP имеет объём до 0,1 мл, структура мутная с включениями и содержит тромбоциты в концентрации 1 тыс. на $10^9/л$.

ACP имеет объём 4–6 мл, однородную прозрачную структуру и содержит тромбоцитов 300–600 на $10^9/л$, также в ней отсутствует антикоагулянт и значительно снижено количество лейкоцитов, а значит снижается реакция со стороны иммунной системы (табл. 1).

Важным аспектом проведения офтальмологических операций является то, что процедура получения PRP с по-

мощью пробирок требует проведения дополнительных этапов, а именно забор крови в отдельный шприц с последующим введением крови в пробирку через боковое отверстие в крышке и забор полученной плазмы через центральное отверстие. Это усложняет протокол проведения процедуры, повышает риск контаминации биоматериала и требует дополнительного обучения участников лечебного процесса.

Забор крови с помощью системы Arthrex с двойным шприцем представляет собой более простую и безопасную процедуру. Процесс получения ACP занимает несколько минут, а закрытая система может использоваться в клинике или в условиях операционной, максимально сохраняя стерильность полученной плазмы.

Благодаря этому значительно расширилась область применения обогащённой плазмы, что позволяет лечить пациентов не только с ИМР, но и с множественными периферическими разрывами, большим макулярным разрывом, сопровождающимся отслойкой сетчатки, а также проникающими ранениями глаза. Но имеются и противопоказания – это воспалительные заболевания глаз (как и при всех внутриглазных операциях) и недостаточное содержание тромбоцитов в крови.

Данная технология подтвердила свою эффективность и является мало-травматичной методикой хирургического лечения, позволяет добиваться хороших результатов лечения пациентов и сокращает сроки восстановления, что увеличивает зрительные функции и способствует восстановлению зрения.

Операционная сестра как непосредственный участник операции должна постоянно повышать свою профессиональную грамотность, изучая современные источники информации. Своевременно полученная информация позволяет учитывать риски и отличия при использовании разных методик получения аутологической плазмы.



Рис. 2. Ход процедуры получения PRP с использованием шприца Arthrex ACP System

Халат халату рознь



Александр ПОНОМАРЕВ
 Эксперт по применению нетканых материалов в медицине

Весной 2020 года «Гекса – нетканые материалы» при поддержке Ассоциации медицинских сестер России провела исследование «Анализ мнения медицинского сообщества в части использования одноразового медицинского белья и одежды из нетканых материалов».

Одна из выявленных проблем, которую отметили более четверти респондентов, – неудобный крой одноразовых халатов. Давайте проанализируем этот вопрос более подробно и рассмотрим несколько вариантов практических решений, которые предлагает сегодня российский рынок.

Безусловно, одежда, в которой врачу или медицинской сестре приходится проводить длительное время, должна быть комфортной и практичной. Это благоприятно влияет на психологическое состояние медицинских работников, на скорость и эффективность их работы. Именно поэтому российские производители уделяют большое внимание не только качеству производства, но и удобству; стараются найти новые современные решения, руководствуясь девизом «безопасность, качество, комфорт».

Медицинский халат должен быть одновременно удобным и обеспечивать надежную защиту, и лучше всего под эти характеристики попадают изделия из композитных нетканых материалов. Подробно этот вопрос рассматривался в «Вестнике Ассоциации» № 2/46 2020. Напомним, что материал для изготовления одноразового халата из нетканых материалов должен сочетать в себе следующие характеристики: обеспечить свободное отведение испарений человека (потоотведение), при этом быть непроницаемым для жидкости и внешних негативных факторов. Только мате-

риалы, соответствующие требованиям ГОСТ 13795–2011, обладают необходимыми качествами и гарантируют безопасность и комфорт. Сейчас на рынке существуют несколько таких материалов отечественного производства и один из них – материал марки «TUTAMI», используемый в том числе для производства халатов.

Перечислим несколько факторов, которые делают крой халата неудобным:

- узкий рукав в области проймы;
- крой рукава без учета анатомических особенностей;
- короткий рукав;
- маленький запах на спине;
- узкая дополнительная защита на передней части халата;
- неудобное расположение завязок;
- короткие завязки;
- неудобная фиксация ворота и др.

Очень часто все вышеприведенные проблемные точки связаны с отсутствием должного контроля качества. Как часто рассуждают производители? Изделия одноразовые, так зачем тратить временные и человеческие ресурсы на детальную проработку кроя и конструкции? Довольно формально относятся



и к процессу приемки. К сожалению, для многих компаний основная характеристика одноразовых халатов, отшиваемых на потоке, – дешевизна. При этом страдает комфорт медицинского персонала. Но об этом мало кто задумывается. Приведем аналогию с одним известным фильмом, где герой говорит: «Коли доктор сыт, так и больному легче». Вроде шутка, но со смыслом.

И пусть даже халат изготовлен не из многокомпонентного материала, а из обычного Спанбонда, для некоторых манипуляций это не так существенно. Что всегда действительно важно, так это социальная ответственность производителей и поставщиков. Необходимо, чтобы все, занятые на производстве, думали о тех, кому придется носить эти изделия. Ведь в любой момент жизнь каждого из нас может зависеть от медицинских работников. И тогда хочется надеяться, что, оказывая медицинскую помощь, врач или медсестра будут думать о пациенте, и им не придется отвлекаться на неудобный халат.

Многие отечественные производители обладают высоким уровнем социальной ответственности. Так, например, при пошиве одноразовых медицинских халатов, особенно хирургических, из материала «TUTAMI» производитель учел все перечисленные замечания и скорректировал процесс: от разработки конструкции халата до контроля качества при приемке готового изделия.

Ниже мы приводим краткую информацию по вариантам халатов в зависимости от назначения. Обращаем ваше внимание на то, что удобство изделия часто зависит от правильного выбора модели. К счастью, выбрать есть из чего. Например, из материала «TUTAMI» производится порядка десяти разных вариантов.

Хирургический халат без дополнительной защиты

Применяется для работы в операционных, смотровых, процедурных кабинетах при малоинвазивных операциях с небольшим количеством отделяемого.

Может изготавливаться из материалов: Tutami leve S, Спанбонд, СМС, Вуденпалп.

Удобный и практичный, халат не стесняет движений во время проведения врачебных процедур. Для этого типа хирургических халатов был разработан специальный крой с широким запахом

на спине и регулируемой контактной застежкой-клипучкой» на вороте. Конструкцию рукава доработали: его сделали более широким и увеличили глубину проймы. Халат завязывается на две пары завязок: внутреннюю и внешнюю. Чтобы облегчить врачу самостоятельное завязывание, одна из внешних завязок смещена к центру передней части, а вторая завязка увеличена по длине.

Хирургические халаты с дополнительной защитой

Обладают всеми характеристиками предыдущей модели. На передней (фронтальной) части халата и на 2/3 рукава имеется дополнительная защита, выполненная из композитного влагонепроницаемого материала. Благодаря высококачественному исполнению этих зон такие халаты позволяют проводить длительные хирургические операции или операции с большим количеством отделяемого, обеспечивая надежную защиту и комфорт врача.

Дополнительная защита в виде широкого пятиугольника, расположенная на передней части халата, более качественно защищает от промокания как фронтальную зону, так и боковые части.

Могут изготавливаться из материалов: Tutami leve, Tutami leve S, Спанбонд, Ламинированный спанбонд, Вуденпалп.

Хирургические халаты с защитой для работы сидя

Обладают всеми характеристиками предыдущих моделей. Глубокие складки, расположенные на отрезной нижней части переда халата, защищают медицинский персонал со всех сторон при работе сидя, как широкий фартук. Нижние 2/3 рукава и отрезная нижняя часть переда выполняются из композитного влагонепроницаемого материала (100% защита от промокания). Верхняя часть халата выполнена из материала спанбонд, гарантирующего воздухообмен. Такой халат позволяет комфортно работать при проведении манипуляций в урологии, гинекологии, проктологии.

Могут изготавливаться из материалов: Tutami leve, Спанбонд, Ламинированный спанбонд.

Халат процедурный

В качестве примера изделия, изготовленного из базового материала Спанбонд или СМС, можно привести про-

цедурный халат. Он изготавливается в том числе из базовых материалов, в стерильном и нестерильном виде.

У него так же удобный крой и увеличенная пройма рукава. Дополнительно для комфорта персонала предусмотрены два вместительных боковых кармана, а также застежка на кнопках, расположенная спереди. Горловина халата выполнена с окантовкой, без воротника, чтобы минимизировать выступающие детали, за которые может что-то зацепиться. Не зря испокон веков хирургический халат шьется без воротника.

Халат надевается поверх костюма для проведения недлительных манипуляций. Могут изготавливаться из материалов: Tutami leve, Спанбонд, СМС.

В настоящее время такие халаты из современных инновационных материалов выпускают несколько российских компаний. Продукция российского производителя не только отвечает нормативным требованиям, она безопасна, удобна и при этом экономически доступна для большинства ЛПУ.

Примите как должное, комфорт и безопасность зависят от вас. Прежде чем приобретать большие партии, обратите внимание на этикетку халата, который вы взяли на выставке или вам презентовали в качестве образца. Обратитесь к указанному производителю и попросите небольшую партию. Протестируйте ее, соберите мнения хирургов и медицинских сестер. Если большая часть персонала осталась довольна, можете выходить с предложением использовать тот или иной халат в качестве основного.

Позволим себе еще одну рекомендацию по выбору поставщиков. Дополнительный контроль качества осуществляют производители, работающие по системе СМК (система менеджмента качества). А качество напрямую влияет на безопасность. При этом, повторимся, теперь «качественный» не равно «дорогой». Благодаря развивающейся программе импортозамещения российские производители получают поддержку государства на развитие и усовершенствование технологий, поиск новых решений и выпуск большего ассортимента товаров.

Выбор за вами: следите за новостями, интересуйтесь технологическими решениями, не соглашайтесь на низкие стандарты – тогда ваша работа будет более комфортной, а главное – безопасной!

ИННОВАЦИИ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ



■ **Киселева А.А.**

Главная медицинская сестра КОГБУЗ
«Кировский областной
наркологический диспансер, г. Киров

В Кировской области сформирована трехуровневая система оказания наркологической помощи населению.

Первый уровень – врач психиатр-нарколог с медицинской сестрой наркологического кабинета центральной районной больницы, которые обеспечивают диагностику, диспансерное наблюдение, проводят осмотры и обеспечивают профилактическую работу в районе.

Второй уровень – межрайонный наркологический центр, врач-психиатр-нарколог которого организует и проводит медицинскую профилактику наркологических заболеваний; оказывает профилактическую, консультативную, лечебно-диагностическую наркологическую помощь и проводит мероприятия медицинской реабилитации на стационарном (мотивационные мероприятия) и амбулаторном (спортивная поддержка и профилактика срывов) этапах. В подобных центрах стационарную медицинскую помощь оказывают медицинские сестры, психологи и социальные работники. Второй уровень помощи представлен тремя межрайонными наркологическими центрами на базе «Вятскополянская ЦРБ», «Омутнинская ЦРБ» и «Яранская ЦРБ».

Третий уровень – КОГБУЗ «Кировский областной наркологический диспансер». Специалисты наркологического диспансера организуют и проводят первичную, вторичную, третичную медицинскую профилактику нарколо-

гических заболеваний, включая санитарно-гигиеническое просвещение населения; оказывают специализированную профилактическую, консультативную, лечебно-диагностическую наркологическую помощь, проводят медицинскую реабилитацию на стационарном и амбулаторном этапах оказания наркологической медицинской помощи; проводят экспертизу временной нетрудоспособности; осуществляют направление на медико-социальную экспертизу больных с признаками стойкой утраты трудоспособности; внедряют современные методы профилактики, диагностики, лечения и медико-социальной реабилитации больных с наркологическими расстройствами. Медицинские сестры задействованы во всех направлениях оказания помощи пациентам, с каждым годом роль медицинской сестры в оказании консультативной помощи возрастает.

В состав КОГБУЗ «Кировский областной наркологический диспансер» входят несколько структурных подразделений: отделение реанимации и интенсивной терапии, стационарное наркологическое отделение (женское) на 20 коек, из них 1 детская; стационарное наркологическое отделение на 85 коек, (в том числе 40 коек неотложной наркологической помощи и для больных с тяжелой сочетанной патологией, отделение медицинской реабилитации на 24 койки, из них 4 детских; ряд других подразделений.

На базе 2-го наркологического отделения медицинской реабилитации реализована «Модель медико-социальной реабилитации для среднероссийского региона», в отделении внедрены новые медицинские технологии реабилитации, адаптированные к региональным потребностям. Здесь пациент погружается в лечебно-реабилитационную среду, которую составляют структурированный реабилитационный режим, взаимоотношения персонала и больных, ориентированные на объединение пациентов вокруг общей цели; комплекс психотерапевтических, пси-

хологических и психосоциальных мероприятий; самоуправление пациентов и организация ими досуга. Медицинские сестры принимают активное участие в программах реабилитации.

В связи с принятием в 2016 году новых нормативных документов в области психиатрии-наркологии роль сестринского персонала в мотивационном консультировании пациентов, в формировании приверженности к лечебно-реабилитационным мероприятиям (проведение психообразования совместно с психологом и врачом психиатром-наркологом) стала заметно выше.

Под руководством главной медицинской сестры в диспансере проводится гигиеническое обучение и воспитание пациентов. Медико-профилактическая работа является обязательной частью производственной деятельности каждой медицинской сестры. Именно сестринский персонал принимает активное участие в данной работе.

Разработаны и успешно внедрены в практику тематические «месяцы здоровья». Каждый месяц посвящен какой-либо теме – профилактике самых распространенных заболеваний, февраль – месяц профилактики онкологических заболеваний, март – профилактики туберкулеза и т.д.

В течение каждого месяца медицинские сестры проводят в структурных подразделениях различные профилактические мероприятия для пациентов: лекции, беседы, оформляют тематические информационные стенды, уголки здоровья.

Активную профилактическую работу с населением ведут специалисты отделения для детей и подростков. В целях повышения информированности о вреде запрещенных к обороту и употреблению наркотических веществ, в том числе запрещенных курительных смесей, специалистами наркологической службы Кировской области проводятся социопсихологические тренинги для несовершеннолетних, школы для родителей, лекции для не-



совершеннолетних, родительские собрания, а также межведомственные мероприятия (квест-игры, семинары для медицинских работников, студентов образовательных учреждений).

Акция «Наркопост» является масштабным проектом министерства здравоохранения нашего региона. Акция проводится с целью профилактики и раннего выявления несовершеннолетних, потребляющих наркотические средства.

В рамках акции проходит добровольное тестирование школьников на предмет потребления наркотических и психотропных веществ, организуется консультативный прием врача психиатра-нарколога, проводятся социопсихологические тренинги и видеолектории с участием представителей УМВД России по Кировской области.

В 1-м наркологическом отделении (женском) проводится школа для пациентов с синдромом зависимости от алкоголя. В Школу направляются больные с алкогольной зависимостью, не прошедшие обучение (первичный цикл), или больные, уже прошедшие обучение, на повторный цикл (поддерживающий цикл). Обучение не проводится больным в тяжелом состоянии, с выраженным обострением сопутствующих заболеваний, лицам с психическими нарушениями. Занятия проводятся совместно с лечащим врачом психиатром-наркологом, медицинским психологом, врачом-психотерапевтом.

Задачи школы для пациентов: повышение информированности больных с алкогольной зависимостью о заболевании и факторах риска ее развития и осложнений; обучение больных с алкогольной зависимостью методам самоконтроля, адаптации

проводимого лечения к конкретным условиям жизни, профилактика острых и хронических осложнений заболевания; формирование у больных ответственного отношения к здоровью, повышение мотивации к оздоровлению и приверженности к лечению и выполнению рекомендаций по лечению.

Перед обучением проводится знакомство с пациентом, устанавливается образовательный уровень, социальный статус, уровень знаний, определяется его мотивация на необходимость лечения и изменение стиля жизни.

Школа для пациентов с синдромом алкогольной зависимости учит не бояться своей болезни, а жить с ней в ремиссии, повышать уровень качества жизни. Внедрение школы для пациентов с синдромом зависимости от алкоголя дает пациентам необходимые знания и, как мы надеемся, внесет большой вклад в достижение стойкой и длительной ремиссии у пациентов в будущем.

В работу наркологической службы Кировской области активно внедряются информационные технологии – сформирован единый электронный реестр наркологических пациентов, внедрена информационная система «Электронная очередь», ведется электронная история болезни, модуль «Аптека» позволяет более точно планировать закупки лекарственных препаратов, отслеживать их движение.

Электронный документооборот организован и при направлении биологических сред пациентов на химико-токсикологическое исследование и получении справок о результатах химико-токсикологического исследования в системе КМИС, что существенно сокращает сроки получения результатов исследований медицинскими органи-

зациями, расположенными в районах Кировской области.

Медицинские сестры ведут статические листы (лист назначения изделий медицинского назначения, расходных материалов, дезинфицирующих средств), направления на лабораторные, диагностические исследования. Результаты всех выполненных назначений и проведенных исследований отражаются в электронной истории болезни пациента. В системе КМИС имеются журналы медикаментозного лечения, диагностических процедур, лабораторных исследований, что значительно улучшает контроль и анализ качества лечения в соответствии со стандартами.

Раз в месяц главная медицинская сестра выборочно проверяет стационарные карты пациентов в информационной системе: заполнение температурных листов, своевременное снятие врачебных назначений, ведение карты сестринского наблюдения за пациентом, правильность оформления истории при поступлении пациента. В карте сестринского наблюдения отражены основные показатели работы жизненно важных функций – уровень сознания, артериальное давление, пульс, ЧДД, диурез, количество инфузий, фиксация пациента и др.

Профессиональная подготовка среднего медицинского персонала

Работа по повышению квалификации, как правило, проводится на плановой основе с использованием различных форм и методов обучения. Ежегодно главной медицинской сестрой разрабатываются планы по профессиональной подготовке среднего и младшего медицинского персонала.



Другим важным методом повышения квалификации среднего медицинского персонала является организация занятий непосредственно в каждом структурном подразделении. Тематика занятий формируется с учетом задач, стоящих перед отделением, а также выявленных при проверке недочетов и ошибок в работе сестринского персонала. Такие занятия проводятся ежемесячно. План занятий на год разрабатывают руководители структурного подразделения, согласуя с главной медицинской сестрой учреждения. Подготовку и проведение занятий осуществляют медицинские сестры под руководством старшей медицинской сестры отделения. Серьезное внимание уделяется вопросам изучения новых нормативных и методических материалов (по вопросам инфекционного контроля, использования новых лекарственных и дезинфицирующих средств, этике и деонтологии, лечебно-охранительному режиму и др.).

Учитывая, что молодые специалисты ранее получали повышение квалификации по циклу «Сестринское дело в наркологии» через 5 лет, ощущался определенный дефицит знаний для работы с пациентами наркологического профиля. С целью совершенствования системы профессиональной подготовки в 2007 году на базе КОГБУЗ «Кировский областной наркологический диспансер» организована Школа наркологии для среднего медицинского персонала.

Основными задачами школы являются:

- повышение качества деятельности среднего медперсонала;

- формирование высококвалифицированного специалиста со средним медицинским образованием, способного к принятию решения и обладающего самостоятельностью в пределах своей компетенции;
- повышение уровня знаний среднего медперсонала по наркологическим заболеваниям, мотивация персонала на усиление профилактической направленности в работе с пациентами наркологического профиля;
- обеспечение единства требований и единства информации по всем видам деятельности и организации работы среднего медперсонала.

Разработано Положение об организации Школы наркологии, план работы, программа обучения. Занятия проводятся 1 раз в месяц. Срок обучения – 2 года, после окончания выдается удостоверение. Школу проводят врачи психиатры-наркологи, психологи, психотерапевты, главная и старшие медицинские сестры.

Программа Школы наркологии включает в себя вопросы наркологических заболеваний, основы сестринского дела с учётом новых сестринских технологий, этики и деонтологии, вопросы санитарно-гигиенического и противоэпидемиологического режима, психотерапию, психологию общения. Для проведения занятий разработаны методические пособия.

После окончания каждого года обучения комиссией проводится экзамен по разработанным билетам. В 2009 году Школа наркологии выпустила первую группу.

В 2014 году проведен анализ обучения, откорректирована программа, время обучения сокращено до 1 года. В настоящее время в Школу направляются специалисты со средним медицинским образованием, вновь пришедшие на работу в наркологический диспансер.

Помимо этого сестринский персонал активно участвует в образовательных мероприятиях, проводимых Ассоциацией медицинских сестер Кировской области.

Работа службы в условиях пандемии

Пандемия наложила отпечаток на работу всех медицинских учреждений страны. Соблюдение всех противоэпидемических мер безопасности, как пациентов, так и медицинских работников в условиях пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 является одним из наиболее важных направлений деятельности медицинских организаций.

В наркодиспансере работа медицинского персонала осуществляется в плановом режиме.

В диспансерно-поликлиническом отделении врачами психиатрами-наркологами проводится прием пациентов. В диспансере созданы условия, исключающие очереди в коридорах, соблюдается рекомендованная дистанция в 1,5–2 метра между посетителями, всем пришедшим на прием пациентам бесконтактными термометрами измеряют температуру, кожные покровы обрабатывают дезинфицирующими растворами и средствами.

Госпитализация пациентов в стационарные отделения осуществляется по медицинским показаниям.

Медицинские освидетельствования на состояние алкогольного или наркотического опьянения по направлениям правоохранительных органов проводятся круглосуточно.

С 11.10.2020 одно из зданий учреждения, где оказывалась стационарная помощь пациентам с наркологическими заболеваниями, было перепрофилировано в отделение для лечения больных с новой коронавирусной инфекцией. Медицинская помощь пациентам с наркологическими заболеваниями также оказывается в полном объеме в другом здании диспансера.

Дезактив-Гель

АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО

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

ОПИСАНИЕ

Готовый к применению гель в виде прозрачной вязкой жидкости.

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

СОСТАВ

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

НАЗНАЧЕНИЕ

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

Срок годности средства—3 года.



МИКРОБИОЛОГИЯ

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

ПРИМЕНЕНИЕ

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

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

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

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



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

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

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



ПРОДУКЦИЯ*	СОСТАВ	ФАСОВКА/ФОРМА ВЫПУСКА	СРОК ГОДНОСТИ ср-ва/раб. р-ра
Медилис-ДЕЗ	ЧАС + триамин	1л/5л/концентрат	5 лет/28 суток
Медилис-ЗДВ ДЕЗ	ЧАС+ триамин +ПГМГ	1л/концентрат	5 лет/14 суток
Медилис-АСЕПТ	изопропанол +ЧАС+ПГМГ	50мл/200мл/1л/готовый раствор	5 лет/-
Афлоран	ЧАС	1л/концентрат	5 лет/14 суток
Медихлор №1000	ДХЦК	1кг банка/1000 таблеток по 1гр	5 лет/4 суток
Медихлор №300	ДХЦК	1кг банка/300 таблеток по 3,32гр	5 лет/4 суток

реклама

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

УЗНАЙ БОЛЬШЕ НА WWW.MEDILIS.RU