

# ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 1/50 2021



**СПРАВИЛИСЬ НА ОТЛИЧНО:**  
опыт развертывания сестринской  
службы в Коммунарке



стр. 16

*В потоке создания ценностей:  
реализация модели  
универсальной сестры  
в детском стационаре*



стр. 25

*Новые возможности:  
непрерывное профессиональное  
развитие специалистов  
офтальмологии*



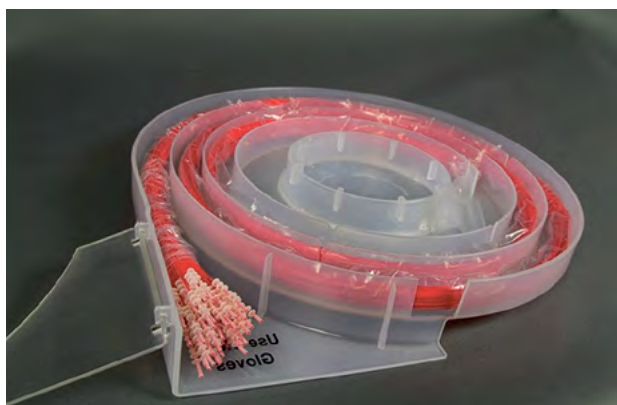
стр. 12

*Самоотверженность,  
мужество, отвага: Президент  
России наградил медицинскую  
сестру орденом Мужества*

# ВАШ ВЫБОР ДЛЯ ОЧИСТКИ ГИБКИХ ЭНДОСКОПОВ!

При проведении окончательной очистки гибких эндоскопов одним из важнейших этапов является очистка каналов с помощью устройств-щеток от всех видов загрязнений

## УСТРОЙСТВА PULL THRU™ для ручной очистки каналов гибких эндоскопов диаметром от 1 мм до 8 мм за один проход



### ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ УСТРОЙСТВ PULL THRU:

- Рабочая часть устройства выполнена в виде колец из мягкого пластика, что гарантирует полное соприкосновение с каналами эндоскопа и обеспечивает их сохранность
- Уникальное строение PULL THRU создает вакуум, который втягивает моющее средство в просвет канала, полностью заполняя его для более эффективного удаления загрязнений
- Использование устройств PULL THRU сокращает время ручной очистки каналов эндоскопа, так как необходим всего один проход по каналу
- Степень очистки 99 % за один проход по сравнению с традиционными щетками, которые удаляют от 29% до 90% после трех проходов

## НАУЧНО ДОКАЗАННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И КАЧЕСТВО УДАЛЕНИЯ ЗАГРЯЗНЕНИЙ

☒ ЛИЗОФОРМ

г. Санкт-Петербург, тел.: +7 (812) 347-71-15 (16), sales@lysoform.ru

Представительство в Москве: ООО «КлинДез»

тел.: +7 (495) 741-54-42, 771-25-64, 771-27-64, klindez@yandex.ru

www.lysoform.ru





«**Уроки пандемии не должны быть забыты. Голос медицинских сестер должен быть услышан руководителями при формировании политики здравоохранения, устремленной в будущее.**»

Уважаемые коллеги и читатели «Вестника»!

Приветствуем вас на страницах журнала и спешим поделиться основными вопросами и задачами повестки дня Ассоциации, тем, что нам удастся реализовать, по-прежнему в режиме ограничений.

Исполнился год с момента регистрации в нашей стране первого случая новой коронавирусной инфекции. Мы пережили эти месяцы в сложной работе, учебе на месте и на ходу, примеряя к своей ежедневной практике одно за другим новые руководства и рекомендации, привыкая к работе в обстановке повышенной инфекционной опасности. Нам удалось освоить азы борьбы с коронавирусной пандемией, приобрести уверенность в своих действиях, сформулировать и выполнять правила, от которых зависят жизнь, эффективное выздоровление пациентов и безопасность коллектива. Этот год принес новые знания, позволил сформулировать принципы работы в условиях инфекционного риска и массового притока пациентов, рекомендации по развертыванию больниц и, что особенно важно для нас, по укомплектованию в считанные дни штатов сестринского персонала. Вооруженные этими знаниями, мы стали сильнее, научились лечить COVID-19 и приобрели уверенность в своих действиях, но, тем не менее, мы очень хотим как можно скорее поставить точку в этом всемирном коронавирусном марафоне.

Тем не менее, уроки пандемии не должны быть забыты. Голос медицинских сестер должен быть услышан руководителями при формировании политики здравоохранения, устремленной в будущее. Еще в январе мы приняли участие в обсуждении глобальной стратегии ВОЗ по укреплению сестринского и акушерского дела вместе с руководителями крупнейших национальных организаций. Документ будет рассмотрен Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае этого

года. Но одних документов недостаточно. Мы должны сделать все, чтобы тяжелейшие потери профессии и всего общества не были забыты, – ни в мире, ни в стране, ни в каждом отдельно взятом регионе и организации. Мы будем напоминать и призываем всех специалистов, руководителей, лидеров проявлять максимальную настойчивость в вопросах, которые касаются защиты, безопасности, кадрового обеспечения, подготовки специалистов, инвестиций в нашу профессию.

Тем временем Ассоциация продолжает столь успешно стартовавший проект «Уходим в сети». Потребности полтора-миллионной армии специалистов в знаниях восполнить нелегко. В этом году за дело возьмутся и уже взялись 22 специализированные секции в составе РАМС. По каждому направлению пройдут всероссийские НПК, где опытом поделятся эксперты. Новые возможности для приобретения знаний откроются и за пределами России. В чем-то благодаря пандемии у многих специалистов появится уникальная возможность участия в международных мероприятиях, которые были бы недоступны в очном режиме. Среди таких мероприятий регулярные вебинары для эндоскопических сестер, онлайн-конференция для операционных сестер, Всемирная акушерская конференция в формате марафона. Если вы по каким-то причинам еще не подписаны на группу РАМС «ВКонтакте», обязательно это сделайте, чтобы получать важную информацию своевременно.

В этом году стартуют и новые проекты. Один из них будет нацелен на подготовку лидеров. Сегодня у региональных ассоциаций появляется все больше возможностей, но для их использования нужны и знания. Приобрести такие знания и ценный опыт успешного развития общественной организации, научиться строить диалог с органами управления, использовать новые информационные технологии, заниматься вопросами безопасности персонала, формированием культуры общения предстоит специа-

листам, которых для участия в этом проекте выдвинули руководители региональных организаций РАМС. Первое занятие уже состоялось – мы рассмотрели деятельность профессиональных ассоциаций в контексте глобальной, национальной и региональной политики здравоохранения.

Следующий проект будет нацелен на руководителей сестринского звена. Главными сестрами, как известно, не рождаются. Вступая в должность, любой специалист в течение первых месяцев и даже лет не обладает достаточной поддержкой. Продвижение новых идей не всегда дается легко. Поэтому РАМС и специализированная секция «Управление сестринской деятельностью» проводят опрос действующих руководителей, с тем чтобы выявить болевые точки, слабые стороны в управленческом опыте и в качестве ответных мер реализовать циклы обучающих мероприятий для заинтересованных специалистов.

А еще специалистам очень не хочется терять время. И уже сейчас медицинские сестры готовы браться за новые проекты, нацеленные на сохранение здоровья населения, предполагающие тестовый запуск практической деятельности сестер с более широкими профессиональными полномочиями. К числу таких проектов, вне всяких сомнений, относится инициатива сестер офтальмологических отделений Тюменской области, направленная на профилактику близорукости у детей. Да, статистика упорно подтверждает, что школьные годы не проходят бесследно для зрения детей и подростков. Именно в этот период должны быть реализованы профилактические меры, на разработку и внедрение которых тюменские специалисты обратят самое пристальное внимание. Этот ценный опыт, уверены, многих заинтересует, а мы обязательно будем следить за разворачивающимися событиями и рассказывать читателям и о старте проекта, и о том, каких результатов получится достичь.



**На обложке:** сотрудники инфекционного госпиталя ГБУЗ ГКБ №40 ДЗМ в районе Коммунарка, г. Москва

## СОДЕРЖАНИЕ

ГЕРОИ ПРОФЕССИИ	
Две героини, две судьбы. Рассказ о двух фельдшерах разных поколений	стр. 3
Самоотверженность, мужество, отвага: о подвиге медицинской сестры из г. Архангельска в мирное время	стр. 12
ОПЫТ ПАНДЕМИИ	
Работа единой лечебной бригады в период пандемии	стр. 6
Развертывание сестринской службы инфекционного госпиталя в Коммунарке при лечении новой коронавирусной инфекции. Векторы развития	стр. 20
Если Covid-19 не прошел бесследно. Реабилитация после перенесенного заболевания	стр. 32
СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ	
Священный подвиг, священная слава. В память о кузбасских медиках – героях Великой Отечественной войны	стр. 9
КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Опыт организации работы палаты пробуждения в многопрофильном стационаре	стр. 14
Особенности ухода за пациентами с вакуумными системами дренирования послеоперационных ран	стр. 30
Химиотерапия: выбор в пользу безопасных технологий венозного доступа	стр. 36
Выполнение МР-энтерографии у пациентов с болезнью Крона: взгляд рентгенолаборанта	стр. 39
НЕПРЕРЫВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ	
Непрерывное профессиональное развитие: возможности для медицинских сестер, оказывающих помощь по профилю «офтальмология»	стр. 25
ИННОВАЦИОННАЯ ПРАКТИКА	
Внедрение проекта «Универсальная медицинская сестра» в детском стационаре. Опыт ОКБ №2 Тюменской области	стр. 16
Профилактика близорукости у детей: Новая общественно-профессиональная инициатива Тюменской ассоциации	стр. 28

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 05.03.2021. Отпечатано в ООО «Аллегро». Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28. Заказ № 1401. Тираж 15 500. Цена договорная. За опубликованные рекламные материалы редакция ответственности не несет. Фото: depositphotos.com

## СОТРУДНИЧЕСТВО С АВТОРАМИ

Уважаемые читатели! Редакция журнала «Вестник Ассоциации медицинских сестер России» видит свою задачу в распространении инновационного опыта организации работы сестринских служб, обмене мнениями и развитии профессиональной дискуссии, освещении деятельности региональных общественных организаций и профессиональных достижений медицинских сестер. Наш журнал посвящен самым важным, актуальным, острым и значимым вопросам сестринского дела. Мы будем рады принять для публикации ваши статьи и материалы по темам научных исследований в сестринском деле, этических вопросов сестринской практики, а также по методическим рекомендациям и образцовому опыту, достижениям и проблемам на рабочих местах.

Материалы принимаются в электронном виде, с обязательным указанием ФИ.О. автора, должности, учреждения, контактных данных, фотографией автора, иными иллюстрациями в виде отдельных файлов JPEG по электронному адресу: [RNA@medsestre.ru](mailto:RNA@medsestre.ru)

## ОФОРМЛЕНИЕ ПОДПИСКИ

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

## УЧРЕДИТЕЛИ И ИЗДАТЕЛИ

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

## РЕДАКЦИЯ

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

## АДРЕС РЕДАКЦИИ

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

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

- АНОПКО В.П.** – канд. мед. наук, президент Астраханской региональной общественной организации «Профессиональная сестринская ассоциация»
- ГЛАЗКОВА Т.В.** – главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Комитета по здравоохранению Ленинградской области, президент Региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация специалистов сестринского дела» Ленинградской области
- ДРУЖИНИНА Т.В.** – 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»

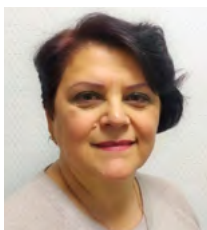
# ДВЕ ГЕРОИНИ, ДВЕ СУДЬБЫ...

НАШ РАССКАЗ  
О ДВУХ ФЕЛЬДШЕРАХ  
РАЗНЫХ ПОКОЛЕНИЙ  
И О СОБЫТИЯХ, СМЕНЯЮЩИХ  
ДРУГ ДРУГА...



**Светлана Александровна  
АНДРЕЕВА**

Исполнительный директор  
АРОО «ПСА», г. Астрахань



**Ольга Ивановна ЖУРАВЛЕВА**

Главная медицинская сестра,  
Государственное бюджетное  
учреждение здравоохранения  
Астраханской области «Камызякская  
районная больница»

## О жизни простыми словами

1979 год... Роза Жарханалиева (Баба-нова), молоденькая выпускница Астраханского медицинского училища, получила распределение в Ахшарумовский роддом. Именно так в Астрахани называют городской клинический роддом, расположенный на улице Ахшарумова.

Очень нравилось Розе работать в чудесном доме, так тепло называли сотрудники свою работу. Ведь появление на свет нового человека – это поистине чудо.

Время шло. Роза познакомилась с парнем, полюбила, вышла замуж. Пришлось уволиться с работы и по-



Абдрахимова Аделя Усмановна и Роза Жарханалиева перед старым зданием ФАПа

ехать за любимым мужем в самую глубинку, в село Бараний Бугор, расположенное в Камызякском районе Астраханской области.

Тогда, в далеком 1984 году, самой большой проблемой на селе было то, что ФАП пустовал. Местным жителям некуда было обратиться за медицинской помощью.

Как известно, новости в селах передаются очень быстро, и весть о том, что в село приехал медицинский специалист, разлетелась мгновенно.

Предложение работать на ФАПе обрадовало и испугало Розу Жарханалиеву – ведь работать, принимая решения, касающиеся здоровья людей, предстояло одной.

На всю жизнь запомнила Роза Ибадуллаевна напутственные слова главы сельсовета, с которыми он передал ей ключи от ФАПа: «Вот, Роза, возьми ключи и работай здесь до пенсии». Слова оказались пророческими – до самой пенсии проработала Роза Ибадуллаевна Жарханалиева фельдшером в селе Бараний Бугор.

## Первый день на ФАПе – память на всю жизнь

Первый рабочий день... Страшно было до дрожи в коленках.

Фельдшерско-акушерским пунктом была половина обычного жилого дере-

венского дома. Внутри ФАПа было две маленькие комнаты – приемный кабинет и процедурная, в которой стояло старое гинекологическое кресло. Из стены торчала печка, отапливаемая дровами, удобства все во дворе. В комнате стоял облезлый белый шкаф, в котором лежали упаковки с бинтами и желтая старая вата. А в ящике стола лежал старенький, с потрескавшимися резиновыми трубочками фонендоскоп.

## ФАП – скорая помощь на периферии

Обслуживала Роза Ибадуллаевна 290 человек.

Рождаемость в те годы была высокой, ежегодно в селе появлялось 10-



Роза Жарханалиева





Абдрахимова Аделя Усмановна

12 новых жителей. Самой большой трудностью, с которой приходилось сталкиваться фельдшеру, было не только отсутствие транспорта, но и бездорожье.

*«Пока выпросишь машину в сельсовете, потом то паром сломался, то паромщика нет...»*, – вспоминает Роза Ибадуллаевна.

Памятных случаев, связанных с перевозкой пациентов, за время работы было великое множество. Не всегда рожениц получалось заблаговременно доставить в больницу райцентра, приходилось принимать роды самой, порой и в дороге. Помощником становился водитель, которому и самому в такие моменты требовалась медицинская помощь...

Приветливая, красивая и всегда аккуратная женщина с чемоданчиком неотложной помощи была любимицей сельчан.

«Вот и наша Розочка», – так ласково называли ее в селе. Фельдшер полностью отдавала себя работе, несмотря на трудные условия и огромную нагрузку. Роза Ибадуллаевна посвятила свою жизнь тому, чтобы лечить людей. Благодарны были ей сельские жители и за добрые слова, и за совет.

За 33 года трудовой деятельности на ФАПе Роза Ибадуллаевна очень многим людям оказала медицинскую помощь. Ее своевременно и быстро оказанная помощь не раз спасала жизнь людям.

Сейчас Роза Ибадуллаевна находится на заслуженном отдыхе.

Уходя на пенсию, Роза Жарханалиева, как и любой человек, душой болеющий за свою работу, очень волновалась о судьбе ФАПа.

Фельдшерско-акушерский пункт села Бараний Бугор перестал функционировать в 2017 году, так как ушедшего на пенсию фельдшера заменить было некем.

### Не было бы счастья, да несчастье помогло

2016 год... Аделя Усмановна Абдрахимова работала фельдшером выездной бригады скорой помощи.

Работу фельдшера скорой помощи нельзя назвать легкой, но Аделя любила свою работу, так как присутствовало желание помогать людям.

Была середина зимы. По пешеходной дорожке, покрытой скользкой коркой, Аделя спешила на дежурство. Падал мокрый снег, в голове промелькнула мысль: «Сегодня будет много травм».

Дежурство в этот день превратилось в сплошной аврал: много промелькнуло лиц, дорог, адресов, подъездов.

Очередной вызов поступил, когда на часах было три часа ночи. Отдохнуть хотя бы немного так и не удалось, физические силы были на исходе...

Оказав неотложную помощь, бригада выходила из подъезда, в котором не горела ни одна лампочка.

Аделя Усмановна поскользнулась, острая боль в голеностопе... «Сегодня будет много травм» – промелькнула утренняя мысль. Самостоятельно встать уже не смогла...

Через операции, долгая реабилитация, училась заново ходить. На «скорую помощь» вернуться уже не могла.

Устроилась на должность фельдшера по приему и передаче вызовов выездным бригадам.

### Земский фельдшер

Не смогла Аделя Абдрахимова сидеть на одном месте, хотелось реальной работы, хотелось быть нужной людям, оказывать им помощь.

Вот так в 2018 году судьба привела Аделю Усмановну на ФАП села Бараний Бугор.

Аделя Усмановна Абдрахимова стала заведующей этого небольшого медицинского учреждения. Небольшого, но очень необходимого медицинского пункта для жителей села Бараний Бугор.

Очень быстро летит время. Многое изменилось и в медицине, и в работе фельдшера.

За последние годы численность жителей села стремительно упала. Молодежь не остается жить на селе, перебирается в город. На подведомственной фельдшеру территории сейчас проживает 204 человека, 50 из которых дети.

Это удручает Аделю Усмановну, ведь основной показатель ее труда – это смертность и рождаемость, а показатели рождаемости на селе совсем упали.

Фельдшерско-акушерский пункт до 2020 года находился все в том же старом доме.



Но произошли и хорошие перемены. Наладилась ситуация с дорогами – переправиться через реку теперь можно по понтонной переправе, а не ждать паром. Преодолеть 35 км пути до районной больницы теперь стало намного легче. Ежедневно на прием к Аделе Усмановне приходят порядка 30 человек, примерно 10 из них – на процедуры. После обеда фельдшер обходит пациентов, лечение которых проходит на дому. О сельчанах, которых ей приходится лечить, Аделя Абдрахимова говорит лишь хорошее: «За время, что я здесь работаю, ни от кого не слышала плохого слова, народ здесь добрый и относится ко мне с большим уважением».

### Новый фельдшерско-акушерский пункт

2019 год... Из региональных новостей жители села Бараний Бугор узнали, что в их селе будет построен новый фельдшерско-акушерский пункт.

И для жителей сельской глубинки это была самая хорошая новость, так как деревенский дом, в котором располагался ФАП, был в аварийном состоянии.

2020 год ознаменовался радостным событием и для жителей села Бараний Бугор, и для заведующей ФАПом.

В рамках национального проекта «Здравоохранение» по программе «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» был сдан в эксплуатацию новый модульный фельдшерско-акушерский пункт.

В церемонии принял участие губернатор Астраханской области Игорь Бабускин, который вручил ключи от нового здания и пожелал успешной работы земскому фельдшеру Аделе Усмановне Абдрахимовой.

Заведующая ФАПом не скрывает своей радости, что у жителей села Бараний Бугор появилась возможность получать первичную медицинскую помощь в комфортных условиях.

В современном ФАПе есть всё необходимое для оказания первичной помощи – кабинет приема фельдшера,

процедурный и прививочный кабинеты, вестибюль для посетителей, санитарно-бытовые комнаты.

Фельдшерско-акушерский пункт оснащён самым современным медицинским оборудованием, которое позволяет оказывать помощь детям, взрослым и беременным женщинам.

Установлена система кондиционирования воздуха, что немаловажно для нашего жаркого климата. Налажено горячее и холодное водоснабжение. Благоустроена прилегающая территория с соблюдением требований для малоподвижных и маломобильных групп населения, установлен пандус, оборудована площадка.

Не важно, большое село или маленькое, но оно нуждается в своем фельдшерско-акушерском пункте.

*«Я просто не представляю, в какой другой профессии могла бы работать, не представляю свою жизнь по-другому. Наверное, именно этот жизненный путь и был предназначен мне судьбой»*, – с улыбкой говорит заведующая ФАПом Аделя Усмановна Абдрахимова.

## Что делать, чтобы сохранить душевное равновесие и спокойствие?

И для кого не секрет, что медицинские специалисты работают в условиях повышенной стрессовой нагрузки. Постоянно возникающие раздражающие факторы и эмоциональный дискомфорт приводят не только к хроническому стрессу, но и к психоэмоциональному выгоранию. Зачастую мы недооцениваем отрицательного влияния таких факторов на свое душевное и физическое здоровье. И уж точно – большая часть из нас не всегда знает, как себе правильно помочь.

Существует несколько простейших рекомендаций, позволяющих быстро справиться с чрезмерным психоэмоциональным напряжением.

Даже в ограниченном и людном пространстве можно найти тихий уголок для нескольких физических упражнений (выберите наиболее подходящие для вас).

Можно сделать и/или:

- несколько энергичных круговых движений руками вперед и назад;
- 5–6–10 глубоких приседов;
- 5–6–10 отжиманий от стены;

- попрыгать на месте;
- спуститься, а затем подняться несколько пролетов по лестнице.

Сделайте несколько дыхательных упражнений с незначительной задержкой дыхания и удлиненным спокойным выдохом.

Например,

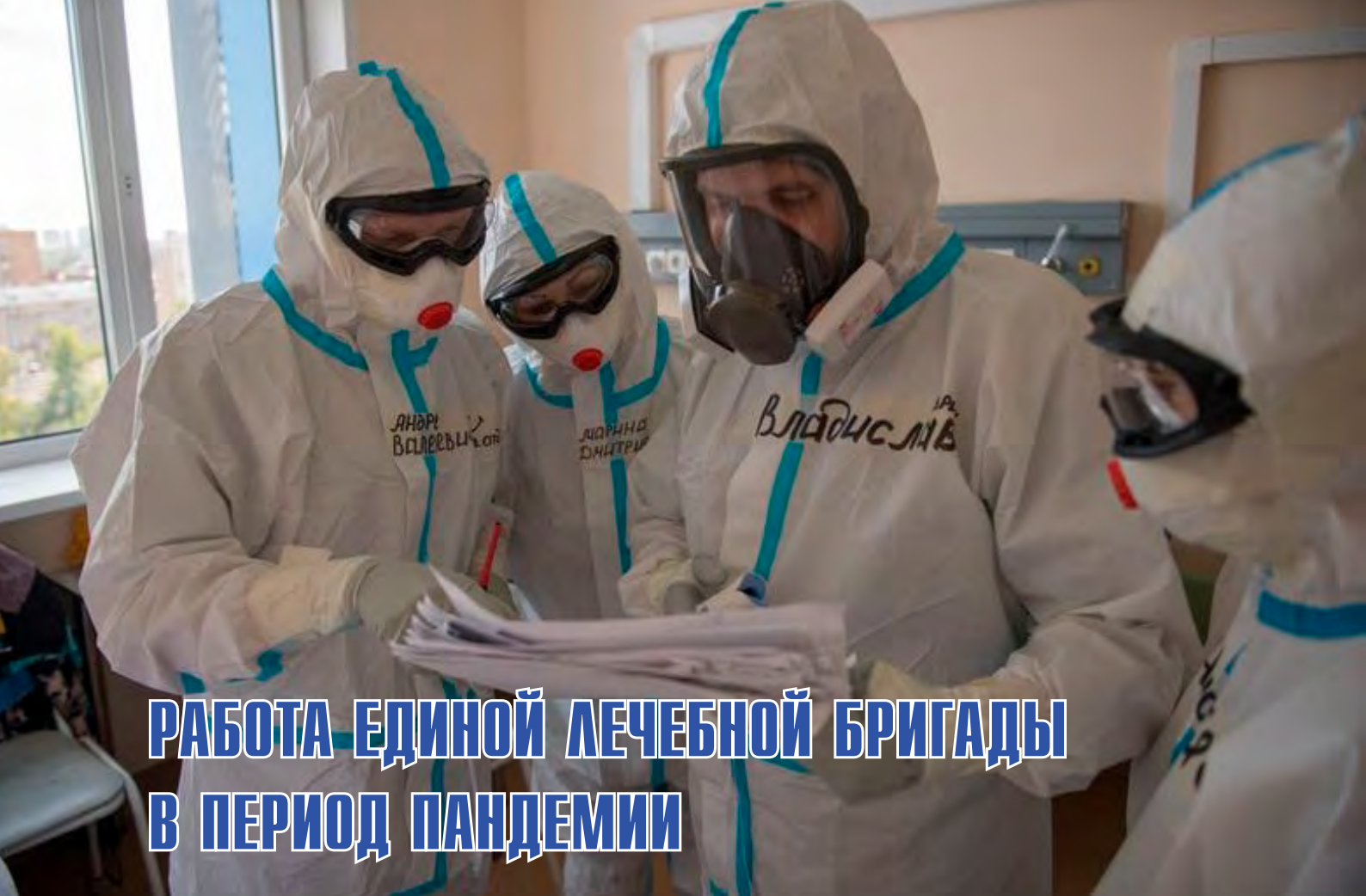
- Медленный вдох на 3–4 счета – задержка дыхания на 3–4 счета – медленный выдох. Помните, что выдох должен быть в 2 раза длиннее, чем вдох.
- Поднимите плечи (втяните голову в плечи), напрягите мышцы шеи и плеч, задержите это напряжение на 6–8–10 счетов. Затем на выдохе плавно опустите плечи вниз и расслабьте мышцы. Повторите это упражнение 3–4 раза.

И, самое главное, – улыбайтесь себе, улыбайтесь окружающим, улыбайтесь несмотря ни на что. Улыбайтесь, даже когда под масками не видно ваших улыбок – пусть улыбаются ваши глаза!

Эти советы – неотложная помощь для выравнивания эмоционального состояния.







## РАБОТА ЕДИНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ БРИГАДЫ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ



■ **Хмелева М.Д.**  
Старшая медицинская сестра  
отделения сосудистой хирургии



■ **Жедаева М.В.**  
Главная медицинская сестра  
ФГБУ «НМИЦ хирургии  
им. А.В. Вишневского» МЗ РФ, г. Москва

**В** период пандемии новой коронавирусной инфекции перед медицинскими работниками и руководителями сестринского персонала встало множество вопросов:

– Как обеспечить эпидемиологическую безопасность в отделениях для пациентов и сотрудников;

– Как соблюсти эпидемиологические правила в сложившихся сложных условиях, чтобы не заразиться самому и обеспечить качественный сестринский уход пациентам с коронавирусной инфекцией;

– Как старшей медсестре контролировать соблюдение подчиненными всех мер инфекционной безопасности при ежедневном уходе за пациентами;

– Как справиться с повышенной тревожностью или неадекватной реакцией пациентов, столкнувшихся «лицом к лицу» с пандемией.

Для решения сложных, нестандартных задач прежде всего необходима правильная организация работы, где у каждого сотрудника должен быть четко определен функционал.

Успех лечения каждого пациента зависит от слаженной командной работы всех специалистов: и сотрудников отделения, и вспомогательных служб медицинской организации, в котором функционирует подразделение. Без четкой организации совместных действий врачебной, сестринской и санитарной служб технологические достижения и индивидуальное мастерство теряют эффективность.

### Врачебно-сестринские обходы в «красной зоне»

Важнейшим компонентом взаимодействия между участниками лечебного процесса являются классические и традиционные для отечественной медицины врачебно-сестринские обходы. Но в условиях четкого разграничения двух рабочих зон, «зеленой» и «красной», может возникнуть дисбаланс в управлении из-за разобщения руководящего звена и непосредственных исполнителей. Поэтому самой продуктивной формой взаимодействия оказался обязательный ежедневный обход, возглавляемый заведующим отделением, при непосредственном участии всей задействованной на данный момент команды: врачей, старшей медицинской сестры, палатной медицинской сестры.

Под ежедневным обходом мы понимаем обязательное ежедневное организационное мероприятие, включающее: совместный осмотр пациентов; совместное планирование тактики и стратегии в лечении и уходе; согласование целей; определение и выявление основных и второстепенных потребностей пациента, связанных с за-



болеванием; обозначение приоритетов и первоочередности в решении поставленных задач; оценку и контроль лечебно-диагностических мероприятий, эффективности процедур сестринского ухода, обеспечения санитарно-эпидемиологической и иной безопасности пребывания пациентов в стационаре, организации питания и психологической адаптации пациентов к неблагоприятно сложившейся ситуации.

Такая форма взаимодействия определяет характер ответственности, где за результаты деятельности отвечают все участники процесса, характер отношений между сотрудниками, между сотрудниками и пациентами, где устанавливается высокая степень доброжелательности и взаимного доверия. Именно в таких сложных организационных условиях наиболее отчетливо проявляются преимущества правильно организованного обхода, что в конечном счете приводит к достижению эффективных результатов совместной деятельности, к снижению уровня возможных осложнений и сокращению сроков заболевания.

### Формы оперативной коммуникации между членами бригады

И, конечно же, в мнимо закрытых системах, в условиях жестких фиксированных границ непросто осуществлять коммуникационное взаимодействие между участниками лечебного процесса. Постоянно необходим обмен информацией для мониторинга, контроля и коррекции в действиях, как касаясь состояния пациентов, так и объема необходимых ресурсов. В этих условиях очень помогает интерактивный способ общения с помощью телекоммуникационных систем, интернет-ресурсов и радиосвязи при помощи портативных раций.

Крайне удобно, используя внутренний локальный ресурс, оперативно создавать, видоизменять, передавать и принимать различного рода документацию. Ее можно использовать в немедленном реагировании и фиксировать на бумажном носителе для последующей архивации. Использование рации позволяет передавать данные существенному количеству участников одновременно, что повышает эффек-

тивность работы, скорость в принятии решений и производительность труда сотрудников.

### Контроль сотрудников

Сотрудникам, работающим с COVID-19, проводится ежедневная термометрия (в начале и в конце рабочего дня) с фиксацией температуры в журнале.

Персонал должен обеспечиваться защитной одеждой, обувью, перчатками, а также средствами индивидуальной защиты органов дыхания и глаз.

Перед началом работы персонал должен быть обучен приемам облачения и безопасного снятия СИЗ, правилам их использования и схеме действий при возникновении аварийных ситуаций с последующим постоянным визуальным контролем и с помощью технических средств видеонаблюдения.

### Уход за пациентами

Одним из самых частых и опасных симптомов коронавирусной инфекции является нарушение дыхания. Приоритетную проблему в данном случае будет составлять одышка, которая при отсутствии вмешательства со стороны медицинского персонала может представлять угрозу для жизни пациента. В этом случае больному показана инсуффляция кислорода, целью которой является уменьшить гипоксию тканей.

При проведении кислородотерапии медсестра должна учитывать правила подачи кислорода, правила работы с кислородными масками/назальными канюлями:

- Всегда надо помнить, что централизованная подача кислорода должна осуществляться через заполненные дистиллированной водой или этиловым спиртом дозиметры.
- Открывать вентиль дозиметра необходимо плавно, чтобы исключить резкий скачок давления в колбе флоуметра, что может привести к разрыву колбы.
- Можно использовать кислородные трубки, канюли, лицевые маски. Предпочтительнее использовать кислородные маски с расходным мешком, так как они позво-

ляют осуществлять подачу кислорода в высокой концентрации, чтобы возместить недостаточность дыхания в полном объеме.

Нужно отметить, что за время работы с пациентами мы поняли – размещение самых «тяжелых», и по массе, и по состоянию пациентов с коронавирусом в прон-позиции (лежа на животе) помогает улучшить наполняемость кислородом легких, что в свою очередь повышает сатурацию кислорода в крови с 88% до 98%, а это значительный скачок показателя. Причем в таком положении пациент должен находиться 12–16 часов в сутки. При этом головной конец кровати рекомендуется приподнимать на 10–20°. Конечно же, надо учитывать противопоказания для данной позиции: гипотензия, выраженное ожирение, нарушение сознания, недавние оперативные вмешательства на грудной или брюшной полости. Для пациентов с выраженным ожирением было предложено положение на боку с поочередной сменой сторон.

Задача медицинской сестры – обеспечить удобное положение тела, чтобы предотвратить развитие невритов периферических нервов верхних конечностей, пролежней, избыточного давления живота на диафрагму. С этой целью надо подложить под грудную клетку и таз валик, под лицо подушку.

Необходимо также осуществлять постоянный контроль за гемодинамикой, сознанием и дыханием пациента. В свою очередь пациент должен сотрудничать с персоналом и соблюдать предложенные ему порой не совсем для него привычные и комфортные условия. При усталости пациента, на-



рушении сознания или возбуждении, появлении гемодинамической нестабильности следует незамедлительно сообщить врачу об обнаруженных изменениях. Важно помнить, что дыхательная недостаточность может прогрессировать крайне быстро.

Поощрение двигательной активности пациента – тоже задача медицинской сестры. Фактически, мы должны и поэтому заставляем пациентов двигаться (не залеживаться), выполнять дренажные дыхательные упражнения, при которых улучшается дренирование мокроты из легких под воздействием силы тяжести, передвигаться по палате.

Ввиду того, что основной составляющей симптомокомплекса при коронавирусной инфекции является высокая лихорадка, необходимо предусмотреть восполнение жидкости в организме. Больного надо обеспечить достаточным количеством жидкости, преимущественно за счет питьевой воды, частично чая, компота – до 2–3 литров в день с обязательным контролем диуреза и водного баланса.

Немаловажным вопросом, требующим контроля со стороны медицинской сестры, является питание пациента, объем и качество потребляемой пищи. Снижение массы тела напрямую коррелируют с понижением функциональных возможностей пациента. Особенно это касается пациентов пожилого и старческого возраста, поскольку риск развития недостаточности питания у этой категории пациентов очень велик ввиду имеющихся клинических симптомов (снижение обоняния и вкуса, понижения аппетита, слабость, диарея) и возможных психосоматических изменений, связанных с изменением их местоположения и изоляцией. Питание должно быть качественным, сбалансированным, с достаточным количеством белка, возможно применение сиппингов. Пациентов следует обеспечить индивидуальными наборами столовых принадлежностей либо использовать одноразовую посуду.

Медицинская сестра должна регулярно следить за режимом питания и количеством воды у пациентов. Во время выявленные нарушения в питании и адекватная его коррекция позволяют эффективно снизить риски осложнений и улучшить исход заболевания.

И еще одна очень сложная ступень в условиях коронавируса, которую пришлось всем преодолеть: и пациентам, и медицинскому персоналу – отсутствие открытой коммуникации. Кризисная ситуация, как всем известно, проходит определенные стадии: отрицание (под сомнение ставятся все рекомендации со стороны медицинских сестер, врачей), протест, выраженный в форме агрессии, торг (если я выполню ваше указание, выпью таблетки, позволю сделать инъекцию, мне станет лучше?), депрессия и, наконец, принятие (условия изменились, но мы живем здесь и сейчас). Не всем пациентам удается дойти до стадии принятия, и не потому что они обозлены, им просто страшно и тревожно.

Униформа, защищающая медперсонал, создает определенный барьер не только в передаче инфекции, но и в передаче информации, она очень затрудняет контакт с пациентом. Остается только эмоциональное взаимодействие.

Отсутствует зрительный контакт, существенно затруднен контроль над громкостью голоса, а это может менять интонации и соответственно вызывать напряженность и недоверие со стороны пациента. Да и сам вид человека в этом скафандре вызывает у пациента чувство отверженности, страха, беспомощности, порой даже вины и стыда за свое состояние. Находясь в глубокой изоляции от окружающих, в постоянном замкнутом пространстве, он испытывает внутренний дискомфорт и одиночество.

«**Именно наши уверенные, плавные, ритмичные движения, доброжелательные интонации голоса, неспешный темп речи, заинтересованность проблемами пациента, искренние эмоции (улыбка слышна в голосе), поза, жесты – все это транслирует уверенность медицинской сестры и вызывает доверие и позитивный настрой у пациента. Моральное состояние имеет большое значение в процессе лечения и выздоровления.**»



Очень важно иметь позитивный настрой и у пациента, и у медицинского персонала.

### Работа младшего персонала

Немалую роль в борьбе за безопасность среды выполняет санитарка отделения. Неукоснительное соблюдение санитарно-эпидемиологических требований требует работы в режиме «нон-стоп». Возросла в разы кратность обработки высококонтактных поверхностей, помещений и кабинетов. Каждые два часа приходится делать то, что в прежнем режиме выполнялось дважды в сутки. От качества выполненной работы зависит качество той экосистемы эффективного и безопасного лечения, в которой работают коллеги и стремятся к выздоровлению пациенты.

### Заключение

При слаженной работе, разделении ответственности, четком понимании и выполнении своих функциональных обязанностей, создании и развитии в коллективе отделения понятия «единая лечебная бригада», где врач и медицинская сестра находятся в отношениях профессионального партнерства и взаимодействия, как специалисты каждый в своей профессиональной сфере деятельности (врач – как специалист по диагностике и лечению, медицинская сестра – как специалист по изучению реакции пациента на болезнь и решению проблем пациента, связанных с патологическим состоянием), возможно обеспечить высокое качество безопасной медицинской помощи.



# 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

*В год 75-летия Великой Победы «Вестник Ассоциации медицинских сестер России» открыл историческую рубрику, посвященную героической славе медицинских работников – участников Великой Отечественной войны. Страницам этой летописи нет числа, и мы, затаив дыхание, открываем новые, чтобы познакомить читателей с Великой историей и сохранить ее на века.*

## Кузбасс – госпитальная страна Советского союза

Великая Отечественная война началась 22 июня 1941 года, а уже в июле на территории Кемеровской области открылись первые тыловые эвакуационные госпитали. Масштаб потерь советской армии в начале войны был огромен. Только за первые четыре месяца боевых действий, по неполным данным, по стране было зафиксировано свыше 1 миллиона 200 тысяч раненых. Их транспортировали в глубокий тыл, в Западную Сибирь, где развернулась крупнейшая госпитальная база: к ноябрю 1941 года – 288 госпиталей на 135 952 койки. И сердцем этой базы стал Кузбасс: каждый четвертый лазарет располагался здесь.

Свою роль в этом сыграли несколько обстоятельств. Во-первых, через регион проходил Транссиб, что позволило наладить доставку раненых эшелонами. Во-вторых, это как раз было время активного освоения Кузнецкого угольного бассейна – на территории региона бурно развивались промышленные предприятия, быст-

рыми темпами создавалась инфраструктура в городах, увеличивалась численность населения. В-третьих, в крае уже имелись квалифицированные медицинские кадры, так как одновременно с другими ветками социальной инфраструктуры развивалось здравоохранение. Повлияло и наличие подходящих под госпитали зданий, и запасы продовольственных и сырьевых ресурсов, и даже относительная близость городов Кузбасса к природе – источникам питьевой воды и пищи.

Осенью 1941 советская армия отступала на Украине, в этот период в Кузбасс были эвакуированы более 45 госпиталей, в основном из Харьковского военного округа. Всего в первый год войны в Кемерове было развернуто двенадцать госпиталей. Чуть меньше – в других городах: одиннадцать – в Ленинске-Кузнецком, по десять – в Анжеро-Судженске и Новокузнецке, семь – в Прокопьевске, по четыре – в Белове и Мариинске, по три – в Гурьевске и Топках, по два – в Киселевске, Тайге, Осинниках и Яшкине, по одному – в Мундыбаше, Тяжине, Салаире, Темиртау и поселке Таргай Новокузнецкого

района. Такие данные приводит известный ученый, изучающий тему эвакогоспиталей, профессор, доктор исторических наук Юрий Горелов, однако он же подчеркивает, что этот список нельзя считать окончательным и работа по его составлению еще будет вестись.

В эвакогоспиталях Кузбасса направлялись наиболее тяжелые раненые и больные военнослужащие. На протяжении войны прослеживалась тенденция: количество поступающих пациентов сокращалось, но при этом тяжесть их ранений возрастала. Привозили все больше бойцов с ампутированными конечностями и с различными осложнениями. Лечение этих бойцов занимало долгое время (иногда год и более), а его результатом могла стать инвалидность. Поэтому в конце 1941 года возврат солдат и офицеров в строй после лечения в госпиталях Кузбасса составлял, как и по всей Западной Сибири, более 80%, но в последующие годы эта цифра сократилась примерно до 50%. На фронт возвращался каждый второй. Один только Кемерово помог вернуться на передовую 45 000 солдат – это примерно три дивизии.



Само собой, тяжесть ранений влекла за собой сложность лечения. В лазаретах эвакогоспиталей проводилось огромное количество сложных операций – и это в условиях нехватки кадров, медикаментов, перевязочных материалов, а в отдельные месяцы – и продовольствия. Ведь изначально в регионе планировалось развернуть 22 эвакогоспиталя, а в итоге здесь работало их более 70.

Собственного транспорта у эвакогоспиталей не было: для транспортировки раненых с вокзалов мобилизовалась техника промышленных предприятий. Иногда это приводило к накладкам. Известен случай, когда для экстренной перевозки раненых в Кемерове был использован общественный транспорт – городские трамваи. Руководство приняло такое непростое решение, несмотря на то что эвакуация раненых производилась в обстановке секретности (чтобы не деморализовать население в военное время). А между этажами и зданиями госпиталей медработникам приходилось переносить бойцов на руках.

Персонал трудился без усталости и без сна, забывая о себе. Были случаи, когда молодых медицинских сестер, санитарок приводили в чувство после обморока, и они снова шли к раненым в палату, пропахшую лекарством. Как раненые, так и медики оказались на грани выживания. Помогали им всем миром. Хотя каждый госпиталь был закреплен за шефствующей организацией – шахтой, заводом или колхозом, которая брала на себя основное снабжение, многочисленные воспоминания свидетельствуют, как сплотился в те годы Кузбасс вокруг спасения бойцов. Жители региона не только ковали победу в тылу, трудясь на предприятиях оборонной промышленности,

воплощая каждым днем своей жизни лозунг «Все для фронта». Население еще и делало в свободные часы все, чтобы помочь раненым. Женщины приносили молоко от своих коров, охотники – подстреленную в лесу дичь, владельцы пасек – целебный мед, ребяташки – собранные за городом ягоды и лекарственные травы (сыграла роль та самая близость к природе). Люди несли в эвакогоспитали одежду, посуду, картины, кормили раненых с ложки, читали им газеты, устраивали концерты. Все остальное отошло на второй план, главным было позаботиться о доблестных защитниках Родины.

Чуть позже при эвакогоспиталях появились собственные приусадебные хозяйства, овощехранилища, конюшни, транспорт. Главным было выдержать первый, сокрушительный и тяжелый год войны. И кузбасские медики это испытание выдержали с честью.

Во главе первых госпиталей стали в основном женщины в возрасте от 30 до 40 лет, – выпускницы Томского медицинского института. В их числе М.Н. Горбунова (эг. № 1230, г. Кемерово), В.И. Сватикова (эг. № 1247, г. Сталинск), А.М. Алексеева (эг. № 1246, г. Анжеро-Судженск), М.П. Костенко (эг. № 2497, г. Ленинск-Кузнецкий). Врачам всех специальностей приходилось спешно осваивать хирургию и делать срочные операции. В конце 1941-го помимо местных медиков на боевой пост заступили специалисты-мужчины, эвакуированные с запада вместе с фронтовыми лазаретами – многие из них имели ученые звания и степени. Медсестрами в госпиталях были в основном юные выпускницы местных училищ – только вчера с ученической скамьи. А санитарки зачастую шли даже девочки-школьницы.

Для повышения квалификации медработников была налажена система профессиональной подготовки и переподготовки – курсы с отрывом или без отрыва от производства. Они проводились в Новосибирском институте усовершенствования врачей, а также на базе лучших эвакогоспиталей Кузбасса. Еще одной формой повышения квалификации работников эвакогоспиталей были врачебные и сестринские конференции. К работе в эвакогоспиталях привлекалась и общественность – члены обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, комсомольцы, трудящиеся, просто местные жители.

...Представим кузбасские города, еще вчера жившие обычной мирной жизнью. Несколько месяцев войны кардинально изменили их облик. В школах, где только что звенели беззаботные детские голоса, в техникумах, даже в жилых домах открылись эвакогоспитали.

В Кемерове их всего было 12.

Госпиталь № 1230 уже в июле 1941-го был развернут в здании школы № 4 за областной библиотекой, на Черняховского, 2. Его возглавила Мария Горбунова – ведущий врач-гинеколог Рудничной больницы. Госпиталь общехирургического и терапевтического профиля на 600 мест планировался изначально как инфекционный, но очень быстро пришлось изменить профиль на хирургический. Здесь работали уникальные, высококвалифицированные, при этом самоотверженные и мужественные специалисты. Сохранились воспоминания легенды кузбасского здравоохранения Марии Горбуновой, за свою долгую трудовую биографию успевшую стать и секретарем Кемеровского горкома партии, и возглавить несколько круп-



«Из двухсот работников эвакогоспиталя мужчин едва насчитался бы десяток: начфин, начальник материально-технического снабжения, комиссар, инструктор боевой подготовки... В первый же день войны, 22 июня 1941 года, вечером, меня вызвали в горздрав, а затем в военкомат. Приказали: "Будете начальником эвакогоспиталя, врач Горбунова". А через несколько месяцев, в канун годовщины Октября, помнится, мы всем коллективом встречали на маленьком кемеровском вокзале первый эшелон раненых. Санитарный поезд доставил к нам 800 бойцов. И сразу сама обстановка продиктовала: всем врачам надо было срочно становиться к операционному столу. Взяли скальпель хирурга терапевт Прасковья Васильевна Пыхтеева, педиатр Елена Александровна Беляева, невропатолог Людмила Евгеньевна Харламова. И я на ходу стала осваивать общую хирургию. К слову сказать, за годы войны мне пришлось сделать около трехсот операций различного характера. Один из моих "крестников" Г. Ясенко, которому я оперировала перебитую руку, впоследствии стал преподавателем музыкальной школы и прекрасным баянистом. Сколько доброго сделали наши женщины-врачи, медсестры, нянечки. Сотни раненых надо было несколько раз в день накормить, одеть, достать необходимые лекарства, каждого надо было выходить, обогреть ласковым словом. В праздники мы стремились создать бойцам домашний уют: накрывали общий стол, где было вдоволь винегрета и картошки, пекли вкусные по тем временам пироги... Дружный и крепкий коллектив эвакогоспиталя был мне помощником в самых, казалось бы, безвыходных положениях, становился застрельщиком многих добрых дел. Медсестра Валентина Даниловна Остроухова, которая сегодня трудится в областной больнице № 2, могла бы вспомнить о работе наших медиков на картофельном поле, когда нам предстояло выкопать в срок и доставить вовремя "второй хлеб" для питания раненых. А диетсестра Наталья Ивановна Баландина была неистощима в поисках витаминов. Сегодня медики, пожалуй, и не ведают, как из сосновой хвои готовить концентраты для лечебных ванн, целительные хвойные капли добавлять в борщи, салаты. Теперь все это можно купить в аптеках. А наши медсестры и няни сами за хвоей в тайгу снаряжались, сами



и витаминные лекарства из нее изобретали. Еще один пример. Однажды летом диетсестра и другие медсестры поехали в Барзас. Там они собрали жителей притаежного поселка, пригласили представителей местной больницы, поселкового Совета. "Бойцам Красной Армии, что лечатся в нашем госпитале, – сказали они, – очень нужны витамины. А в барзасской тайге хороший урожай смородины и малины. Просим тех, кто может, отправиться на сбор ягод и помочь защитникам Родины побыстрее встать на ноги". В тот час в окружающую Барзас тайгу отправились старики и школьники. К вечеру они ссыпали в огромные бочки из корзинок и ведер душистую и сочную ягоду. "Вот наши витамины. Пусть бойцы только скорее поправляются и снова бьют фашистов". Свежие соки, кисели действительно оказались чудодейственной силой для тех, у кого долго не заживали раны. Хочу еще раз сказать огромное спасибо жителям поселка Барзас за их бескорыстие, за доброе сердце, за патриотизм. Неоценимую материальную поддержку оказывали раненым госпиталя кемеровские коксохимички. Многие кемеровчане снабжали тех, кто выписывался из госпиталя и отправлялся на фронт, теплыми носками и домашней вязки варежками, костюмами, шарфами, морожеными пельменями. А жители деревень Осиновка и Журавли, близ которых летом жили на дачах выздоравливающие воины, приносили им мед, молоко, творог, свежие овощи. Без преувеличения могу сказать: во многом благодаря душевной щедрости кемеровчан 84 процента наших раненых выздоравливали, возвращались на фронт, а остальные направлялись на производство, в колхозы».

ных медицинских учреждений Кемерово, и более семнадцати лет заведовать облздравотделом, о работе в эвакогоспитале.

Госпиталь имел 5 отделений, и в каждом применяли новые для того времени методы лечения и препараты: лечение физкультурой, парафином, специальной глиной, сульфазинном, стрептоцидом. Заработали и пер-

вые пункты приема крови. Сохранилась даже память о первых донорах – лаборант-рентгенолог кемеровского эг. № 1230 Е. Четвертных и ее подруга, инструктор лечебной физкультуры Л. Ступоницкая-Дорошкевич, сдали во время войны по десять литров крови!

В апреле 1943 года госпиталь был передислоцирован в Мариинск, где за-

нял помещение убывшего на фронт госпиталя № 1401. В здании на Черняховского вернулась школа, затем с 1996 до 2009 года в нем располагалось педагогическое училище. Недавно строение было реконструировано: сейчас в нем находятся Арбитражный суд и ресторан. О том, что некогда здесь исцеляли раненых, напоминает мемориальная доска.

## САМООТВЕРЖЕННОСТЬ, МУЖЕСТВО, ОТВАГА

О ПОДВИГЕ В МИРНОЕ ВРЕМЯ



**В** 2020 году впервые в истории сестринского дела в Архангельской области медицинская сестра-анестезист была награждена орденом Мужества. Имя нашей героини – Верховцева Ольга Леонидовна. Совместно с коллегами она совершила героический поступок: в августе 2019 года оказывала медицинскую помощь пострадавшим в результате чрезвычайного происшествия на полигоне в селе Нёнокса.

Рассказать читателям журнала об Ольге Верховцевой мы решили в связи с красивой юбилейной датой – 55-летием.

Ольга Леонидовна родилась 5 февраля 1966 года в селе Койнас Лешуконского района Архангельской области. После окончания школы поступила в Северодвинское медицинское училище, которое окончила в 1985 году. Ее трудовой путь начался в студенческие годы с должности санитарки поликлиники Северодвинской городской больницы № 2 скорой медицинской помощи. После окончания медицинского училища Ольга Леонидовна вернулась на свою малую родину – в Лешуконье, где отработала 15 лет медсестрой хирургического отделения, старшей и главной медсестрой в ЦРБ.

С 2000 года ее жизнь связана с отделением анестезиологии-реанимации Архангельской областной клинической больницы, где она работала стар-

шей медицинской сестрой. Это самое сложное подразделение в структуре больницы, организация работы которого легла на плечи Ольги Леонидовны. С поставленной задачей она прекрасно справилась.

С 2003 года она являлась совместителем в должности медицинской сестры-анестезиста отделения экстренной консультативной скорой медицинской помощи (ОЭКСП), осуществляя вылеты и выезды в составе анестезиолого-реанимационных бригад в районы Архангельской области. В 2013 году Ольгу Леонидовну как одну из самых опытных медицинских сестер перевели в ОЭКСП в качестве постоянного сотрудника, где она работает по настоящее время. В 2019 году она прошла повышение квалификации по теме «Санитарно-авиационная эвакуация» на базе Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» Министерства здравоохранения РФ.

Сегодня Ольга Верховцева – медицинская сестра-анестезист бригады экстренной медицинской помощи от-





деления экстренной консультативной скорой медицинской помощи государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Архангельская областная клиническая больница» (АОКБ).

О таком специалисте говорят: на своем месте трудится. Как высококвалифицированная медсестра, Ольга Леонидовна всегда грамотно анализирует сложившуюся экстренную ситуацию и принимает решение в пределах своей профессиональной компетенции и полномочий, при выполнении санитарных заданий всегда быстро и четко ориентируется в сложных ситуациях.

Из служебной характеристики: «Верховцева О.Л. способствует внедрению новых и совершенствованию существующих форм и методов работы в отделении, направленных на повышение эффективности и качества работы среднего медицинского персонала».

Ольга Леонидовна постоянно учится сама и делится знаниями с коллегами, принимая участие в качестве докладчика в работе круглых столов, конференций и съездов медицинских работников Архангельской области: II съезд фельдшеров Архангельской области на базе Архангельского медицинского колледжа, НПК «Трехуровневая перинатальная помощь новорожденным», посвященная иконе Божией матери «Млекопитательнице», XXI межрегиональная конференция «Основные направления обеспечения качества высшего и среднего профессионального образования на современном этапе», НПК «Совершенствование сестринской компетенции при оказании хирургической помощи на разных этапах».

С 2000 года Ольга Леонидовна принимала участие во многих конференциях Ассоциации и в настоящее время – Объединения медицинских работников Архангельской области (ОМРАО). Как активный участник и докладчик Верховцева О.Л. отмечена благодарностями и грамотами ОМРАО, Северного государственного медицинского университета, Архангельского медицинского колледжа и лечебно-профилактических учреждений.

А еще Ольга Леонидовна занимается фотографией. Практически на всех конференциях в родной АОКБ она яв-



ляется фоторепортером. Как фотокорреспондент, она выступает и на рабочем месте, фиксируя важные и интересные моменты с санитарно-авиационных заданий. Результаты фоторабот Ольга Леонидовна неоднократно представляла на конкурсах, где становилась победителем в различных номинациях. Кроме того, она внесла значимый вклад в изучение истории санитарной авиации на Севере, оформив летопись развития родного отделения фотоматериалами и видеоматериалами, за что отмечена благодарностью Общества изучения истории медицины Европейского Севера.

Ольга Леонидовна активна не только в профессиональном сообществе, – на протяжении многих лет она является членом совета Лешуконского землячества. Она очень творческая личность, поддерживает и развивает инициативы своих земляков в столице Поморья, участвует в концертных и театральных программах.

Но вернемся к награде, вернее, к тому случаю, в котором все профессиональные и личные качества нашей героини оказались так важны, так жизненно значимы... В августе 2019 года в Архангельскую областную клиническую больницу поступило сообщение о пострадавших на полигоне в селе Нёнокса; для оказания экстренной специализированной медицинской помощи была направлена бригада санитарной авиации, в составе которой находилась медсестра-анестезист

Ольга Верховцева. Непосредственно на месте происшедшего, в сложных условиях, сопряженных с риском для собственной жизни, на высоком профессиональном уровне были проведены противошоковые мероприятия и эвакуация пострадавших с тяжелыми травмами. С целью спасения людей Ольга Верховцева участвовала в эвакуации и сопровождала пострадавших.

Указом Президента Российской Федерации от 10 февраля 2020 года четверо медицинских работников АОКБ награждены орденом Мужества, в их числе Верховцева Ольга Леонидовна. За мужество, смелость и решительные действия, проявленные при исполнении профессиональных обязанностей по оказанию помощи пострадавшим в чрезвычайном происшествии в непосредственном очаге поражения и при эвакуации пациентов в условиях, сопряженных с риском для жизни, во имя спасения людей.

Ольга Леонидовна не останавливается на достигнутом и продолжает самоотверженно выполнять свою работу. В апреле 2020 года она стала одной из первых, кто оказывал помощь при медицинской эвакуации пациентов с COVID-19 из дальних населенных пунктов Архангельской области.

От всей души поздравляем Ольгу Леонидовну с юбилеем и желаем крепкого здоровья и долгих лет интересной жизни!

*С уважением,  
члены правления ОМРАО*

# Опыт организации работы палаты пробуждения в многопрофильном стационаре



**Нина Васильевна НИКИФОРОВА**  
Медсестра-анестезист высшей квалификационной категории отделения анестезиологии-реанимации БУЗ УР «ГКБ № 7 МЗ УР», г. Ижевск, Республика Удмуртия

22 октября 2020 года в рамках проекта РАМС «Уходим в сети» прошла Всероссийская онлайн-конференция для медсестер-анестезистов «Современные аспекты работы медсестры-анестезиста», которая была приурочена к Всемирному дню анестезиолога.

В одном из выступлений был представлен доклад о работе с пациентами в палате пробуждения, подготовленный медсестрами-анестезистами нашего отделения. Доклад вызвал живой интерес у участников конференции, поступила масса вопросов, ответить на которые в полном объеме в формате онлайн-вещания оказалось невозможно. Но оценив высокий интерес к опыту работы своего отделения, решили еще раз более подробно рассказать об организации работы палаты пробуждения нашего стационара те-

перь уже на страницах «Вестника РАМС».

На сегодняшний день БУЗ УР «ГКБ № 7 МЗ УР» является многопрофильной медицинской организацией г. Ижевска. Больница была основана и начала функционировать с февраля 1972 года. В нашей больнице амбулаторную помощь получает детское и взрослое население Индустриального района, функционирует родильный дом № 5, жители города Ижевска получают стационарную помощь в ЛОР-отделении, а специализированная нейрохирургическая служба обеспечивает всю Удмуртскую Республику. Ежегодно в стационаре проходят лечение около двух тысяч пациентов с заболеваниями и травмами головного, спинного мозга и периферической нервной системы. Стационар имеет в наличии специализированный операционный блок с тремя операционными для нейрохирургических больных и одну операционную для больных ЛОР-отделения.

## Палата пробуждения в структуре стационара

До капитального ремонта и реконструкции отделения анестезиологии-реанимации как таковой палаты для пробуждения больных в нашем структурном подразделении не было, пациенты были вынуждены выходить из наркоза в палатах интенсивной терапии, что создавало

определенные неудобства. Но после выхода приказа МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. № 919 Н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “анестезиология и реаниматология”» была открыта палата для пробуждения больных. В полном объеме она начала функционировать в 2012 году после ремонта. На сегодняшний день палата пробуждения располагается на первом этаже, она рассчитана на три койки, входит в состав структурного подразделения анестезиологии-реанимации. Это очень удобно, поскольку обеспечивает возможность быстро обратиться к специалистам и в случае необходимости немедленно перевести больного в реанимацию.

Ежедневно в палате после операции наблюдаются до 10 пациентов, так как существует цикличность заполнения палаты. Квалифицированную медицинскую помощь оказывает врач-анестезиолог и две медсестры-анестезиста. Одна медсестра осуществляет наблюдение и уход за пациентами, а вторая отвечает за заполнение документации и списание лекарственных препаратов, согласно персонифицированному учету.

Палата пробуждения оснащена всем необходимым оборудованием. В ней имеются наборы для интубации, аппаратура для проведения ИВЛ, мониторы, с помощью которых ведется наблюдение за жизненно важными функциями, насосы инфузионные и шприцевые для более точного дозирования введения



Транспортировка пациента в палату пробуждения осуществляется в сопровождении врача-анестезиолога



Время нахождения пациентов в палате пробуждения может составлять до 6 часов



лекарственного средства, дефибрилляторы и многое другое. Также палата снабжена системой централизованной подачи кислорода, здесь проведена вакуумная аспирационная система для санации трахеи. Кроме того, пост медицинской сестры имеет запас всех необходимых лекарственных препаратов и средств для инфузионной терапии. В палате имеется центральный пост обезболивания отделения анестезиологии-реанимации. Ежедневно ответственная медсестра-анестезист обеспечивает выписку, учет, хранение и выдачу препаратов, необходимых для обезболивания.

В 2019 году через палату пробуждения прошло 1999 оперированных пациентов, в 2020 году – 1600 человек. Снижение показателя оперативного вмешательства в 2020 году связано с временными ограничениями работы плановой службы ввиду введенных карантинных мероприятий по коронавирусной инфекции. Так как все оперативные вмешательства требуют адекватного обезболивания в разной форме анестезиологического пособия, мы представляем вашему вниманию сравнительную характеристику.

Согласно диаграмме, ежегодно лидирующую позицию занимает комбинированная анестезия (КА) с применением искусственной вентиляции легких (ИВЛ), это составило более 55,9% от всех проведенных анестезий (рис. 1).

На втором месте спинномозговая анестезия (СМА), она составила более 20,3% от проведенных анестезий.

И замыкает тройку лидеров внутривенная анестезия (ВВ), она составила 17,8% от проведенных анестезий.

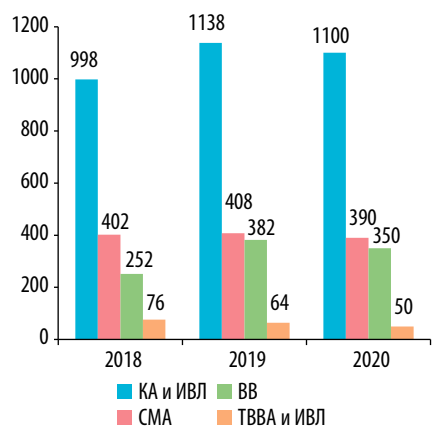


Рис. 1. Сравнительная характеристика анестезиологических пособий в БУЗ УР «ГКБ № 7 МЗ УР»

Тотальная внутривенная анестезия (ТВВА) с применением миорелаксантов и ИВЛ составила около 4,1% от всех анестезий.

### Ведение пациента в палате пробуждения

При поступлении пациента в палату пробуждения медсестра-анестезист обязательно регистрирует его в журнале регистрации анестезиологических пособий, затем заполняет карту наблюдения. В ней она заполняет паспортную часть, в которой указана Ф.И.О., возраст пациента, номер истории болезни, название операции, дату и время поступления в палату. Врач регистрирует общее состояние пациента, уровень сознания, жалобы, частоту дыхания, сатурацию, гемодинамику, а также период экстубации. Время перевода в послеоперационную палату также обязательно фиксируется в карте. Все проведенные мероприятия заверяются подписью врача и медсестры. Назначение анальгетиков или других препаратов, инфузионной терапии в карте интенсивной терапии осуществляет врач палаты пробуждения, с указанием времени выполнения манипуляции, а медсестра регистрирует в карте факт выполнения назначения.

Наблюдение за пациентом в палате пробуждения проводится с помощью:

1. клинического наблюдения: это оценка уровня сознания больного, определение частоты дыхания, аускультация легких, оценка мышечной силы, контроль диуреза, контроль за состоянием повязки;
2. инструментальных методов исследования: пульсоксиметрия, неинвазивное измерение АД, ЭКГ-мониторинг, измерение ЦВД, контроль ЧД, рентгенография грудной клетки;
3. лабораторного контроля, который проводится дежурной бригадой службы клинической лаборатории: определение уровня гемоглобина, глюкозы и электролитов в крови, гематокрита, содержания газов в крови и обязательно показателей свертывающей системы.

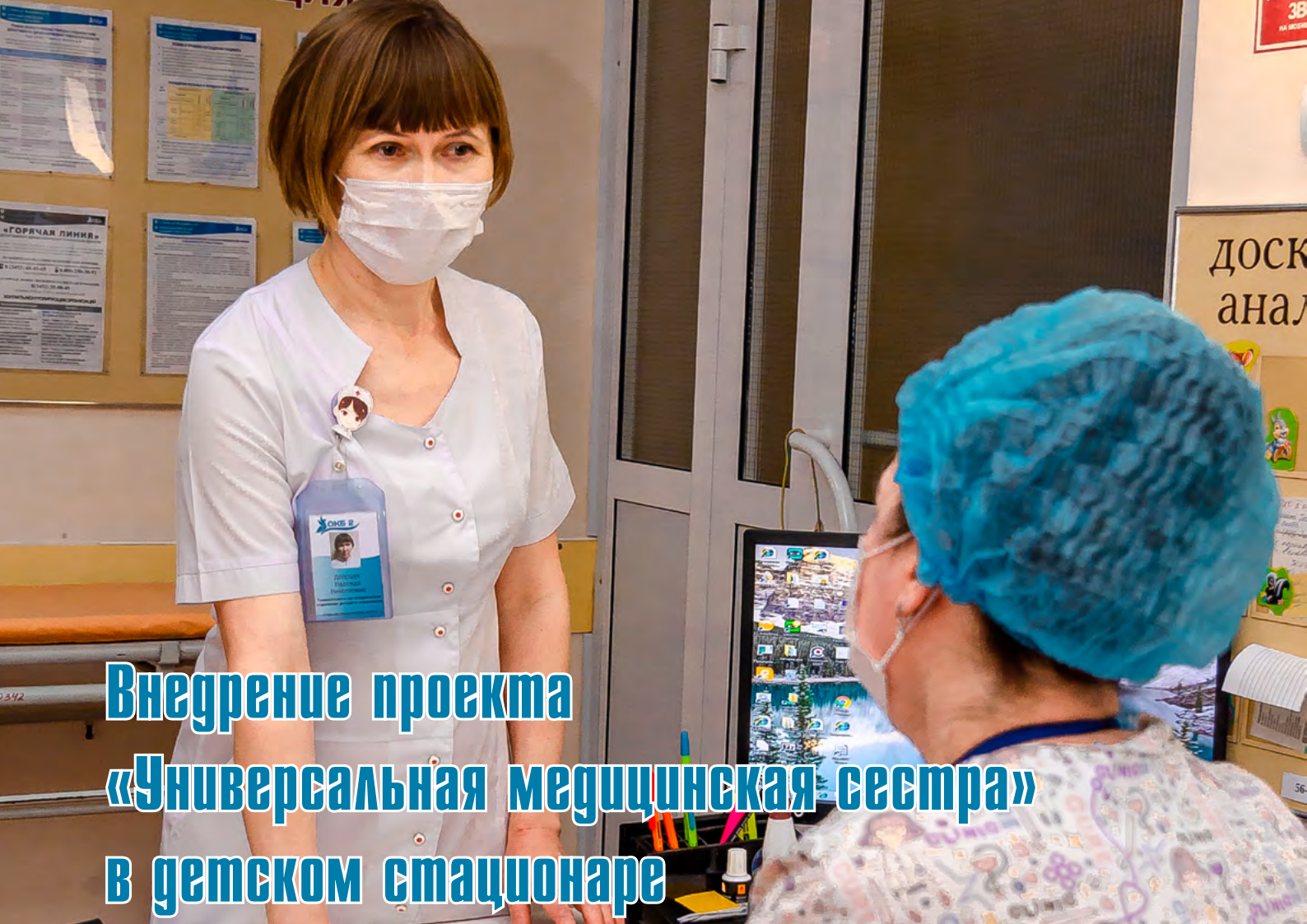
Безусловно, в первые часы после операции самую большую опасность представляет развитие осложнений, однако быстрая диагностика и оказа-

ние эффективной корректирующей терапии позволяют предотвратить этот процесс. В первые 2 ч после наркоза больной особенно нуждается в наблюдении и уходе. В связи с этим медсестра-анестезист должна первые 2 ч непрерывно следить за больным и при малейшем подозрении на возникновение осложнений немедленно предпринять срочные лечебные меры и вызвать врача. Лечение и наблюдение за пациентами продолжается до тех пор, пока у них полностью не восстановятся защитные рефлексы и не исчезнет угроза дыхательных и сердечно-сосудистых осложнений, а также осложнений, связанных с операцией.

Перевод пациента в послеоперационную палату осуществляется в том случае, если у него полностью восстановлено сознание, он доступен контакту, ориентируется во времени и пространстве, способен самостоятельно поддерживать проходимость дыхательных путей, у него имеется стабильность АД, ЧСС и частоты дыхания, а также отсутствуют хирургические осложнения, лишь после этого возможен перевод в послеоперационную палату под наблюдение дежурного медперсонала. Нестабильность показателей жизненно важных функций делает необходимым перевод больного в отделение реанимации для дальнейшего наблюдения и лечения.

### Заключение

Наличие палаты пробуждения в структуре нашего отделения анестезиологии-реанимации позволило повысить безопасность пациентов в ранний послеоперационный период, снизить до минимума и своевременно ликвидировать осложнения в палатах стационара. За счет организации палаты пробуждения в нашей медицинской организации была увеличена пропускная способность операционных. Важная роль в работе с пациентами в палате пробуждения отводится медицинской сестре-анестезисту, так как она находится рядом с пациентом в раннем послеоперационном периоде, осуществляя наблюдение и уход за состоянием после окончания анестезии до восстановления и стабилизации важных органов и систем.



## Внедрение проекта «Универсальная медицинская сестра» в детском стационаре



**Надежда Николаевна ДОРОЩУК**

Старшая медицинская сестра  
травматолога Ортопедического  
отделения детского стационара  
ГБУЗ ТО «Областная клиническая  
больница № 2», г. Тюмень

Пилотный проект «Универсальная медицинская сестра» был запущен в травматолого-ортопедическом отделении детского стационара ГБУЗ ТО ОКБ№ 2 в сентябре 2019 года. Перед участниками проекта была поставлена приоритетная цель повышения качества и доступности медицинской помощи детям, а также обеспечения комфортного пребывания в стационаре.

Предпосылками для внедрения проекта и основной причиной для совер-

шения профессионального уровня медицинских сестер стали современные требования к качеству оказания медицинской помощи, низкая функциональность медсестер отделения, отсутствие дублирующего персонала во время отпускного периода, листа нетрудоспособности.

Для реализации проекта был выполнен ряд задач:

1. По приказу главного врача создана рабочая группа.
2. Утверждена дорожная карта.
3. Проведен хронометраж рабочих мест и созданы карты текущего состояния потока создания ценности (рис. 1).
4. Внесены изменения в организационную структуру отделения.
5. Разработаны и внедрены должностные инструкции.

В рамках традиционной модели оказания сестринской помощи распределение рабочего времени между сестринским персоналом нельзя было назвать равномерным. Так, на посту с количеством пациентов от 28 до 30 работала одна палатная медицинская сестра, выполняя манипуляции по листам врачебных назначений, уходу, наблюдению, транспортировке и т. д.

Тем временем процедурные, перевязочные, гипсовая медицинские сестры выполняли свой функционал в рамках работы режимных кабинетов.

Таким образом, с одним пациентом работали не одна медицинская сестра, а несколько, при этом персональная ответственность за общее состояние пациента, его комфортное пребывание в условиях стационара не были закреплены ни за одной медицинской сестрой.

При анализе карты текущего состояния потока создания ценности были отмечены следующие моменты:

- поскольку в травматологическом отделении проходят лечение пациенты с ограниченными возможностями самостоятельного передвижения, большая их часть нуждаются в сопровождении медицинского персонала с применением средств передвижения (коляска, каталка, ходунки);
- на транспортировку одного пациента в операционную медицинская сестра тратила до 23 минут рабочего времени, причем часть времени уходила на подготовку каталки и ожидание транспортного лифта;



- в период транспортировки пациенты отделения оставались без наблюдения палатной медицинской сестры (рис. 2).

До внедрения проекта медицинские сестры процедурного, перевязочного, гипсового кабинетов занимались несвойственной для них работой: проведение текущих и генеральных уборок, приготовление рабочих растворов дезинфицирующих средств, отдавая ежедневно выполнению этих задач более одного часа, – времени, которое могло быть использовано в пользу пациента.

При восьмичасовом рабочем дне с началом работы с 08:00 непосредственная работа медицинских сестер с пациентом начиналась после 09:00. После внедрения проекта первый пациент получает помощь в 08:00.

В работе гипсового техника также были выявлены потери полезного времени. Подготовка материала для нало-

жения гипсовой повязки пациенту, находящемуся в операционном блоке, проходила в кабинете гипсового техника на территории травматологического отделения, откуда расходный материал транспортировался в операционную. Такая транспортировка приводила к увеличению времени ожидания и наложения гипсовой повязки в операционном блоке (рис. 3).

На начальном этапе проекта для медицинских сестер нашего отделения был организован и проведен цикл тематического усовершенствования с отработкой навыков проведения манипуляционных техник: выполнение всех видов инъекций, наложение (смена) повязки на послеоперационную рану и уход за ней, запись электрокардиограммы и интерпретация результата. Самой сложной для освоения оказалась работа гипсового техника, так как это является узкоспециализированным на-

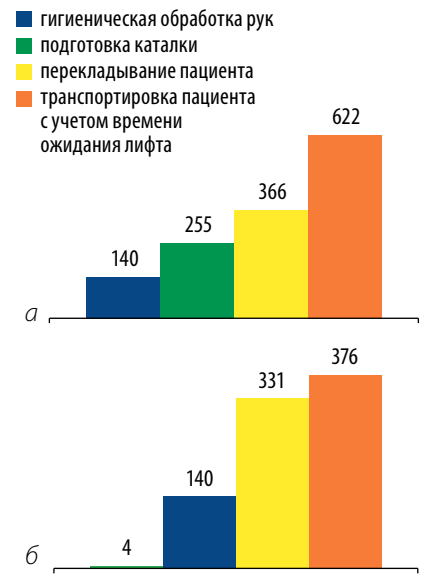


Рис. 2. Время затраченное медицинской сестрой на транспортировку пациента в операционный блок: а – до проекта (23 мин); б – после внедрения проекта (14 мин)

Карта потока создания ценностей (текущее состояние)

ПРОЦЕДУРНЫЙ КАБИНЕТ

МАХ ВПП 10121"

МИН ВПП 9246"

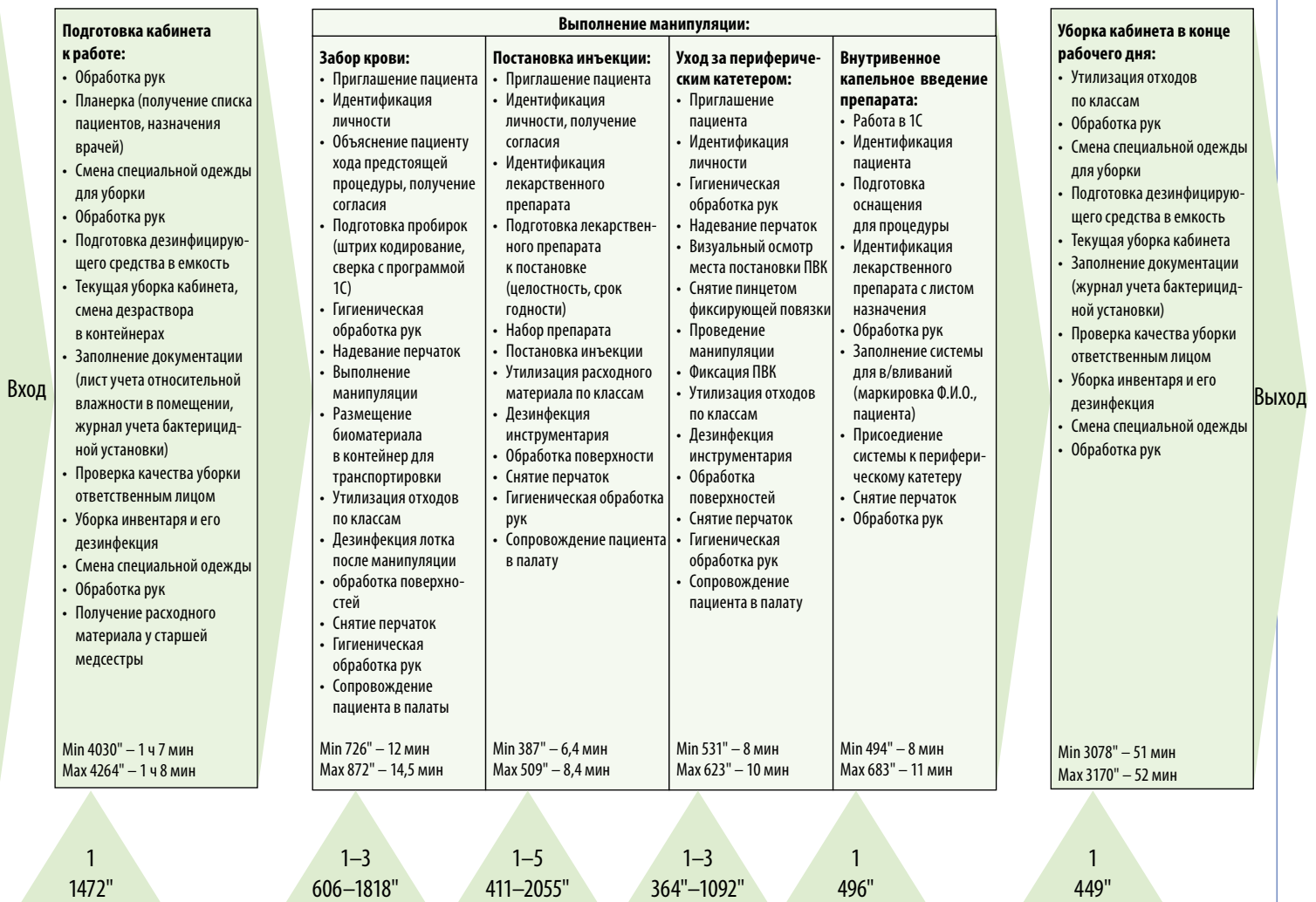


Рис. 1

правлением сестринского процесса, а современная техника гипсования требует соответствующих знаний медицинского персонала особенностей ухода за травматологическими больными.

По специально разработанной программе АНО ДПО «Учебно-методический центр» (36 часов), практическая часть обучения проходила в формате решения смоделированных симуляционных задач. После окончания цикла и успешной сдачи экзамена все получили удостоверение о повышении квалификации «Универсальная медицинская сестра».

В связи с этим были внесены изменения в организационную структуру отделения, разработаны и утверждены новые должностные инструкции для медицинских сестер травматологического отделения детского стационара.

С этого момента начался новый виток развития проекта, в результате чего:

1. Организовано три сестринских поста с объемом обслуживания на каж-

дую медицинскую сестру до 10 пациентов.

Сейчас каждая медицинская сестра несет ответственность за физическое и эмоциональное состояние пациента, находящегося на ее посту, и оказывает психологическую помощь не только пациенту, но и его родственникам.

2. На территории операционного блока были созданы рабочие места для подготовки материала к наложению гипсовой повязки.

Это позволило снизить риски неоправданных потерь времени на ожидание наложения гипсовой повязки.

3. При выявлении неоправданного времени ожидания доставки пациента из-за неисправности лифтов администрация приняла решение по замене неисправного оборудования в стационаре.

Это сократило время, затрачиваемое для транспортировки, но полностью не решило проблему, поэтому в дальнейшем запланирована работа по созданию транспортных бригад.

- гигиеническая обработка рук
- подготовка расходного материала
- подъем в опер.блок
- смена одежды и обуви в сан.пропускнике
- ожидание заключительного этапа операции
- выполнение манипуляции
- возвращение в отделение

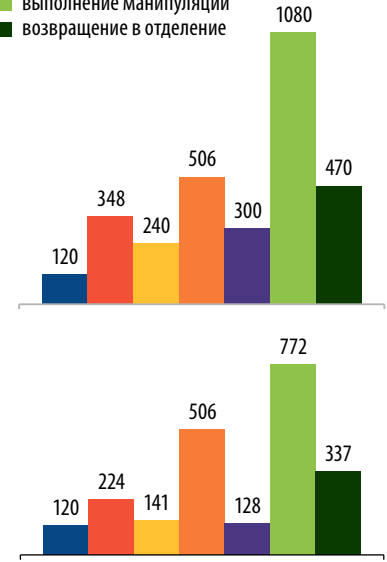


Рис. 3. Время выполнения манипуляций в операционном блоке: а – до внедрения проекта (51 мин); б – после внедрения проекта, 37 мин

Карта потока создания ценностей (текущее состояние)

ГИПСОВЫЙ КАБИНЕТ

MIN ВПП 13015"

MAX ВПП 15547"

Вход

Выход



Рис. 1



4. *Перераспределены обязанности, не свойственные для медицинской сестры:* все виды уборок, дезинфекция медицинской мебели, приготовление рабочих дезинфицирующих растворов, транспортировка ИМН в ЦСО.

В должностные инструкции санитарок внесены все виды перечисленных работ. С медицинских сестер сняты доплаты за выполнение дополнительного объема работы.

5. В ходе реализации проекта часть сестринской документации была переведена из бумажного в электронный формат (журнал учета ПВК, журнал учета перевязок и гипсовых повязок, журнал эпиднаблюдения за исходом хирургического вмешательства), что позволило значительно сократить время работы по части документов.

Не скрою, что вначале внедрения проекта мы встретили сопротивление и сомнения персонала не только «узкоспециализированных» медицинских сестер, но и лечащих врачей, считавших, что нововведения нарушат привычный режим работы.

И только благодаря слаженной работе всего персонала, поддержке и личному участию наших руководителей в лице главного врача Паськова Р.В., руководителя службы ОМПД Ямшиковой Е.В. и главной медицинской сестры

Швецовой Н.С., мы успешно справились с поставленной задачей.

Результаты не заставили себя ждать. Преимущества модели оценили все сотрудники отделения, включая врачей.

Сегодня медицинская сестра может эффективно и своевременно решать проблемы пациента физического, психологического и социального характера; обеспечивать инфекционную безопасность, выполнять весь объем медицинской помощи и нести индивидуальную ответственность за каждого пациента. В случае острой занятости конкретной медсестры ее пациенту окажут помощь коллеги. Главная оценка наших перемен – это оценка наших пациентов!

У проекта «Универсальная медицинская сестра» большие планы, выходящие за рамки ОКБ № 2 и стен медицинских учреждений в целом. Перед нами открыты новые задачи по дальнейшему совершенствованию работы медицинских сестер, расширению их роли. Нам интересна судьба каждого маленького пациента не только в стенах нашего медицинского учреждения, но и после выписки. Уже сейчас запущена работа по удаленному мониторингу состояния юных пациентов после выписки и профилактике возможных осложнений после перенесенного недуга.

#### ОТЗЫВЫ ПАЦИЕНТОВ

*«Здесь работают люди, которые не просто выполняют свою работу, а делают это с любовью, теплотой, искренностью. В этот раз с нами работала медицинская сестра Юлия Алексеевна, она нас перевязывала, гипсовала, обезболывала. С любым вопросом мы обращались только к ней. Очень понравился новый подход к работе. Спасибо всем за чуткость и внимание»*

(«Книга отзывов и предложений»  
25.09.2020).

*«Конечно, нерадостно оказаться в таком месте, но хочется сказать большое спасибо тем людям, которые делают нахождение здесь комфортным и удобным. Радостно осознавать, что в наше нелегкое время есть в больницах люди, которые готовы тебя выслушать и максимально быстро помочь в решении проблем. Это врачи и медицинские сестры, которых можно приводить в пример. Сердечное вам спасибо».*

(«Книга отзывов и предложений»  
02.11.2020)

## МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ДНР ПРИНЯЛИ УЧАСТИЕ В РЕСПУБЛИКАНСКОЙ АКЦИИ «СДАЙ КРОВЬ, ПРОДЛИ ЖИЗНЬ!» ДЛЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

4 февраля 2021 года под патронатом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики Республиканским онкологическим центром им. профессора Г.В. Бондаря совместно с Республиканским Центром здоровья был проведен круглый стол, посвященный Всемирному дню борьбы с онкологическими заболеваниями.

По итогам работы круглого стола была принята резолюция, в одном из пунктов решения которой заявлена проблема важности сдачи донорской крови для онкобольных. Исходя из этого, было принято решение провести в Донецкой Народной Республике с 8 по 20 февраля 2021 года общереспубликанскую акцию «Сдай кровь, продли жизнь!».



411 медицинских работников из учреждений здравоохранения МЗ ДНР – городов Донецк, Горловка, Макеевка, Енакиево, Харцызск, Амвросиевка, Старобешеве, Торез, Шахтерск приняли активное участие в сдаче крови для онкологических больных. Участие медицинских работников в акции позволит заготовить порядка 165 л консервированной донорской крови.

«Сдать кровь с целью продления жизни для наших граждан – для этого совсем не нужны сотни и тысячи рублей. Самое дорогое уже заложено в нас природой. Подобно тому, как зажигая от своей свечи другие свечи, мы не теряем ни капли огня, так и делись кровью, мы всё равно обретаем её вновь», – комментировали участники акции!

# Развертывание сестринской службы инфекционного госпиталя в Коммунарке при лечении новой коронавирусной инфекции. Векторы развития



## ■ Ларионова Л.И.

Главная медицинская сестра

## ■ Шульженко Д.Ю.

Заместитель главного врача по кадрам

## ■ Тюрин И.Н.

Заместитель главного врача по  
медицинской части

## ■ Проценко Д.Н.

Главный врач,  
ГБУЗ «ГКБ № 40 ДЗМ», Москва

В условиях пандемии организация сестринской службы при развёртывании инфекционного госпиталя потребовала решения большого количества масштабных задач высокого приоритета в сжатые сроки. Перед руководителями инфекционного госпиталя в Коммунарке были поставлены задачи формирования обученного штата медицинских сестёр, обеспечивающего бесперебойную работу инфекционного госпиталя, готового к работе в нестандартных ситуациях. Анализ предпринятых мер позволил выделить опорные точки в решении ключевых вопросов организации сестринской помощи в инфекционном госпитале.

Пандемия новой коронарвирусной инфекции (COVID-19) привела к необходимости открытия в городе Москва нового инфекционного госпиталя в районе Коммунарка за несколько часов [1], и формирование качественной сестринской службы имело определяющее значение в достижении результата.

Строгое соблюдение противоэпидемических мер, обеспечение шлюзования между зонами, логистики, маршрутизации

пациентов и сотрудников, налаживание систем взаимодействия между медицинскими подразделениями и вспомогательными службами для обеспечения бесперебойной работы отделений, нарастающее количество пациентов и необходимость включения в работу новых отделений ежедневно требовали организации слаженной командной работы медицинских сестёр с различным опытом и квалификацией в сжатые сроки.

Основной целью данной статьи является выявление приоритетных задач при организации сестринской службы нового инфекционного госпиталя, наиболее эффективных, быстрых путей решения.

При открытии инфекционного госпиталя разработаны и утверждены временные Положения о терапевтическом отделении, Положения по оказанию медицинской помощи пациентам с подтвержденным диагнозом или подозрением на новую коронарвирусную инфекцию (COVID-19), должностные инструкции врачей и медицинских сестер (рис. 1).

На диаграмме (рис. 2) представлен рост числа госпитализированных пациентов с 6 марта 2020 года.

Прирост числа госпитализированных соответствовал геометрической прогрессии и за 2 месяца составил почти 600% (70–100 человек за неделю). За первые 2 месяца с марта по май 2020 года развернуто 626 коек. После периода спада и стабилизации ежедневной госпитализации в мае–августе на уровне 200–270 человек снова начался рост госпитализации с пиковым значением на 1 января 2021 года 1027 человек.

В дальнейшем неблагоприятная эпидемиологическая обстановка потребовала увеличения коечного фонда. Во время подъёма заболеваемости осенью 2020 года был введен в эксплуатацию временный медицинский госпиталь в составе ГБУЗ «ГКБ № 40 ДЗМ» (подразделение В) мощностью 919 коек терапевтического профиля и 396 коек реанимационных. Суммарно с 1 октября 2020 года коечный фонд больницы составил 2132 койки.

Увеличение коечного фонда потребовало существенного увеличения числа врачей и средних медицинских работников, занятых в технологическом цикле лечения, на которых легла основная нагрузка заботы о пациенте.

Основной миссией при организации сестринской помощи в условиях разворачивания инфекционного госпиталя на площадях вводимого в эксплуатацию нового здания, спроектированного и оснащенного под задачи хирургической онкологической помощи и регионального сосудистого центра, в условиях нарастающего потока пациентов, постоянно увеличивающегося притока новых сестринских кадров, было сохранение высоких стандартов безопасности медицинской деятельности в стационаре.

При подготовке к выполнению нашей миссии мы использовали несколько источников-рекомендаций по борьбе с рисками оказания медицинской помощи, одним из которых является «Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», разработан-



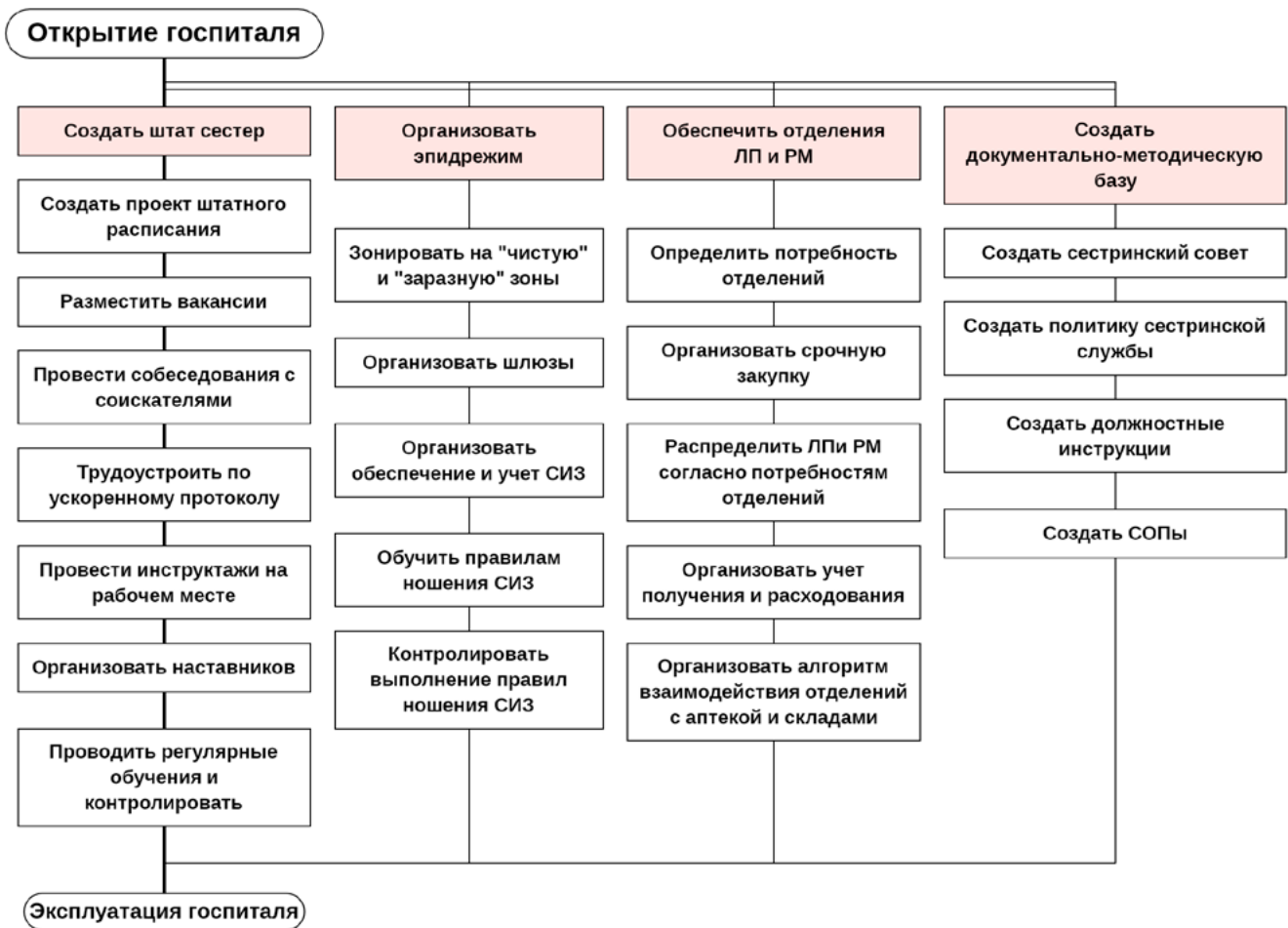


Рис. 1. Схема открытия нового госпиталя

ные ФГУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы Росздравнадзора, а другим – стандарты в области качества и безопасности для медицинских учреждений JCI (Joint Commission International) [2–4]. Приоритетной стала подготовка к аккредита-

ции стационара по стандарту JCI. Лидером группы «Международные цели безопасности пациентов» стала главная медицинская сестра инфекционного госпиталя ГКБ № 40.

Мы определили важнейшие задачи обеспечения безопасности пациентов:

- Внедрение надежной идентификации пациентов – во время сверки идентификационных данных при госпитализации пациента надеваются маркированные пластиковые браслеты белого цвета и соответствующие цветные при аллергии или высоком риске падения. При проведении каждой процедуры медицинские работники обязательно идентифицируют пациента и сверяют с браслетом.
- Эффективная передача информации о пациенте между медицинским персоналом о состоянии пациента или критических значениях результатов диагностических мероприятий; преемственность информации и пациентов отделения при передаче смен (схема СФОР: Ситуация (какой пациент, его состояние сейчас); фон (особенности: риск падения, имеется катетер); осмотр (проводится совместный осмотр обеими сестрами); рекомендация (что делать дальше)).

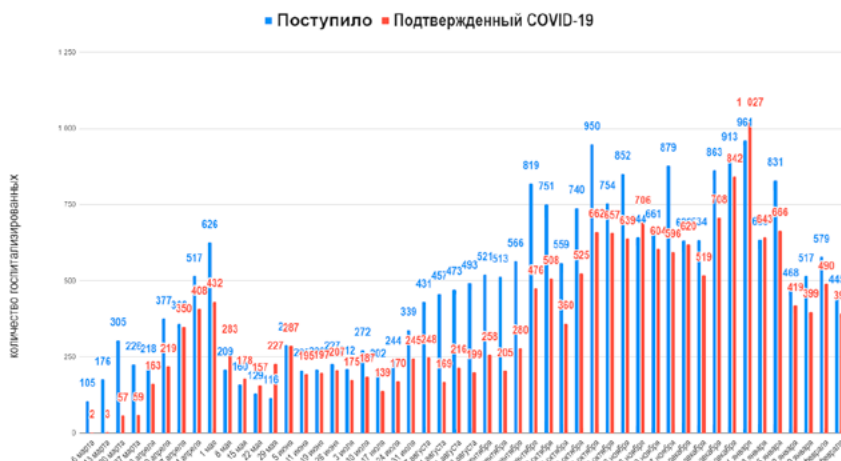


Рис. 2. Понедельная динамика госпитализированных пациентов с заболеванием или подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 в ГБУЗ «ГКБ № 40 ДМ», подразделение Сосенский стан 8 (Коммунарка)

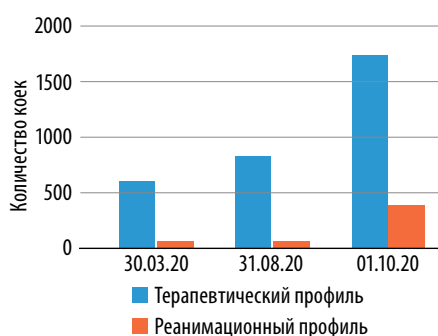


Рис. 3. Динамика коечного фонда инфекционного госпиталя ГБУЗ «ГКБ № 40» в 2020 году

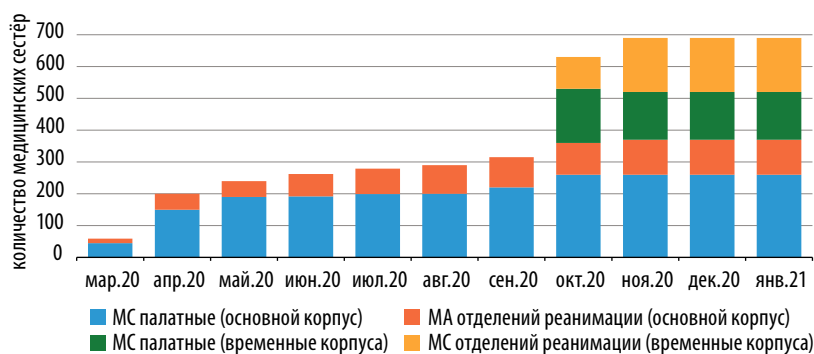


Рис. 4. Количество медицинских сестёр: март 2020 г. – январь 2021 г.

- Ведение шкалы NEWS2 в мобильном приложении для всех «нереанимационных» пациентов.
- Безопасное проведение хирургических операций и инвазивных процедур с обязательной процедурой «тайм-аут», учетом инструментария и мягкого инвентаря.
- Снижение риска падения пациентов, предупреждение травматизма с постоянной переоценкой пациентов с высоким риском падения, индикаторы скользкого пола.
- Эпидемиологическая безопасность от гигиены рук до зонирования стационара.

Эмпирическим путём определена и повсеместно используется понятная всем сотрудникам нотация для отображения процессов, алгоритмов, политик и протоколов – структурированная блок-схема Эдсгер Дейкстра, нашедшая своё воплощение в языке «Дракон» [5]. Достаточным является набор элементов «Медицинский Дракон».

На старте вопрос нехватки медицинских сестёр стоял очень остро (рис. 4). Стационары города оказывали помощь нашему госпиталю, командируя к нам сестёр на временную работу, параллельно комплектовался и постоянный штат. На данном этапе организацию работы сестринской службы осложняли такие факторы, как низкая мотивация временных сотрудников, разная степень квалификации сестёр, разрозненность и неслаженность действий.

Решением этой проблемы стало назначение старших сестёр из основного штата ответственными за работающие отделения и посты. Они выполняли роль наставников, обучали сестринский коллектив, координировали их действия, обеспечивали отделения необходимыми лекарственными препара-

татами и расходными материалами. Сложный период продиктовал необходимость организации круглосуточного административного поста старших сестёр для решения возникающих вопросов, нештатных ситуаций и непрерывного контроля за соблюдением трудовой дисциплины и качественным исполнением своих обязанностей сестринской бригадой.

В условиях увеличения госпитализированных пациентов, быстрорастущего коллектива сестёр и ежедневного развёртывания новых отделений важно было выявить лидеров из числа медицинских сестёр, уже имеющих некоторый опыт работы, – быстро обучаемых, ответственных, и делегировать им функции наставников во вновь открываемых отделениях. С помощью ротации опытных сестёр – наставников с новичками на формирование нового отделения уходило минимальное количество времени с сохранением достойного качества оказываемой помощи.

Опыт наставничества и проявление лидерских качеств формировал качественный кадровый резерв старших медицинских сестёр, который оказал значительную помощь в быстрой организации сестринской службы при открытии нашего временного госпиталя, подробный алгоритм приведен на рисунке 5.

В условиях формирования сестринского коллектива из специалистов разного уровня подготовки и квалификации, имеющих разные стили работы, возникла необходимость стандартизации работы медицинских сестёр, разработки и внедрения инструкций, протоколов и чек-листов, организации и проведения обучающих циклов и инструктажей с целью повышения качества оказываемой помощи.

Обучение медицинских сестёр как непрерывный процесс, позволяющий повысить качество оказываемой помощи и безопасность пациентов, является важнейшим аспектом в организации работы сестринской службы (рис. 6).

Внедрённые правила обсуждения инцидентов и ошибок в работе медицинских сестёр позволили значительно улучшить качество работы, а выводы, основанные на их анализе, позволяют выбрать правильную тактику для исключения повторения ошибок, помогают в выборе приоритетных тем для текущего обучения персонала и разработки, внедрения новых протоколов и стандартных операционных процедур.

Рациональное распределение сестринских постов путём ротации мы применяем и сегодня, в уже сформированном коллективе. В случае, когда в одном из отделений стационара интенсивность работы высока, большое количество пациентов в тяжёлом состоянии, требующих особого внимания, бригада сестёр усиливается силами отделения с меньшей нагрузкой. При нынешних условиях отсутствия различий отделений по профилям работы это не доставляет сёстрам дополнительных сложностей, но позволяет равномерно распределить нагрузку на персонал и повысить качество оказываемой помощи пациентам, а также благотворно влияет на формирование единения, командного духа. Ежедневно анализируется расстановка постов, исходя из соотношения количества пациентов с количеством сестёр в бригаде, а также с учётом количества лежащих пациентов, требующих особого ухода и контроля, пациентов с высоким риском падений, и принимается решение о ротации медицинских сестёр.



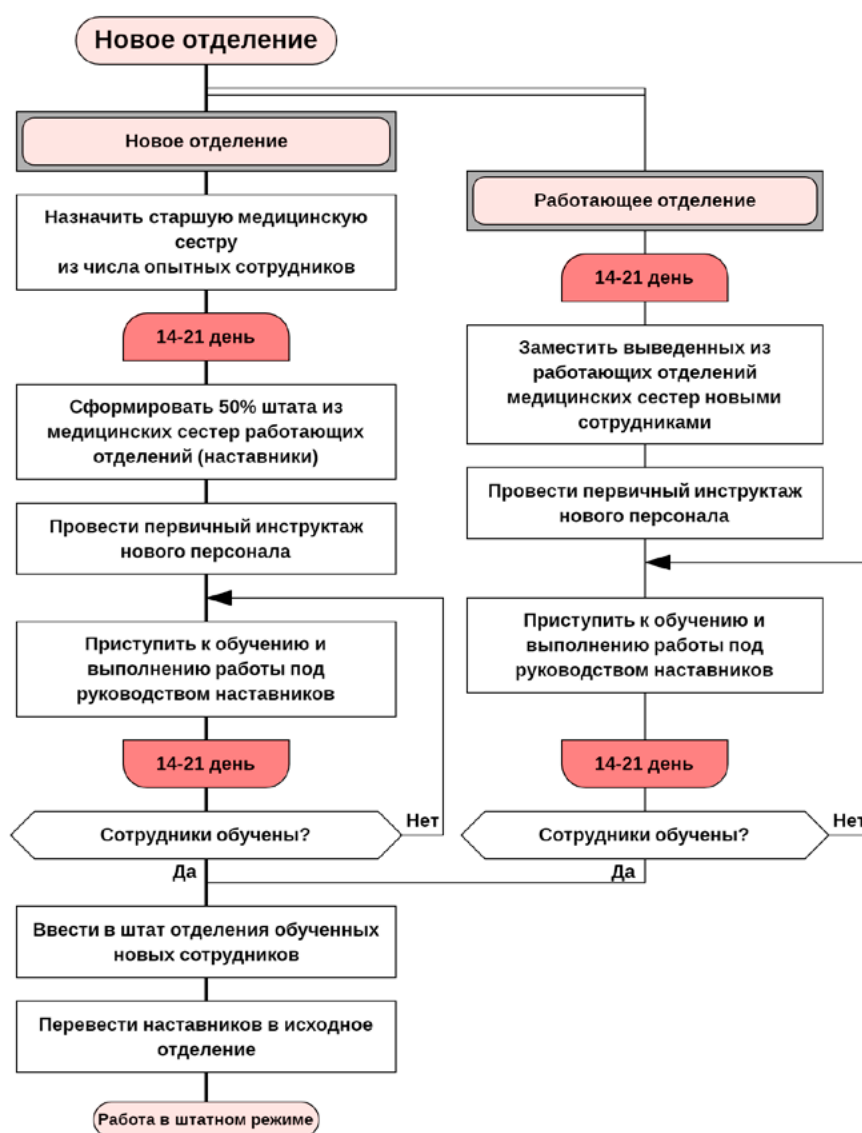


Рис. 5. Алгоритм открытия нового отделения

В основу взаимоотношений среди медицинских работников положены принципы утвержденной в начале 2020 года политики по деловой этике и общепольничной культуре. В работниках ценится стремление к повышению качества своей работы и обеспечению безопасности; профессионализм и стремление к повышению своей квалификации; инициативность и активность при исполнении должностных обязанностей; дисциплинированность и ответственность; взаимная поддержка; поддержка новых работников и молодых специалистов. Утверждены основополагающие внутрибольничные принципы: компетентность, прозрачность, порядочность и другие, делающие труд в составе команды ГКБ № 40 престижным и привлекательным. Это обстоятельство облегчает проведение

кадровой политики в достижении поставленных корпоративных целей.

Осуществление постоянного контроля за работой подразделений организовано в формах текущей отчетности, административных еженедельных обходов главной медицинской сестры, кураторов подразделений, обходов дежурной медицинской сестры-администратора в ночное время и выходные дни. Текущий контроль над выполнением работы на уровне отделения осуществляет старшая медицинская сестра. Число замечаний по результатам административных обходов отделений уменьшилось до единичных.

Формирование эффективной команды средних медицинских работников вокруг основных опытных сотрудников стал возможен в результате выполнения утвержденных правил

коммуникации (Правила JCI, утвержденные приказами главного врача [2–4]). Экстренные внутренние коммуникации осуществляются посредством стационарной и мобильной местной телефонной связи, обычной мобильной связи, в групповых чатах мессенджера. Передача информации осуществляется по утвержденным Правилам.

Регулярные коммуникации осуществляются посредством ежедневных (или внеплановых) совещаний старших медицинских сестер, совещаний совета старших медицинских сестер. Темой совещания является выявленные проблемы в лечебном процессе, информация по случившимся инцидентам (сбоям и проблемам в работе отделения), информация по жалобам пациентов, этические вопросы межличностных взаимоотношений. Совещания проводятся на принципах утвержденной Политики по служебной этике и общепольничной культуре.

### Выводы и рекомендации

Накопленный опыт по организации работы сестринской службы, уверенное применение отработанной стратегии в условиях сжатых сроков, высокой нагрузке и необходимости быстро обучить новых сотрудников позволил решить поставленную задачу по открытию временного госпиталя и обеспечению достойного качества оказания помощи пациентам. Новичков мы вводили в состав бригад основного корпуса как минимум на две недели, с целью обучения их наставниками – опытными сестрами основного штата. Новые же отделения открывали бригады, состоящие на 50% из сестер основного корпуса. Постепенно, по мере заполнения штата новыми медицинскими сестрами, мы вводили новых сотрудников в коллективы с наработанным опытом, таким образом, добиваясь качественной и слаженной работы, и уже через месяц бригада новичков формировала самостоятельную команду, без участия сестёр из основного штата. Старшими сестрами отделений временного госпиталя были назначены медицинские сестры из основного штата, проявившие лидерские качества, способные обучать, понимающие приоритетность задач в работе медицинских сестёр.

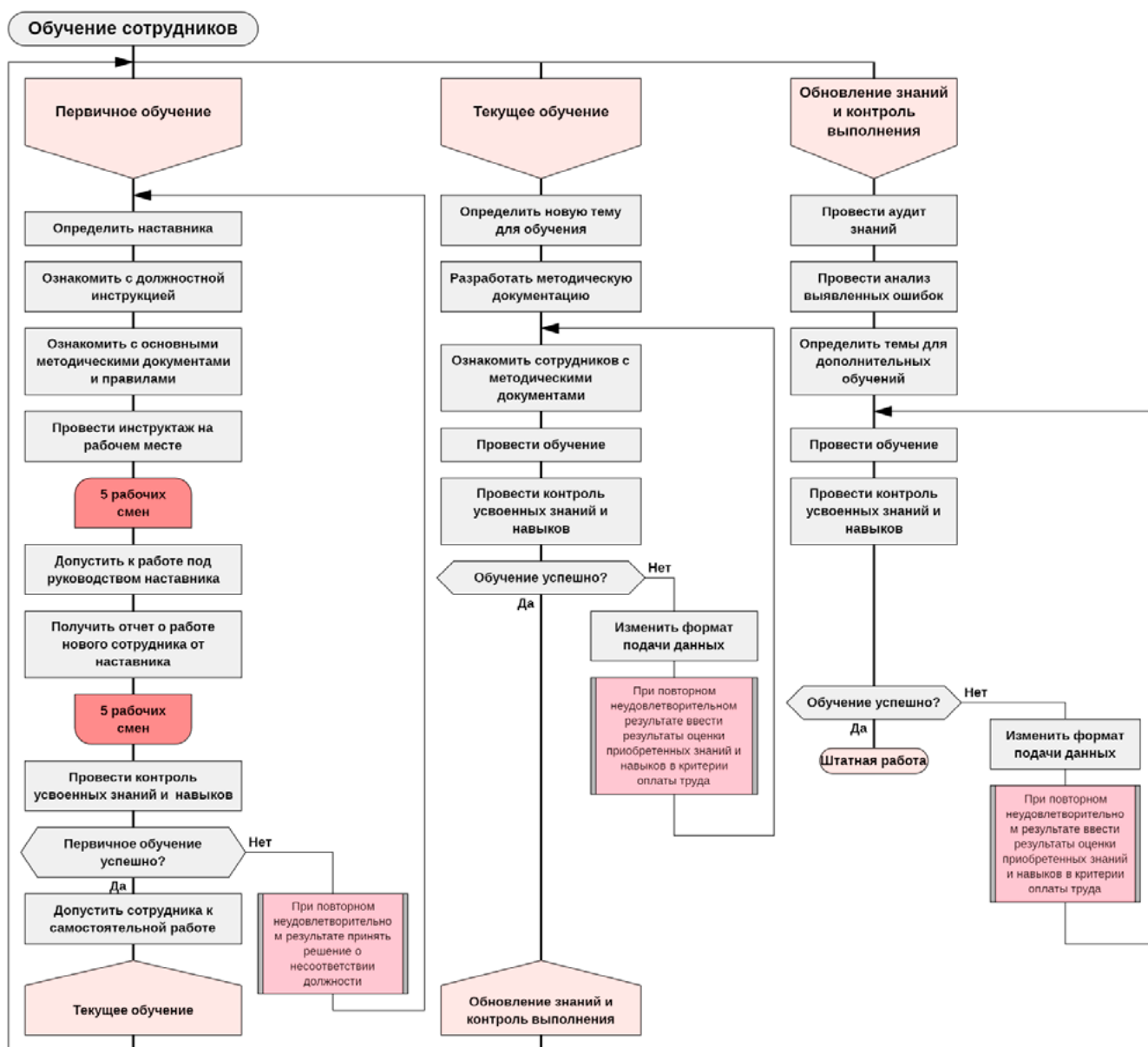


Рис. 6. Алгоритм обучения новых сотрудников

На сегодняшний день в нашей клинике сформирован обученный штат медицинских сестёр, обеспечивающий бесперебойную работу стационара, способный к работе в нестандартных ситуациях.

Организован институт наставничества и сформирован кадровый резерв.

Разработаны и внедрены в ежедневную практику протоколы наблюдения за пациентом, протоколы безопасности.

Сформирована политика инцидентов, когда ошибки или потенциальные ошибки не замалчиваются и повторяются, а анализируются и принимаются меры по предотвращению повторов или последствий.

Постоянное разностороннее обучение обеспечивает универсальность ме-

дицинских сестер, что служит залогом успешной текущей ротации.

Получение знаний, понимание процессов медицинской сестрой, качественный уход за пациентом, грамотное и безопасное проведение манипуляций, обеспечение комфортом и заботой пациента – обязательные условия наилучшего клинического исхода.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Указ мэра Москвы 05 марта 2020 года «О введении режима повышенной готовности». В связи с угрозой распространения в городе Москве новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV).
2. 13.12.2019 № 429 «О разработке внутрибольничных документов, регламентирующих

управление информацией в рамках внедрения стандартов JCI».

3. 02.07.2020 № 282/40–20п «О разработке внутрибольничных документов, по пациентоориентированным стандартам JCI» Положение о координаторах по направлениям.

4. 02.11.2020 № 493/40–20п «Об утверждении положений комитета JCI и профильных комитетов ГБУЗ «ГКБ № 40 ДЗМ» по территории С8.

5. Паронджанов В.Д. Алгоритмическая клиническая медицина, или Зачем врачам блок-схемы алгоритмов? Иллюстрированные алгоритмы диагностики и лечения – перспективный путь развития медицины. Клиническое мышление высокой точности и безопасность пациентов. – М.: ДМК Пресс, 2017. – 340 с.



# Непрерывного профессиональное развитие

ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР,  
ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО ПРОФИЛЮ «ОФТАЛЬМОЛОГИЯ»



**Светлана Николаевна ПЕРЦЕВА**  
Операционная сестра,  
преподаватель МК СПбГУ,  
руководитель специализированной  
секции РАМС «Сестринское дело  
в офтальмологии», г. Санкт-Петербург



С наступлением 2021 года в нашу профессиональную жизнь окончательно и бесповоротно вошло непрерывное медицинское образование. Концепция развития непрерывного медицинского образования не является новшеством. Обзор 16 статей, посвящённых становлению и развитию Continuing Medical Education (CME) в зарубежных странах, подтвердил появление моделей непрерывного образования в медицинском сообществе в конце XIX века.

Американские коллеги, имея опыт участия в CME более 30 лет, не перестают сомневаться в данной системе. Вызывают вопросы качество мероприятий, включенных в систему, настойчивое влияние фарминдустрии, а также интерес со стороны самих медицинских работников [7]. В большинстве развитых стран (Финляндия, Швеция, Канада, Великобритания) давно активно функционирует многоуровневая система обучения медицинских сестер. Исследования зарубежных коллег подтверждают эффективность CME для сохранения и поддержания знаний на необходимом уровне. Также исследования подтверждают, что специалисты сталкиваются с такими трудностями, как интенсивность курсов, обучение без отрыва от работы, финансовые проблемы, отсутствие узкопрофильных обучающих

модулей, ориентированных на практическую деятельность (Bloom BS., 2005; Mansuori M., Lockyer J., 2007; Baxter P., DiCenso A., 2013; Balmer JT., 2013).

Вопросы участия в системе непрерывного медицинского образования в добровольном или обязательном порядке для некоторых стран остаются нерешенными.

Опыт внедрения непрерывного медицинского образования в 18 странах Европы показывает, что в 17 из них CME признана необходимой; в 6 странах это контролируется законом, а в 13 странах обеспечивается профессиональными медицинскими сообществами [8].

Профессиональные организации за рубежом играют значительную роль в развитии не только медицинского сообщества, но и отдельной специальности. Так, по всему миру насчитывается около 19 некоммерческих общественных организаций, объединяющих офтальмологических медицинских сестер (Перу, Канада, США, Испания, Новая Зеландия, Филиппины и др.). Ведущими профессиональными сообществами медицинских сестер, оказывающих медицинскую помощь по профилю «офтальмология», являются Американское общество зарегистрированных офтальмологических медицинских сестер (ASORN) и Европейское общество оф-

тальмологических медсестер и техников (ESONT).

В нашей стране тоже происходят приятные изменения. В июне 2020 года при значимой поддержке РАМС и по инициативе Санкт-Петербургского регионального отделения была сформирована специализированная секция «Сестринское дело в офтальмологии». На сегодняшний день это единственная общественная инициатива, объединяющая медицинских сестер, работающих по профилю «офтальмология». Кроме того, в течение последних двух лет в «Вестнике Ассоциации медицинских сестер» было опубликовано более четырех статей, посвященных особенностям нашей узкоспециализированной работы. Проведены две офтальмологические конференции (в очном и онлайн-формате). Одной из задач сформированной специализированной секции является поддержка специалистов и развитие своей специальности, формирование профессионального пространства и наполнение его качественным информационным контентом.

Повышение квалификации в рамках системы непрерывного медицинского образования и совершенствование профессиональных навыков медицинских специалистов должно быть постоянным, непрерывным и давать возмож-

ность специалисту всегда находиться на самом высоком уровне [1]. Это является моральной обязанностью каждого медицинского работника, который уважает себя, своих пациентов и медицинскую профессию.

Эффективность внедрения и развития системы НМО зависит как от степени заинтересованности самих участников образовательного процесса, так и от степени заполнения и удобства использования обучающего ресурса, с учетом всех потребностей медицинских специалистов.

Самостоятельно искать ресурсы для выбора образовательных элементов, составлять план обучения с учетом потребностей и контролировать формирование своего портфолио специалиста может быть сложно.

На сегодняшний день инструментом управления образовательной активностью и учета её результатов в Российской Федерации является Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России [edu.rosminzdrav.ru](http://edu.rosminzdrav.ru), который содержит образовательные элементы, соответствующие всем компонентам непрерывного образования.

Помимо аккредитованных образовательных мероприятий, проводимых Ассоциацией медицинских сестер, следует отметить появление образовательных программ по профилю «офтальмология». Для сравнения на январь 2020 года на портале было зарегистрировано всего два образовательных цикла (по 36 ЗЕТ) по этому направлению. На январь 2021 года таких циклов насчитывалось уже 24.

Изучение структуры, содержания и трудоемкости представленных программ показало следующие результаты: наибольшую долю занимают программы продолжительностью 36 (50%) и 144 (38%) ЗЕТ. Преобладающей формой обучения во всех группах является заочная (табл. 1).

Ведущими регионами, предоставляющими образовательные программы в области офтальмологии, являются г. Москва и Новосибирская область. Всего представлено 13 регионов. В том числе и образовательные организации из Санкт-Петербурга.

В современных условиях, связанных со сложной эпидемиологической обстановкой, большинство образователь-

Таблица 1  
Распределение образовательных программ по трудоемкости и форме обучения

Форма обучения	Трудоемкость (ак. ч)								Итого:	
	160		144		36		18			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Очная	0	0	2	22	0	0	0	0	2	8
Заочная	2	100	7	78	11	92	0	0	20	84
Очно-заочная	0	0	0	0	1	8	1	100	2	8
Всего:	2	8	9	38	12	50	1	4	24	100

ных организаций перешло на дистанционные образовательные технологии (ДОТ). В программах для среднего медицинского персонала преобладает дистанционное обучение. Оработку практических навыков и использование симуляционного обучения предлагают лишь 8% организаций (рис. 1).

Таким образом, половина программ, зарегистрированных на портале НМО, нацелена вовлечь специалистов в процесс непрерывного медицинского образования и обеспечить их необходимыми зачетными единицами трудоемкости для прохождения периодической аккредитации. Кроме того, доминирующие формы, технологии и продолжительность обучения позволяют участвовать в процессе непрерывного медицинского образования, не отрываясь от рабочего процесса.

Значимую роль в предоставлении возможности повышения квалификации своим работникам играют сами медицинские организации. Согласно некоторым исследованиям значительное число медицинских работников предпочитают проходить обучение за счет работодателя [2, 3, 6]. Именно работодатель может заблаговременно сформировать запрос на выделение бюджетных мест для обучения в определенных образовательных организациях по конкретным программам, оплатить обучение на договорной ос-

нове, направить в региональный орган исполнительной власти (РОИВ) план на оплату учебного цикла за счет средств ТФОМС, а также наоборот, не согласовать заявку на обучение своего сотрудника при выборе им программы, неактуальной или реализуемой в неудобный период или в неподходящей форме.

При выборе обучения за счет бюджетных средств или на договорной основе за счет работодателя заявка обязательно должна быть согласована с организацией, в которой работает специалист. Процесс согласования может осуществляться как на бумажном носителе (заявка распечатывается и подписывается руководителем или заместителем руководителя организации), так и в автоматизированном режиме через Личный кабинет работодателя. При согласовании заявки работодателем в автоматизированном режиме в Личный кабинет образовательной организации поступает уже подтвержденная заявка, что позволяет далее работать с ней, как и с аналогом на бумажном носителе [4, 5]. В изученных программах по направлению «офтальмология» превалирует договорная форма обучения. Тем не менее в более чем половине случаев (63%) возможно пройти обучение за счет средств ТФОМС (рис. 2)

В номенклатуре должностей для специалистов со средним медицин-

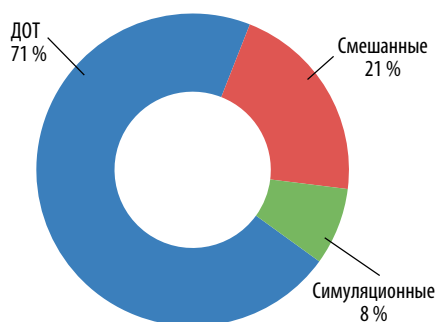


Рис. 1. Распределение образовательных технологий



Рис. 2. Распределение основы обучения образовательных программ





ским образованием (приказ Минздравсоцразвития РФ от 16.04.2008 № 176н) не представлена такая специальность, как «Сестринское дело в офтальмологии». В связи с этим невозможно подсчитать точное количество медицинских сестер, работающих по профилю «офтальмология» и рассчитать необходимый объем образовательных программ для удовлетворения потребностей медицинских работников среднего звена. Для оценки наполненности информационного ресурса было проведено сравнение с количеством аккредитованных программ для врачей-офтальмологов за аналогичный период времени. Для специалистов с высшим медицинским образованием по специальности «Офтальмология» доступно более 300 программ повышения квалификации различной формы обучения, при которых используются различные технологии освоения цикла, включая стажировку на рабочем месте.

Пользователи Портала НМО, используя систему множественных фильтров, могут выбирать любые программы повышения квалификации с учетом своих образовательных потребностей, временных и иных возможностей, предпочтительной образовательной организации и технологии обучения. Для того чтобы найти образовательный цикл по направлению «офтальмология», при формировании траектории обучения необходимо выбрать специальность и ввести в строку поиска начальные буквы своей специализации. Данный метод можно использовать для поиска цикла по любому направлению профессиональной деятельности (акушерство, физиотерапия, паллиативная помощь и др.).

При выборе образовательного цикла, на мой взгляд, следует учитывать следующие критерии: продолжительность (количество ЗЕТ); форму обучения (очная, заочная, очно-заочная); наличие симуляционного обучения, если вы хотите улуч-

шить свои практические и мануальные навыки; основу обучения. Также я рекомендую изучить аннотацию программы, которая содержит в себе описание структуры и содержания программы.

Если рассмотреть на примере, представленном ниже, то получается, что выбранная программа имеет продолжительность 36 ЗЕТ, очно-заочную форму обучения, симуляционное обучение и договорную основу. Кроме перечисленных критериев, на странице самой учебной программы вы найдете информацию об образовательной организации и сможете связаться с ней для уточнения информации любым удобным вам способом. Обычно образовательные учреждения отвечают на ваш запрос в течение 1–3 дней.

Если все критерии соответствуют пожеланиям, то данную программу можно включить в ваш план обучения.

Важно еще раз подчеркнуть, что включение программы в свой план обучения не означает автоматической «регистрации» на программу. Принять участие в обучении можно только подав заявку лично от себя или от работодателя, о чем было сказано выше.

Подводя итог, можно отметить, что на сегодняшний день основным недостатком является незначительное количество аккредитованных программ повышения квалификации по направлению «офтальмология» для среднего медицинского персонала на Портале НМО. Это препятствует успешной интеграции специалистов в систему НМО. Требуется дополнить имеющееся количество и дать медицинским сестрам возможность получать образование с большими возможностями выбора формы, места и продолжительности учебных циклов. Прохождение циклов повышения квалификации за счет средств работодателей и ТФМОС позволит повысить мотивацию медицинских работников к непрерывному медицинскому образованию.

Но для формирования профессионального пространства внутри себя, вокруг себя и среди своих коллег требуется участие всех специалистов, взаимодействие с образовательными организациями и лечебными учреждениями. Нам предстоит еще много преодолеть, разработать и внедрить. Активный интерес и неравнодушие может вдохновить нас на глобальные изменения в нашей профессии.

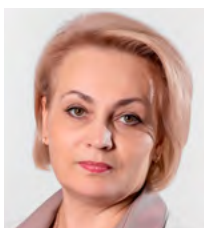
#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гиббс Тревор, Химион Л.В. Непрерывное профессиональное развитие: продолжая учиться и развиваться. // Мед. образование и проф. развитие – 2011. – № 1. – С. 53–57.
2. Захарова И.В. Время перемен в непрерывном профессиональном образовании специалистов сестринского дела // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Медицинская сестра: траектория непрерывного профессионального развития» (30–31 мая 2019 года, Нижний Новгород). – С. 11–14
3. Касимовская Н.А., Ивлева С.А. Современное состояние и перспективы интеграции специалистов со средним медицинским образованием в систему непрерывного профессионального развития // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2020. Т. 11, № 3. С. 153–162. DOI: <https://doi.org/10.24411/2220-8453-2020-13013>
4. Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России [Электронный ресурс] – режим доступа: [edu.rosminzdrav.ru](http://edu.rosminzdrav.ru)
5. Семенова Т.В., Природова О.Ф. Автоматизация контроля обучения специалистов здравоохранения по программам повышения квалификации // Национальное здравоохранение. – Т. 1, №1. – 2020. С. 39–43
6. Состояние сестринского дела в мире, 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров [State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2020. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
7. Christodoulou N. Continuing medical education and continuing professional development in the Mediterranean countries. *Eura Medicophys.* 2007 Jun;43(2):195–202. PMID: 17589412.
8. Semeleva E.V., Selezneva N.M. Continuing medical education: the need for change// *International research journal.* – 2017. – 4–3 (58). – P. 177–180.

# ПРОФИЛАКТИКА БЛИЗОРУКОСТИ У ДЕТЕЙ

НОВАЯ ОБЩЕСТВЕННО-  
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ  
ИНИЦИАТИВА ТЮМЕНСКОЙ  
АССОЦИАЦИИ

*Люди, которые заняты возвращением здоровья другим людям, выказывая удивительное единение мастерства и человечности, стоят превыше всех великих на этой земле.*  
Вольтер



## ■ Ирина Альфредовна МИЩЕРИНА

Главная медицинская сестра,  
ГАУЗ ТО «Областной  
офтальмологический диспансер»,  
г. Тюмень

Зрение – что это такое? Говоря простым языком, для человека – это «окно в мир». Большинство из нас даже не задумывается об этом. Нам привычно видеть окружающий мир во всем его многообразии, и только когда возникают проблемы со зрением, мы начинаем всерьез задумываться о том, как его восстановить, сохранить, улучшить.

На сегодняшний день проблема нарушения зрения, особенно у детей школьного возраста, становится все более актуальна. С физиологических позиций учебный процесс – это не что иное как разновидность умственного зрительно-напряженного труда. Дети все реже и меньше находятся на свежем воздухе, реже занимаются спор-

том и активными играми, и как результат возникает потеря зрения, близорукость (миопия). По статистике к окончанию школы лишь единицы приходят с нормальным 100% зрением.

Согласно медицинской статистике на сегодняшний день близорукостью страдают почти 1,5 млрд людей. Это примерно 23% от всего населения планеты!

В России к окончанию школы сниженное зрение наблюдается у 40% школьников (диаграмма 1). Сниженное зрение стало очень частой причиной инвалидности.

Конечно, специализированные медицинские центры занимаются лечением и профилактикой прогрессирования близорукости в полном объеме, но все мероприятия проводятся с детьми с уже выявленной патологией. В то время как профилактику близорукости необходимо проводить до появления нарушения зрения у детей.

ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер» не является исключением и систематически проводит «Школы здоровья» для пациентов с проблемой близорукости, но это очень малая доля от общего количества нуждающихся в такой помощи.

Понимание всей серьезности проблемы и желание изменить ситуацию подтолкнуло нас к созданию и разработке

проекта «Сестринская профилактика близорукости у детей». На тот момент мы хорошо осознавали, что со стороны врачебного персонала будет настороженность и недоверие. Мы столкнулись с непониманием и нежеланием отдавать это направление среднему медицинскому персоналу. Но огромное желание доказать, что это реально, что компетентность средних медицинских работников достаточно высока, что мы адекватно оцениваем накопленные знания и опыт в данном направлении, – все это позволило нам реализовать задуманное с высокой степенью ответственности.

**Для внедрения проекта нами была создана рабочая группа:**

- Руководитель проекта – главная медицинская сестра Мищерина Ирина Альфредовна.
- Руководитель подгруппы – старший фельдшер отделения приема

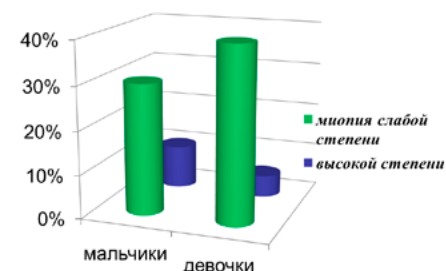


Рис. 1



детского населения Матвеева Мария Александровна.

#### Подобрана команда инициативных сотрудников:

- Старший фельдшер отделения терапевтической офтальмологии.
- Медицинские сестры и фельдшеры кабинетов данных подразделений.

Начало проекта – январь 2020 года. Планируемая дата завершения – декабрь 2021 года.

Ожидаемый эффект – «Школы близорукости» будут внедрены, востребованы, эффективны.

Работа над проектом начата с составления «Дорожной карты». При ее составлении мы проработали наиболее важные подготовительные моменты.

Провели анализ имеющегося в наличии и необходимого материала, оборудования, инвентаря для осуществления проекта. Выяснили, что наглядных пособий и обучающих материалов, имеющихся на сегодняшний день, недостаточно. Занялись их созданием и оформлением, подготовили обучающие презентации для обучения среднего медицинского персонала детских поликлиник, наглядные материалы, с которыми им нужно будет работать. Определили темы занятий по основным направлениям и закрепили за каждым разделом ответственных лиц.

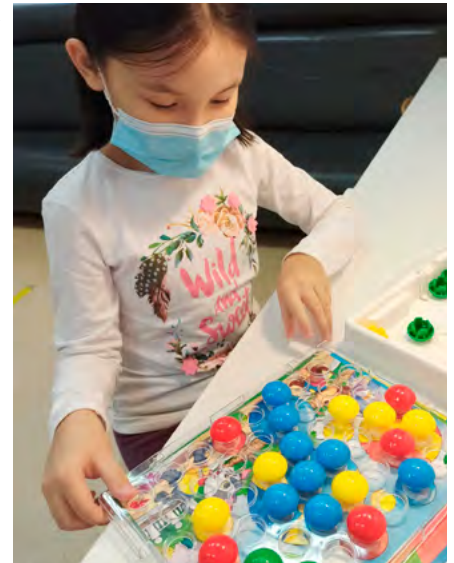
Мы понимали – для того, чтобы обучать других, важно самим понимать, как это делать, как проводить тренинги, насколько это сложно и ответственно, как важно провести обучение таким образом, чтобы пришло осознание и появилось желание заниматься профилактической работой в полном объеме. Для этого мы сами должны пройти этот путь обучения.

Хотя вынужденный простой в период пандемии не позволил нам начать активное внедрение проекта в поликлиниках, он дал нам возможность отработать эту часть проекта более детально на своих рабочих местах. Для отработки навыков по обучению коллег мы начали проводить учебы внутри учреждения, в отделениях, которые по своему профилю не сталкивались с данной работой. Это оказалось достаточно сложно, не все получалось, с трудом вовлекался в работу персонал. Но теперь нам понятно, на чём делать акцент, каким образом выстраивать обучение.

Как только будут сняты ограничения и учреждения начнут свою работу в плановом режиме, мы планируем возобновить реализацию проекта. Начнем с проведения обучающих мастер-классов для медицинских сестер детских поликлиник. Для чего это нужно? К большому сожалению, медицинские сестры и фельдшеры поликлиник, детских садов и школ имеют весьма ограниченные знания по профилактике близорукости в силу того, что в повседневной работе не сталкиваются с выполнением такой задачи, она просто перед ними никогда не ставилась. Мы постараемся максимально доступно и компетентно донести весь материал и вовлечь их в нашу совместную работу. Медицинские сестры и фельдшеры диспансера начнут обучать специалистов первичного звена и образовательных организаций основным направлениям профилактики близорукости. Наша задача донести всю важность первичного отбора детей из группы риска, объяснить, как определять эти риски, на чем заострять внимание при профилактических осмотрах детей дошкольного возраста. Какие особенности и на что особо обращать внимание при осмотре детей старшего возраста. Что делать, если близорукость уже есть, как остановить процесс. Как проводить самостоятельно «Школы по близорукости» для детей, родителей, в чем их отличие. Какие мероприятия можно и нужно проводить, для того чтобы не допустить дальнейшего ухудшения зрения у ребенка.

Сотрудники, которые будут проводить обучение на этом этапе, определят ответственных лиц по поликлиникам, обучат и максимально помогут организовать подготовку к самостоятельной работе. Мы совместно определим места для проведения «Школ». Мы научим работать с учебными материалами и пособиями для детей и их родителей, выдадим брошюры, методички и презентации, которые, в свою очередь, можно будет применять персоналу уже в ходе самостоятельных занятий.

После того как специалисты поликлиник будут обучены и подготовлены, начнется их основная работа по определению потребности в проведении «Школ». Для этого необходимо будет собрать списки детей с проблемами



зрения непосредственно в детских дошкольных и школьных учреждениях. Во время плановых осмотров детей производить отбор детей из группы риска, детей с наследственной предрасположенностью для формирования списков. И параллельно, совершенствуя полученные навыки, начать обучение среднего медицинского персонала школ и детских садов. На наш взгляд, целесообразно проводить такую работу непосредственно в школах и детских садах, где дети проводят большую часть своего времени. Такой подход позволит нам охватить большее количество детей, нуждающихся в такой профилактике. В свою очередь нами будет осуществляться систематический контроль и корректировка проводимых мероприятий. Ежеквартально ответственные за каждый раздел координаторы проекта будут проводить сбор информации: количество детей, посетивших занятия, количество проведенных «Школ», потребности в дополнительных материалах, пожелания и рекомендации по улучшению работы.

К завершению проекта мы рассчитываем получить отработанную, эффективно функционирующую систему сестринской профилактики близорукости у детей, подтвержденную статистическими данными. Тем самым доказав, в первую очередь себе, что средний медицинский персонал не просто помощник врача, а совершенно самостоятельное звено в здравоохранении. И профилактические мероприятия могут и должны быть делегированы медицинским сестрам и фельдшерам.

# ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ВАКУУМНЫМИ СИСТЕМАМИ ДРЕНИРОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН



■ **Наталья Викторовна МАТВЕЕВА**

Старшая медицинская сестра отделения для больных костно-суставным туберкулезом, ФГБУ «СПб НИИФ» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

## Введение

Искусство выхаживания не менее важно для больного человека, чем лекарственные назначения и хирургические вмешательства. Операция не принесёт желаемого успеха без надлежащего ухода в послеоперационном периоде. Следовательно, уход за больными – неотъемлемая часть лечебного процесса.

Любое оперативное вмешательство приводит к развитию в организме пациента различных морфологических, биохимических и функциональных изменений, степень выраженности которых зависит от возраста больного, состояния организма и объема выполненной операции. Изменения гомеостаза характеризуются гиповолемией, гипопротеинемией, нарушениями водно-электролитного баланса. Характерными являются слабость, боль в области послеоперационной раны, тошнота, ослабление двигательной активности кишечника (парез) и нарушения мочеиспускания.

После проведения хирургического вмешательства на позвоночнике в подавляющем большинстве случаев в раннем послеоперационном периоде применяются вакуумные системы дренирования ран, требуется ограничение физической активности

пациента. Данные особенности диктуют необходимость применения специальных подходов как со стороны врачей, так и со стороны медицинских сестер.

Тактические алгоритмы купирования послеоперационного болевого синдрома и особенности постурального менеджмента достаточно подробно освещены в специализированной литературе, в то время как вопросы сестринского ухода за дренажными системами у вертебралогических больных крайне редко обсуждаются в рамках тематических конференций, а публикации на данную тему представлены единичными сообщениями.

Указанные обстоятельства побудили нас представить собственный опыт ухода за пациентами с вакуумными системами дренирования послеоперационных ран.

## Материалы и методы

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии является одним из крупнейших медицинских центров Российской Федерации, оказывающим высокотехнологическую помощь пациентам с воспалительной патологией опорно-двигательного аппарата, в том числе позвоночника. Ежегодно в клинике института проходят лечение более 3 тыс. пациентов, более 30% – пациенты с заболеваниями позвоночника. За последние 3 года среди пролеченных больных более 70% составляют жители Северо-Запада России, из них жители Санкт-Петербурга – 63,2%.

С 2018 года в СПб НИИФ функционирует Научно-клинический центр патологии позвоночника (НКЦПП, «спинальный центр»), объединяющий три клинических отделения: 85 стационарных коек и отделение амбулаторной медицинской помощи. В Центре проводится диагностика, лечение

и реабилитация пациентов с заболеваниями позвоночника различной этиологии.

Структура заболеваний позвоночника, при которых проводится хирургическое лечение, представлена в табл. 1.

Таблица 1

<p>Научно-клинический центр патологии позвоночника СПб НИИФ Ежегодно более 700 операций</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>воспалительные (инфекционные и неинфекционные) деструктивные поражения и опухоли позвоночника;</li> <li>дегенеративно-дистрофические заболевания;</li> <li>болевого синдрома;</li> <li>деформации позвоночника у взрослых и детей;</li> <li>врожденные пороки развития позвоночника и спинного мозга;</li> <li>врожденные деформации позвоночника и грудной клетки;</li> <li>последствия и осложнения позвоночно-спинномозговой травмы и заболеваний позвоночника;</li> <li>осложнения хирургического лечения патологии позвоночника любой этиологии.</li> </ul>
<p>Ведущее место в структуре – инфекционные поражения позвоночника:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>неспецифические спондилиты;</li> <li>туберкулезные спондилиты;</li> <li>осложнения хирургического лечения.</li> </ul>

Накопленный опыт ухода за вертебралогическими пациентами позволяет нам систематизировать данные о системах дренирования послеоперационных ран и представить алгоритм действий медицинской сестры при работе с вакуумными дренажными системами.

## Определение понятия

Дренаж – устройство или приспособление, предназначенное для выведения патологических жидкостей из раны.

Виды дренажей:

- Активные (вакуумные).** Обеспечивают эффективное низковакуумное дренирование области оперативного вмешательства в тех случаях, когда



Рис. 1. Системы активного дренирования

в послеоперационном периоде прогнозируется значительное или умеренное количество отделяемого по дренажам (в течение непродолжительного времени – первые 3–5 дней с момента операции).

• **Пассивные.** Обеспечивают отток содержимого в зоне хирургического вмешательства вследствие гидростатического фактора, при этом содержимое раны оттекает в резервуар, который должен располагаться ниже раны.

Типичные системы активного дренирования послеоперационных ран представлены на рисунке 1.

Одним из вариантов активных дренажей являются системы терапии ран отрицательным давлением (в зарубежной литературе используется термин Negative-pressure wound therapy, NPWT). В рамках настоящей работы мы сознательно не проводили детального рассмотрения указанной системы, в связи с редкостью и ограниченностью показаний к ее использованию в настоящее время. Анатомическая схема механизма действия системы NPWT представлена на рисунке 2.

#### Алгоритм действия медицинской сестры

**Важно!** Перед любой предстоящей манипуляцией необходимо провести беседу с пациентом, следует напутствовать его добрыми словами, ободрить, напомнить о необходимости спокойного поведения во время процедур.

#### Алгоритм сестринского ухода за пациентом с вакуум-системой после перевода из отделения реанимации в палату стационарного отделения

В первую очередь необходимо наладить контакт с пациентом, оценить



Рис. 2. Система NPWT

риски пациент-ориентированных осложнений (возможность самостоятельного удаления дренажной системы, ее пережатия, нарушения герметичности), ясность сознания и контактность пациента.

Оценка сохранения разряжения (герметичности) дренажной системы проводится в первые тридцать минут после перевода пациента в палату.

Этапный контроль характера и количества отделяемого осуществляется не реже четырех раз в сутки (каждые 5–6 часов), после обхода проводится учетная регистрация показателей.

В случае полного заполнения контейнера-приемника и разряжения вакуумной системы следует опорожнить отделяемое и создать отрицательное давление в системе.

#### Алгоритм действий медицинской сестры перевязочного кабинета

Перевязка послеоперационных пациентов проводится в перевязочном кабинете, кратность определяется лечащим врачом.

В перевязочном кабинете сестре необходимо обеспечить стерильную укладку, включающую в себя стерильный материал и стерильные инструменты (каждая укладка укомплектована

необходимым расходным материалом по профилю отделения), стерильный съемный контейнер-приемник, помочь пациенту принять удобное положение на кушетке.

Расположение пациента для перевязки представлено на рисунке 3.

Первый этап перевязки включает в себя обработку послеоперационной раны и места отхождения дренажной трубки вакуумной системы антисептическим раствором. Затем лечащий врач проводит визуальную и физикальную оценку послеоперационной раны на предмет наличия признаков воспалительных изменений. На заключительном этапе проводится замена контейнеров-приемников и создание в системе отрицательного давления с последующей герметизацией раны повязками.

На заключительном этапе медицинская сестра обеспечивает герметичность вакуумной системы путем последовательного выполнения следующих действий:

1. проверка герметичности устройства (повреждения, срезы, замятие);
2. фиксация зажима на дренажной трубке;
3. плавное сжатие «гармошки» до полного вытеснения воздуха;

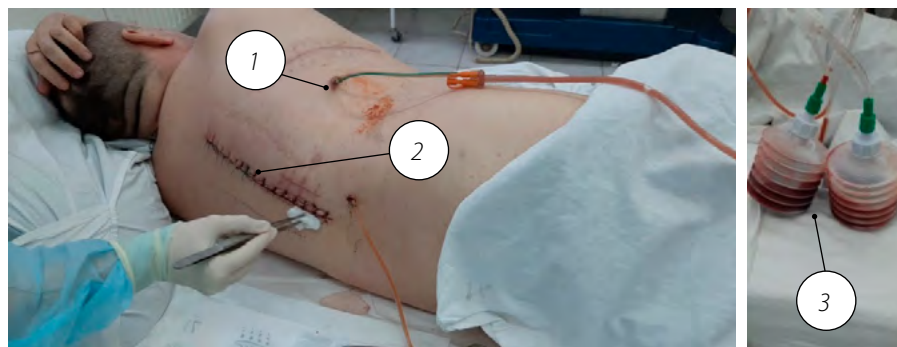


Рис. 3. Расположение пациента: 1 – дренажная трубка вакуумной системы; 2 – послеоперационная рана; 3 – контейнеры приемники с отделяемым



4. подсоединение контейнера приемника к дренажной трубке;

5. удаление зажима с дренажной трубки;

6. оценка работы вакуумной системы совместно с лечащим врачом – критерий правильной работы системы заключается в плавной аспирации отделяемого из послеоперационной раны по дренажной трубке.

Учитывая тяжесть состояния пациентов, перенесших реконструктивные вмешательства на позвоночнике, в ряде случаев могут развиваться ситуации, требующие проведения неотложных действий со стороны медицинской сестры. При этом первым этапом сестре следует вызвать дежурного врача.

#### Алгоритм действий медицинской сестры в «неотложной» ситуации

- Если по дренажу выделяется большое количество крови, это может свидетельствовать о внутреннем кровотечении – следует незамедлительно вызвать врача;
- При транспортировке пациента необходимо перекрыть дистальный конец дренажной трубки, фиксировать зажим на неподвижной поверхности транспортной каталки;
- Если аспирация отделяемого по вакуумному дренажу прекратилась – это может быть вызвано либо отсутствием отделяемого, либо закупоркой дренажа, либо перегибом и сдавливанием трубки –

следует оценить состояние системы, при отсутствии признаков внешних нарушений со стороны элементов системы целесообразно вызвать врача.

#### Заключение

Уход за пациентами с вакуумными системами дренирования послеоперационной раны требует от медицинской сестры динамического наблюдения и регистрации характера и количества отделяемого.

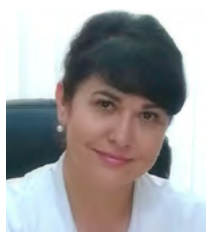
Предложенный алгоритм действий может служить как практическим руководством, так и средством оценки работы среднего медицинского персонала.

# ЕСЛИ COVID-19 НЕ ПРОШЕЛ БЕССЛЕДНО

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ  
ПЕРЕНЕСЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ



■ **Светлана Александровна АНДРЕЕВА**  
Исполнительный директор  
АРОО «ПСА», Астраханская область



■ **Светлана Васильевна СОГЛАЕВА**  
Главная медицинская сестра  
ФБУ Центр реабилитации ФСС РФ  
«Тинаки», Астраханская область

#### Они сражаются за пациентов

О вспышке коронавирусной инфекции, которая впервые была зафиксирована в Ухане (Китай), мир узнал в декабре 2019 года. А уже 11 марта 2020 года доктор Тедрос Гебрейесус, Глава Всемирной организации здравоохране-

ния, заявил, что распространение нового коронавируса носит характер пандемии.

Инфекция, как паук, начала плести свои сети, захватывая города и страны. По всему миру отменяли авиарейсы между странами, закры-

вали границы. Россияне ловили каждую новость про подтвержденные случаи коронавируса в соседних городах. И каждый надеялся, что в их город эта инфекция не проберется. Астраханцы тоже не теряли надежду на то, что до Нижнего Поволжья инфекция не дойдет...

Первый случай заражения коронавирусом нового типа в Астраханской области подтвердили в марте 2020 года. Первым инфицированным оказался мужчина, который прибыл с отдыха из Турции. И это был гром среди ясного неба.

СМИ писали и говорили о распространении инфекции так активно, что нарастала паника. А ведь паника не менее страшна, чем само заболевание. В городе ввели штрафы, пропуски, само-

изоляция, прочие ограничения. Психология людей менялась изо дня в день – все старались реже выходить из дома, а при встречах сторонились друг друга.

На борьбу с коронавирусной инфекцией были направлены все силы здравоохранения нашего региона. Распоряжением министра здравоохранения Астраханской области Алексея Спирина ковидные госпитали были развернуты в четырёх больницах города Астрахани и двух районах нашего региона. Несмотря на введенные ограничения, больных новой коронавирусной инфекцией становилось все больше. К счастью, на сегодняшний день число госпитализированных людей идет на спад.

По состоянию на начало марта 2021 года, в Астраханской области зафиксировано 28 865 подтвержденных случаев заражения новой коронавирусной инфекцией COVID-19, 577 человек, к сожалению, скончались. Полное излечение от вируса в Астраханской области зафиксировано у 21 961 человек. Уровень летальности на сегодня составляет 2,01%.

По поручению Президента России Владимира Путина в городе Астрахани и городе Нариманове военные строители в течение 53 суток возвели два многофункциональных медицинских центра по 100 мест каждый для госпитализации пациентов с новой коронавирусной инфекцией.

Открытие этих медицинских центров стало важным шагом к полноценному возобновлению плановой медицинской помощи, так как построенные госпитали позволили разгрузить медицинские учреждения Астраханской области, которые ранее были перепрофилированы под лечение больных коронавирусом. В плановую медицину вернулось порядка 400 коек.

Думаю, многим знакома фраза «они сражались за Родину», а о медицинских сестрах можно сказать: «они сражаются за каждого пациента». Фельдшеры, медсестры, сотрудники бригад скорой медицинской помощи в буквальном смысле слова сражаются, спасая жизни людей в так называемых красных зонах и часто на пределе сил и человеческих возможностей, теряя сознание из-за жары и недостатка кислорода.

Пандемия открыла глаза людей на нелегкую работу медиков. Труд специалистов со средним медицинским образованием стал заметным и востре-

бованным обществом, его наконец-то начали ценить по всему миру. COVID-19 изменил привычное течение жизни всего человечества. Люди стали больше ценить свое здоровье и предпринимать конкретные меры по его сохранению, стали осознавать, какую немалую роль в нашей жизни играют медицинские работники. Пандемия COVID-19 помогла каждому человеку на планете осознать истинную ценность жизни.

### Страшные последствия

Продолжая отслеживать ситуацию с распространением нового коронавируса SARS-CoV-2, можно сказать, что инфекционное заболевание протекает у людей по-разному. Кого-то госпитализируют в состоянии тяжелой и средней тяжести, кто-то попадает на аппарат ИВЛ, а кто-то находится на амбулаторном лечении, оставаясь дома.

Выписка из больницы и отрицательный результат теста на COVID-19 вовсе не означают, что здоровье человека после перенесенного коронавируса пришло в норму. После острой фазы COVID-19 в организме человека появляются серьезные изменения, которые влияют на дальнейшую жизнедеятельность. Без сомнения, тягость этих последствий связана с тем, насколько тяжело перенес человек заболевание.

Безусловно, последствия для тех, кто находился на лечении в отделении реанимации, а уж тем более на аппарате ИВЛ, будут тяжелее. Однако уже есть сведения о том, что у людей, перенесших коронавирусную инфекцию в так называемой «легкой форме», тоже вероятны длительные неприятные последствия. Болезнь оставляет следы у каждого пациента.

О людях, которые переболели коронавирусной инфекцией и выписаны из больниц, сегодня практически никто не говорит. Пациенты излечиваются, они уже не заразны, и о них все забывают. А ведь им не так уж легко, выздоровевшие на первый взгляд пациенты продолжают страдать: у многих даже при незначительных нагрузках сохраняется одышка, не возвращается бодрость, сохраняются мышечные спазмы и головные боли, у кого-то длительно сохраняется повышенная температура.

Коронавирус бьет не только по жизненно важным органам, но и по психи-

ке. Большинство переболевших людей, подавлены психологически. Поэтому приступать к специальной реабилитации нужно сразу после выписки из госпиталя, так как людям, перенесшим коронавирусную инфекцию, нужна не только физическая реабилитация, – их необходимо вернуть в нормальное психологическое русло.

### Постковидная реабилитация

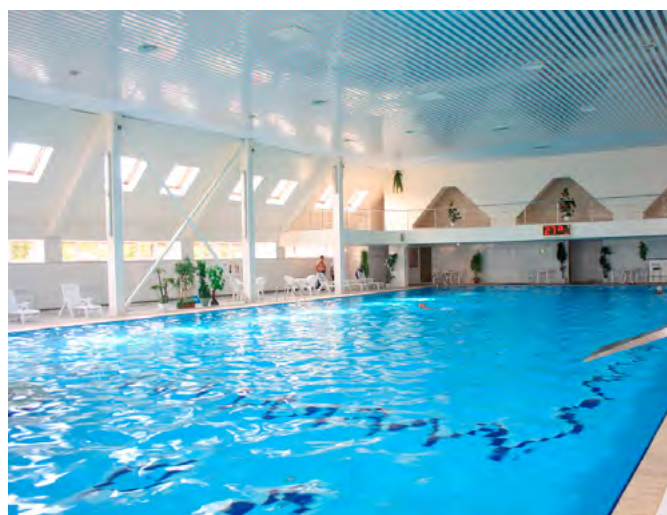
В нашем регионе самой большой площадкой по реабилитации людей, перенесших коронавирусную инфекцию, является Федеральное бюджетное учреждение Центр реабилитации ФСС РФ «Тинаки».

Многопрофильный реабилитационный центр «Тинаки», расположенный на берегу реки Волги, недалеко от города Астрахани, окружен живописной местностью, минеральными источниками и целебными грязевыми месторождениями. Исключительное расположение центра в совокупности с современными технологиями позволяют людям круглогодично проходить восстановительное лечение после различных заболеваний, в том числе и после перенесенной коронавирусной инфекции. Направления для прохождения реабилитации получают жители всех уголков России.

Соглаева Светлана Васильевна, главная медицинская сестра Центра реабилитации «Тинаки», рассказывает, как проходит реабилитация таких пациентов.

– На сегодняшний день мы стоим перед сложной жизненной ситуацией. Пандемия новой коронавирусной инфекции внесла свои коррективы в работу реабилитационной службы. Сегодня мы в непростых условиях, – наш реабилитационный центр принимает пациентов из 37 регионов Российской Федерации, соблюдая повышенные условия санитарно-эпидемиологического режима.

Прием пациентов для санаторно-курортного лечения осуществляется не ранее, чем через 14 дней после выздоровления (получения отрицательного теста на коронавирус). Вопрос о направлении в реабилитационный центр решается врачом-терапевтом с учетом состояния и последствий перенесенного заболевания. В этом случае реабилитацию пациент проходит



по полису ОМС, а курс восстановления оплачивает страховая компания.

Кроме этого каждый желающий пройти курс восстановительно лечения может самостоятельно приобрести путевку в Центр реабилитации «Тинаки», предоставив все необходимые документы.

В 2020 году здравнице «Тинаки» исполнилось 200 лет, время не только показало актуальность и значимость лечения природными факторами, но и позволило накопить весомую доказательную базу эффективности восстановительного лечения.

Центр располагает современным многофункциональным лечебно-диагностическим комплексом и обладает более чем 40-летним опытом эффективной профилактики и лечения заболеваний:

- дыхательной системы,
- сердечно-сосудистой системы,
- нервной системы,
- пищеварительной системы,
- опорно-двигательной системы,
- эндокринной системы.

Все эти системы попадают непосредственно под пагубное воздействие коронавирусной инфекции, которая наносит им ощутимый вред.

В нашем реабилитационном центре восстановительное лечение проходят люди, перенесшие легкую (10%) и среднетяжелую форму (12%) коронавирусной инфекции, у которых после выздоровления сохраняются ощущение першения в горле, мышечная слабость, потеря аппетита, сдавливание в груди, аритмия. Средний возраст таких пациентов колеблется от 30 до 72 лет.

Также восстановительное лечение получают люди, перенесшие тяжелую форму коронавирусной инфекции, на протяжении длительного времени находившиеся на аппарате ИВЛ (10%), у которых наблюдаются более серьезные последствия перенесенного заболевания. Самое распространенное из них – это ослабление мускулатуры из-за длительного нахождения интубационной трубки в горле. Такие больные жалуются на чувство нехватки воздуха, присутствие страха, что задохнутся, затрудненное глотание и многое другое. Средний возраст таких пациентов колеблется от 35 до 68 лет.

Для восстановительного лечения в нашем Центре в соответствии со статьей 40 Федерального закона 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в целях организации медицинской реабилитации пациентов разработана восстановительная программа для людей, страдающих заболеваниями, вызванными новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Программа разработана на основе приказа Минздрава РФ от 19 марта 2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» и временных методических рекомендаций «Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19)».

Главная цель, которую поставили медицинские специалисты, разрабатывая комплекс реабилитационных мероприятий, это полноценное восстановление

функциональных возможностей различных систем организма и опорно-двигательного аппарата, а также развитие компенсаторного приспособления к условиям повседневной жизни и труду.

Задачи реабилитационных мероприятий направлены на улучшение вентиляционной функции легких, газообмена, дренажной функции бронхов, улучшение крово- и лимфообращения в пораженных долях легкого, ускорение процессов рассасывания зон отека и уплотнения легочной ткани при воспалительных и иных процессах в ней, профилактика возникновения ателектазов, спаечного процесса, повышение общей выносливости пациентов, коррекция мышечной слабости, преодоление стресса, беспокойства, депрессии, нормализация сна, лечение дисбактериоза кишечника и иммунодефицита, вызванных течением заболевания и применением антибиотиков.

Специалисты санатория «Тинаки», проявляя заботу и внимание к больным, перенесшим COVID-19, разработали программу медицинской реабилитации в условиях санаторно-курортного комплекса, в состав которой входят медицинские и общеоздоровительные услуги: лечебная физкультура, бальнеотерапия, массаж, аппаратная физиотерапия, спелеотерапия, ингаляции, кислородный коктейль, прием фиточая и минеральной воды, иглорефлексотерапия, озонотерапия, карбокситерапия, диетотерапия, а также медикаментозное лечение дисбактериоза кишечника и иммунодефицита, обусловленных перенесенным заболеванием и применением в больших дозах антибиотиков.





Программа разработана для всех больных независимо от тяжести перенесенного заболевания.

Выбор методов лечения осуществляется медицинским специалистом реабилитационного центра «Тинаки» на основе индивидуального подхода к каждому пациенту с учетом состояния его здоровья и полученных осложнений после перенесенного инфекционного заболевания. Лечащий врач составляет индивидуальный план программы реабилитации, вносит изменения и корректировки с учетом противопоказаний.

Процедуры пациент проходит строго по графику; их общее количество не превышает 4–5 в день, суммарное количество процедур зависит от продолжительности курса лечения. Виды процедур определяются, исходя из их сочетаемости и имеющихся показаний к лечению. При выявлении противопоказаний к отдельным процедурам врач-реабилитолог подбирает адекватную замену из числа других видов процедур, применяемых в санатории.

Включение санаторно-курортного этапа восстановительного лечения и реабилитации пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, обеспечивает принцип преемственности, позволяет предупредить развитие критических состояний, сокращает длительность необходимого лечения и ускоряет возвращение человека в общество, к работе, дает возможность самостоятельно обслуживать себя и вести независимый образ в жизни.

В результате проводимого восстановительного лечения после перенесенной коронавирусной инфекции отмечаются:

- повышение работоспособности, расслабление мышц скелетной мускулатуры, улучшение кровообращения, активизация работы внутренних органов, обогащение организма кислородом, улучшение метаболизма клеток, обмена веществ;
- снижение стресса, регулирование эмоций, укрепление дыхательных мышц, уменьшение воспаления и усиление иммунной функции;
- восполнение в организме дефицита жизненно важных микроэлементов, благоприятное воздействие на обменные процессы, снятие воспалений в почках, мочевыводящих путях, желудочно-кишечном тракте и т. д.

Для осуществления реабилитационных мероприятий в Центре создана МДРК (мультидисциплинарная реабилитационная команда). Лечащие врачи непосредственно взаимодействуют со специалистами, входящими в состав этой команды.

Средний медицинский персонал центра – одно из основных звеньев этой команды. В задачу медицинской сестры входят: контроль выполнения пациентом процедур, назначенных врачом, наблюдение за состоянием пациента во время процедуры, динамическое наблюдение, а также помощь в проведении реабилитационных мероприятий.

Для удовлетворения физиологических потребностей пациентов наша команда использует все возможности ресурсного оснащения центра.

Медсестра с помощью санитаря осуществляет полный уход за пациентом, нуждающимся в посторонней по-

мощи, включая кормление, гигиенический туалет, купание, перемещение, смена постельного белья и надевание одежды, прогулки на кресле-коляске.

Применяются средства реабилитации – функциональные кровати, поручни в коридорах, туалетных комнатах, ходунки, кресла-коляски, система экстренного вызова персонала, помощь персонала пациенту в навигации и прохождении процедур.

Если пациент с трудом ориентируется в пространстве, то медицинская сестра переводит его из одного кабинета в другой, так сказать, передает «из рук в руки», чтобы обеспечить безопасность; также в холле лечебного отделения всегда дежурит сотрудник, наблюдающий за передвижением пациентов и оказывающий им помощь при различных ситуациях.

Уважение медсестры к пациенту, ее внимание, поощрение его, например в пунктуальности, озвучивание развития положительной динамики в лечении, а также применение медицинского оборудования и методик, не создающих неблагоприятного воздействия на организм, все это служит удовлетворению социальных потребностей пациента в нашем центре.

Ранняя медицинская реабилитация в условиях реабилитационного центра позволяет достигнуть максимального восстановления здоровья. Медицинские процедуры в сочетании с чистым воздухом и целебными дарами природы, такими как грязи и минеральные воды, оказывают эффективное воздействие на ослабленный организм. Благодаря всем этим факторам достигается максимальный эффект для оздоровления.

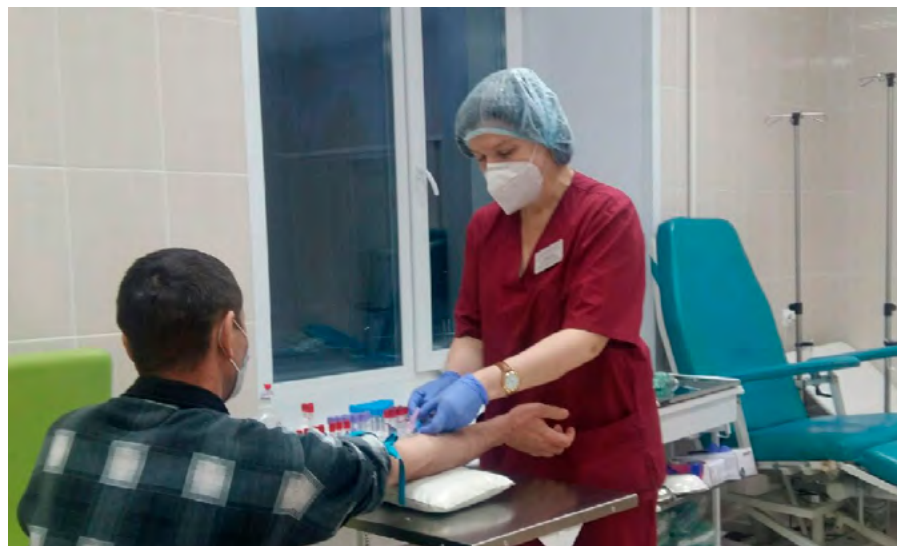
## Химиотерапия: выбор в пользу безопасных технологий венозного доступа



**Оксана Ивановна СМЕРНОВА**  
 Медсестра процедурного кабинета  
 отделение химиотерапии,  
 ГБУ АО АКОД, г. Астрахань

Профессия медицинской сестры остается востребованной и вряд ли потеряет актуальность. Самое главное – поддерживать и повышать её престиж, быть достойным примером для молодого поколения специалистов. Медицинская сестра напрямую ответственна за внедрение и улучшение стандартов сестринского дела. Использование неактуальных методов и технологий опасно и неприемлемо там, где важно использовать передовые изобретения мира.

Безопасность пациентов – это медицинская дисциплина, которая возникла по причине нарастающей сложности оказываемых медицинских услуг, которой сопутствует и рост масштабов вреда, причиняемого больным в медицинских учреждениях. Задача этой дисциплины – предупреждение и уменьшение показателя риска и масштабов вреда, причиняемого больным в процессе оказания медицинской помощи. Несомненно, услуги здравоохранения во всем мире должны быть эффективными, безопасными и ориентированными на нужды людей. Качественное здравоохранение предполагает обеспечение своевременного и результативного обслуживания. Реализуя мероприятия по обеспечению безопасности пациентов, необходимо соблюдать четкие инструкции, которые обеспечивают меры по повышению безопасности, допускать в работе отлично подготовленных специалистов и содейство-

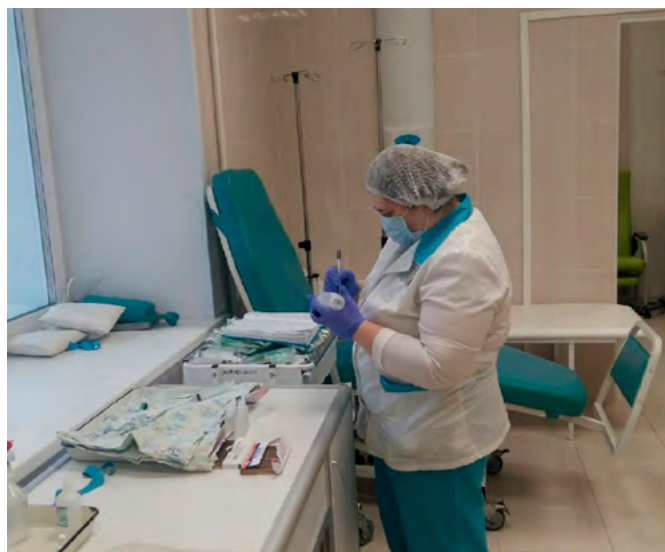


вать активному участию пациентов во время оказания им медицинской помощи. Необходимо создать больному условия, при которых он бы не подвергался опасности возникновения осложнений вследствие плохого ухода, то есть всегда оставался чистым, опрятным и комфортно себя чувствующим. А это не что иное, как приоритетная задача медицинской сестры.

Также не стоит забывать и о безопасности медицинских работников. Пациенты, биоматериалы – потенциальная инфекционная опасность для специалиста. Рациональная оценка риска профессионального заражения при оказании помощи пациентам требуется всегда и вне зависимости от их состояния. При всех контактах с кровью и жидкими средами больного следует обязательно надевать защитные средства, такие как халат, перчатки и др. Перед началом работы медицинский работник обязан тщательно вымыть руки, применяя антисептический раствор, заклеить возможные порезы и ссадины водонепроницаемым пластырем.

Особое внимание к вопросам безопасности пациента и персонала требуется при проведении химиотерапии – тяжелого и длительного лечения. Многие лекарственные средства, которые используются для х/т лече-

ния, являются ядовитыми, имеют множество побочных эффектов, требуют максимального осторожного обращения, однако зачастую без них просто не удастся победить онкологическое заболевание. Во время курса лечения пациент переживает моральные проблемы, его организм подвергается огромным нагрузкам. Как медсестра процедурного кабинета отделения химиотерапии, я чувствую и понимаю проблемы пациентов. За последние десятилетия мы столкнулись с изменениями, которые внушают оптимизм. Лекарственное лечение онкологических заболеваний значительно преуспело благодаря новым открытиям в области биологии рака, разработке новых технологий и открытию новых препаратов. Поиск новых путей повышения эффективности лечения опухолей включает такие направления, как совершенствование химиопрепаратов, улучшение методик введения лекарственных средств, применение дополнительных средств для уменьшения побочного действия противоопухолевых препаратов. Реализация терапии не менее важна. Для проведения химиотерапии стационар должен иметь высокотехнологичную специализированную технику для введения химиопрепаратов, быть обеспечен-



ным расходными материалами и качественными фармацевтическими препаратами.

Работа с противоопухолевыми препаратами представляет серьезную угрозу для медицинских работников. Необходима осторожность и внимательность при приготовлении инфузионных растворов. При нечаянном разбрызгивании или разлиии токсичного препарата происходит химическое загрязнение. Микробная контаминация – еще одно серьезное осложнение. Жизненно важно использовать средства индивидуальной защиты, а также устройства, формирующие закрытую систему и безыгольный доступ. Применение устройств для забора медикаментов из флакона со встроенным клапаном, фильтром снижает риск химической контаминации при приготовлении раствора.

При проведении химиотерапевтического лечения нам доступен большой арсенал технических приспособлений.

**Автоматизированные инфузионные насосы** (рис. 1) – точные, надежные и безопасные, облегчают работу медицинского персонала при введении химиопрепаратов: опция расчета дозы препаратов на площадь поверхности тела, возможность создания профиля введения препарата, максимальная точность инфузии, дополнительная система динамического контроля, подающая сигнал тревоги в случае неправильной постановки катетера, – далеко не полный список функций инфузионного насоса.

Развитие технологий и появление новых препаратов и способов их введения позволяет оказывать медицинскую помощь амбулаторно. В окружении семьи, сохраняя привычный образ жизни, пациенты легче переносят лечение.

**Микроинфузионная (эластомерная) помпа** (рис. 2) – это мобильное переносное инфузионное устройство, специально разработанное для парентерального введения лекарственных

препаратов с заданной скоростью и в определенный промежуток времени. Данное устройство не зависит от каких-либо внешних сил (электричество или гравитация). Благодаря этому оно может использоваться пациентом повсеместно и независимо от рода деятельности и места нахождения. Особенно актуально применение эластомерных помп для амбулаторного лечения. Основной принцип работы помпы связан с эластичной мембраной, соединенной с внешней удлинительной линией, внутри которой расположен регулятор скорости потока жидкости. Через удлинительную линию необходимый лекарственный раствор вводится пациенту. Медицинская сестра заполняет эластомерную мембрану необходимым лекарственным препаратом и подсоединяет удлинительную линию к центральному венозному катетеру. Помпу в специальном чехле можно расположить на поясе или на шее. Пациент получает лечение не-



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3





Рис. 4

прерывно, оставаясь активным, и сохраняет привычный образ жизни.

Незаменимые для химиотерапии, антибиотикотерапии, для парентерального питания, введения препаратов крови и кровезаменителей, а также для забора крови – полностью **имплантируемые порт-системы** (рис. 3) обеспечивают простое, надежное и безопасное введение лекарственных препаратов. Применение порт-систем значительно расширило возможности амбулаторного лечения и лечения в домашних условиях.

Первая порт-система в Архангельске была установлена пациенту детской областной больницы. В скором времени Архангельский онкологический диспансер начал осваивать эту процедуру. Врачи и медсестры учились буквально на месте работать с портом. Вот уже 10 лет в нашем онкодиспансере пациентам устанавливают порт-системы, проводится мониторинг осложнений после установки и во время эксплуатации портов. Однако инновационность порт-системы встретила перед собой и ряд насущных проблем: в диспансере проходят лечение жители всей области и зачастую, возвращаясь домой, они не могли промыть порт в медицинском учреждении по месту жительства по той простой причине, что персонал не владел информацией о порт-системах. Иногда это заканчивалось закупоркой порта и последующим его удалением.

Вот тут и назрел вопрос обучения среднего медперсонала. К настоящему времени мы обучили всех медсестер онкодиспансера на мастер-классах, доносим информацию о важности повышения квалификации до специалистов со средним медицинским образованием, приезжающих на медицинские конференции, обучаем персонал больниц города и области. В последние годы устанавливают порты все интенсивней и необходимо, чтобы носитель порт-системы мог получить профессиональную помощь в любом лечебном учреждении. В планах проведение мастер-

классов для студентов медицинского колледжа нашего города.

Периферический **имплантируемый центральный венозный катетер** (рис. 4) или, так называемый, «пик-катетер» также облегчает медицинскому персоналу задачу по введению лекарственных препаратов в вену пациента с минимальным риском. Эти катетеры вводятся в одну из небольших вен на руке, а кончик катетера проводится до крупной центральной вены. При этом трехпозиционный клапан в боковой части катетера позволяет как вводить жидкости внутрь организма, так и осуществлять забор крови из катетера. Когда катетер не используется, клапан автоматически удерживается в закрытом положении. Таким образом, при использовании «пик-катетера» не требуются зажимы для конца катетера, располагающегося снаружи тела пациента, а также не нужно использовать гепарин для поддержания проходимости просвета катетера.

Ранее были разработаны практические рекомендации по организации внутреннего контроля качества и безопасности в медицинских организациях (СанПин 2.1.3.2630–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»), которые используются для совершенствования системы внутреннего контроля качества. Разработчиками использовались следующие принципы: ориентация на пациента, процессный подход, риск-ориентированный подход, непрерыв-

ное повышение качества. Действенный инструмент управления качеством и безопасностью – внутренний контроль в медицинской организации. Кроме качественных показателей предложены количественные индикаторы, используемые для формирования организации мониторинга качества и безопасности медицинской работы в медицинской организации.

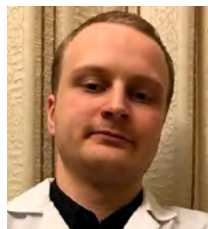
Способность учитывать сложность оказания медицинской помощи, ввиду которой повышаются значение человеческого фактора и риск совершения ошибок, является неотъемлемой составляющей развитой системы здравоохранения. При наличии на каждом из этапов процедур контроля и проверки любая ошибка может быть оперативно выявлена и исправлена. Таким образом, первым шагом в работе по повышению безопасности пациентов должен быть анализ свойств системы, сделавших возможным причинение вреда, однако для этого требуются открытость и прозрачность, т.е. культура безопасности пациентов. Культура безопасности представляет из себя условия, в которых большое значение придается представлениям, ценностям и установкам, касающимся безопасности, и в которых они разделяются всеми членами коллектива. Сегодня в наших силах укрепление всех элементов культуры безопасности, – от подготовки СОПов и непреложного соблюдения инструкций до непрерывного профессионального совершенствования.



# Выполнение МР-энтерографии у пациентов с болезнью Крона: взгляд рентгенолаборанта



■ **Лариса Геннадьевна ШЕВКУНОВА**  
Рентгенолаборант кабинета МРТ  
Ленинградской областной  
клинической больницы



■ **Михаил Дмитриевич ЧЕРНЫШЁВ**  
Медицинский брат кабинета МРТ  
Ленинградской областной  
клинической больницы, студент СЗГМУ  
им. И.И. Мечникова



■ **Владимир Вячеславович ОТОЧКИН**  
Заведующий кабинетом МРТ  
Ленинградской областной  
клинической больницы, ассистент  
кафедры лучевой диагностики  
и лучевой терапии СЗГМУ  
им. И.И. Мечникова



В настоящее время отмечается значительный рост неспецифических воспалительных заболеваний кишечника, к которым относится и болезнь Крона. Болезнь Крона – это хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание желудочно-кишечного тракта неуточненной этиологии. Распространённость этого заболевания составляет 3,5 чело-

века на 100 000 населения. Данное заболевание поражает преимущественно лиц молодого возраста от 15 до 36 лет. При этом женщины несколько чаще подвержены развитию данной патологии. Это заболевание приводит к частой инвалидизации пациентов. Болезнь Крона может локализоваться в любом отделе – от ротовой полости до анального канала и отличается развитием внекишечных и системных осложнений с поражением суставов, кожи, глаз и слизистых оболочек. Наиболее часто клиническими проявлениями заболевания являются диарея и боли в животе. При данном заболевании могут возникать абсцессы, внутренние и внешние свищи, также непроходимость кишечника. Наиболее часто поражаются: терминальный отдел подвздошной кишки – 24 %, илеоцекальный переход – 39 %, толстая кишка – 35 % и 2 % приходится на долю других отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Среди методов медицинской визуализации при воспалительных заболеваниях кишечника используются:

а) рентгенография, рентгеноскопия и КТ-энтерография, которые, несмотря на свою широкую доступность, имеют низкую тканевую контрастность и обладают лучевой нагрузкой;

б) капсульная эндоскопия – это современный неинвазивный метод исследования ЖКТ, при котором пациент

проглатывает специальную капсулу, оборудованную одной или двумя микровидеокамерами. В процессе движения капсулы выполняются серии снимков различных отделов тонкой и толстой кишки. Ключевой недостаток этого метода – его высокая стоимость и ограниченная доступность;

в) фиброколоноскопия позволяет визуализировать толстую кишку и только дистальные отделы тонкой кишки;

г) МР-энтерография, или гидро-МРТ – современный широко используемый метод лучевой диагностики, который не имеет лучевой нагрузки на пациента и позволяет полностью оценить все отделы тонкой кишки. При подготовке к исследованию пациент выпивает специальный контрастный агент, который вызывает максимальное растяжение петель тонкой кишки, позволяющее диагностировать патологию.

Целью нашего исследования было разработать методику выполнения МР-энтерографии у пациентов с воспалительными заболеваниями тонкой кишки и в доступной форме изложить ее ключевые моменты. Рентгенолаборант контактирует с пациентом на всех этапах подготовки и проведения самого исследования, поэтому он должен знать методику приготовления и приема перорального контрастного препарата, так как именно от этого бу-

дет зависеть качество полученных МР-изображений.

### Материалы и методы исследования

Среди контрастных агентов, используемых в отечественных и зарубежных клиниках, выделяют: позитивные (ананасовый и черничный сок, молоко), негативные (суспензия железа) и бифазные (маннитол, полиэтиленгликоль). Каждый препарат обладает своими преимуществами и недостатками. Мы выбрали препараты полиэтиленгликоля (ПЭГ), к которым относятся: «Мовипреп» (Нидерланды), «Фортранс» (Франция) и пр. Они обладают МР-характеристиками обычной жидкости и не всасываются в кишечнике, вызывая растяжение его стенок, как и другие бифазные контрастные агенты. Так же причиной выбора препаратов ПЭГ является и то, что они используются в подготовке к фиброколоноскопии (ФКС).

Была выбрана следующая схема подготовки к МР-энтерографии: до начала приема перорального агента пациенту назначается голод в течение 8 часов, затем первые 1,5 литра из 4 литров ПЭГ, приготовленных для очистки кишечника перед ФКС, пациент выпивает дробно в течение часа и помещается в МР-томограф для выполнения МР-энтерографии. Обычно 1 пакет выше указанных препаратов растворяется в 1200–1500 мл негазированной воды. После МРТ исследования он продолжает подготовку к ФКС, которая выполняется на следующий день. Очень важно донести до пациента, что пить препарат надо дробно с интервалами, нельзя выпивать контраст одновременно. За время применения этой методики отмечены случаи, когда пациенты быстро выпивали контрастный агент, в результате чего исследование было неинформативным, так как возникал спазм желудка и задержка контраста. Исследование выполняется в положении лежа на животе: таким образом создается компрессия петель кишки собственным весом пациента, что улучшает качество получаемых изображений (исключение составляют пациенты с наличием коло- и илеостомы на передней стенке живота, беременные). В протокол МР-энтерографии

входят программы T2-FIESTA или TrueFISP в зависимости от производителя в аксиальных, сагиттальных, фронтальных плоскостях, а также диффузионно-взвешенные изображения (DWI), с толщиной среза 5 мм через 1 мм, зона сканирования от входа в малый таз до подпеченочного пространства. Все программы выполняются на задержке дыхания.

Всего в кабинете МРТ ГБУЗ ЛОКБ в период с 2016 по 2020 гг. было выполнено 617 МР-исследований пациентам с болезнью Крона или подозрением на это заболевание.

### Результаты и их обсуждение

Адекватное расширение петель тонкой кишки наблюдалось у 94 % пациентов, расширение петель считалось умеренным или неудовлетворительным у 11 пациентов (4 %), что связано с плохой переносимостью контрастного препарата или индивидуальными особенностями перистальтики. МР-энтерографию не удалось выполнить у 4 пациентов из-за непереносимости препаратов ПЭГ. Подготовка к МР-энтерографии у 62 пациентов после правосторонней гемиколэктомии не вызвала затруднений и не отличалась от стандартной подготовки неоперированных пациентов. При подготовке к исследованиям у 14 пациентов после коллопрокэктомии объем контрастного препарата и время его приема был уменьшен из-за быстрого пассажа. Примерная схема подготовки таких пациентов: голод в течение 8 часов, 500 мл раствора ПЭГ дробно в течение 15 минут до начала исследования. Выполнение МР-энтерографии по данной методике не оказывало влияния на качество подготовки к ФКС.

Были выявлены некоторые недостатки и трудности выполнения МР-энтерографии:

- у большинства пациентов наблюдалась диарея как следствие приема препаратов ПЭГ, но ни в одном из случаев не было проблем и дискомфорта во время проведения самого исследования;
- при непереносимости пероральных контрастных агентов пациентам все же проводилась МР-энтерография, но с заменой ПЭГ на ананасовый сок. В таком случае ФКС уже не выполня-

лась, так как пациент не мог подготовиться в исследованию;

- не удалось добиться адекватного расширения петель тонкой кишки у пациентов с наличием илеостомы.

Таким образом, МР-энтерография – это уникальный метод лучевой диагностики, позволяющий неинвазивно оценить состояние тонкой кишки, и в совокупности с ФКС получить наиболее полное представление о локализации и выраженности воспалительного процесса. При выборе методики и оптимального контрастного агента для МР-энтерографии в нашей работе мы ориентировались на следующие аспекты: комфорт для пациента при подготовке к исследованию; минимизация вреда перорального контрастного агента; стандартизация проведения диагностической процедуры. Выполнение магнитно-резонансной энтерографии на этапе подготовки к фиброколоноскопии у пациентов с воспалительными заболеваниями тонкой кишки позволяет избежать применения дополнительных объемов перорального контрастного агента и, соответственно, уменьшить его вредное воздействие на воспаленную слизистую.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Яковлева Е.К. Критерии анализа изображений при воспалительных заболеваниях тонкого кишечника / Е.К. Яковлева, Т.Н. Трофимова // Лучевая диагностика и терапия. – 2019. – № 4. – С. 98–108.
2. Бровин Д.А. Определение эффективности альтернативных контрастных агентов в методике МР-энтерографии. / Д.А. Бровин, В.В. Оточкин // Молодежь и медицинская наука. – 2018. – С. 97.
3. Завьялова М. Ю. МР-энтерография при болезни Крона / М.Ю. Завьялова // Вестник хирургии Казахстана. – 2015. – № 3. – С. 25–28.
4. Kaushal P. MR Enterography of Inflammatory Bowel Disease with Endoscopic Correlation / P. Kausal, A.S. Somwaru, A. Charabaty et al. // Radiographics. – 2017. – Vol. 37, № 1. – P. 116–131.
5. Mazziotti S, Blandino A. MR Enterography. – Messina: Springer, 2014. – P. 150.
6. Стяжкина С.Н. Статистика заболеваемости болезнью Крона. Клинический случай течения болезни Крона и ее влияние на качество жизни пациента / С.Н. Стяжкина, С.С. Камалетдинова, М.Н. Махмудова, З.Н. Гимаутдинова // Научный журнал. – 2016. – № 11. – С. 80–82.





# Дезактив-Универсал



## СОСТАВ

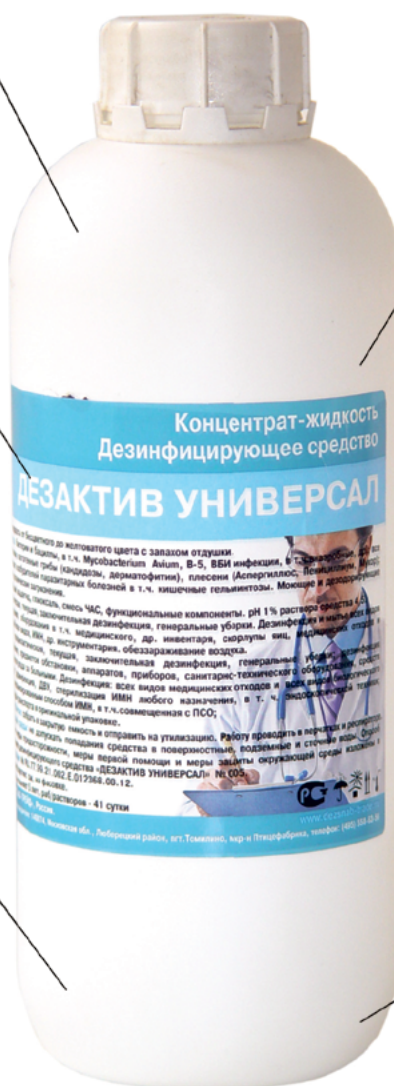
глутаровый альдегид – 1,0%,  
глиоксаль – 7,0%, смесь ЧАСов  
суммарно – 25,5%, вспомогательные  
компоненты, pH 1% раствора – 4,5.

## НАЗНАЧЕНИЕ

Дезинфекция поверхностей в  
помещениях, предметов ухода за  
больными, уборочного инвентаря,  
дезинфекция медицинских отходов  
(класса А,Б,В); всех видов  
биологического материала.  
Дезинфекция совмещенная с ПСО  
ИМН в т.ч. эндоскопического  
оборудования ручным и  
механизированным способами, ДВУ  
и стерилизация.

## ФАСОВКА

флаконы по 1 л.,  
канистры по 5 л.



## ОПИСАНИЕ

Прозрачная жидкость от бесцветной до  
желтоватого цвета с запахом отдушки.  
Дезактив-Универсал отличается высо-  
кой антимикробной активностью в  
отношении грамположительных и  
грамотрицательных микроорганизмов,  
в т.ч. *Mycobacterium terrae*,  
*Mycobacterium Avium*, B5, возбудителей  
ВБИ и аэробных инфекций, ООИ, в т.ч.  
сибирская язва; всех известных патоген-  
ных вирусов (ВИЧ-инфекция, гепатиты, в  
т.ч. гепатит В, «птичий грипп H5N1, H5N2,  
H7N3, H9N2», «атипичная пневмония» (5  
AB5), др. вирусы; грибов рода Кандида и  
Трихофитон, плесневых грибов. Обладает  
овоцидными свойствами в отноше-  
нии возбудителей паразитарных  
болезней (цист и ооцист простейших,  
яиц и личинок гельминтов остриц),  
моющим и дезодорирующим эффектом.

## ПРОИЗВОДИТЕЛЬ

ООО «Дезснаб-Трейд», Россия.

# Дезактив-Универсал

- Режимы дезинфекции при инфекциях:  
вирусной – 0,1-0,8%, туберкулезной – 0,15-0,85%.
- Дезинфекция Высокого Уровня – 3% - 5мин., стерилизация – 5% - 15мин.
- Срок годности рабочих растворов 41 сутки.





ВРЕМЯ

7

МИНУТ  
ОБРАБОТКИ

ОБЪЁМ

130

М<sup>3</sup>  
ПОМЕЩЕНИЯ

БАКТЕРИЦИДНАЯ

99,9

%  
ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Установка ультрафиолетовая бактерицидная  
для экстренной дезинфекции воздуха и поверхностей  
**ДЕЗАР-ОМЕГА-02-”КРОНТ”**

НОВЫЙ ЭРГОНОМИЧНЫЙ ДИЗАЙН  
ПРОВЕРЕННАЯ ВРЕМЕНЕМ КОНСТРУКЦИЯ  
ВЫСОКАЯ ЭКОНОМИЧНОСТЬ ЭКСПЛУАТАЦИИ

#### ПРИМЕНЕНИЕ

Обеззараживание воздуха и поверхностей помещений всех категорий в отсутствие людей.

#### НАЗНАЧЕНИЕ

Основной цикл дезинфекции — **7 минут**:

Обеззараживание **130 м<sup>3</sup> воздуха** с бактерицидной эффективностью **99,9%** и **поверхностей** на расстоянии **3 метра** с бактерицидной эффективностью **100%** по золотистому стафилококку (*St. Aureus*).

Для высокорезистентных штаммов — два дополнительных режима: 12 минут и 20 минут.



**30** ЛЕТ  
НА РЫНКЕ

**Лидер У/Ф технологии в России**

**АО “КРОНТ-М”: +7 (495) 500-48-84; <https://kront.com>**

