

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ медицинских сестёр России

№ 4/53 2021

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ БУДУЩЕГО Роль медицинской сестры

Участники Всероссийского конгресса РАМС обсудили, какой станет роль медицинской сестры в здравоохранении будущего



стр. 10

НЕУЖЕЛИ ЕСТЬ СВЯЗЬ?
Демографическая ситуация в России и функциональные обязанности акушерки



стр. 3

ЗА ВЕРНОСТЬ ПРОФЕССИИ:
Тюменская медсестра заняла II место во Всероссийском конкурсе лучших специалистов



стр. 13

ЗНАНИЯ В СЕТИ: опыт подготовки мероприятий в системе НМО по специальности «Лабораторная диагностика»



ДАЕШЬ В ЦСО ЦВЕТОВОЕ КОДИРОВАНИЕ

Цветовое кодирование предназначено для помощи в организации и идентификации инструментов по мере их использования.

Маркировка наносится с помощью самоклеющихся этикеток или маркеров.

Цветовые метки позволяют:

- ✓ Определить принадлежность инструментов к конкретному отделению
- ✓ Указать особые инструкции по обращению
- ✓ Определить приоритетные инструменты
- ✓ Указать инструменты, требующие ремонта
- ✓ Цветовая кодировка по наборам инструментов

МАРКИРОВКА ИНСТРУМЕНТОВ

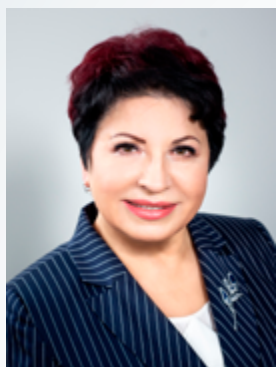
- 180 циклов использования маркировочных полосок
- Совместимость с паровой стерилизацией
- Широкое цветовое решение



МАРКИРОВКА СЕТОК И КОРЗИН

- Широкое цветовое решение для отделений
- Исключает риск путаницы сеток и инструментов
- Совместимость с паровой стерилизацией и мойкой





Ассоциация медицинских сестер России прилагает все усилия для полноценной реализации лидерского потенциала специалистов сестринского дела, потенциала огромного и пока незаслуженно остающегося в тени.

Уважаемые коллеги, дорогие читатели «Вестника»!

Наша очередная встреча немного задержалась, но у нас был серьезный повод – в этом году раньше, чем обычно, прошел традиционный ежегодный конгресс РАМС, надолго оставив с нами и многочисленными участниками впечатления настоящего праздника знаний, пусть и состоявшегося в онлайн-формате. Свой огромный вклад в организацию и проведение конгресса внесли более 100 спикеров – профессионалов высочайшего класса, которые вопреки ковидным бурям продолжают идти вперед, внедрять новые технологии сестринской помощи, обеспечивать жизнедеятельность медицинских организаций на высочайшем уровне, защищать интересы пациентов и отстаивать права сестринского персонала.

Мы искренне благодарим спикеров и приглашенных гостей конгресса – мероприятие стало той площадкой, на которой вместе и докладывают, и отвечают на вопросы заместитель министра здравоохранения, заведующий ФАП, преподаватель медицинского колледжа, президент РАМС, политический советник по сестринскому и акушерскому делу Европейского бюро ВОЗ, исполнительный директор Международного совета... потому что всем этим людям есть дело до того, каким станет будущее здравоохранения и какую роль в нем сыграет медицинская сестра.

Конгрессу предшествовала большая подготовительная работа в России и политическая – в мире и Европейском регионе. Буквально за неделю до нашего ответственного мероприятия нам выпала большая честь

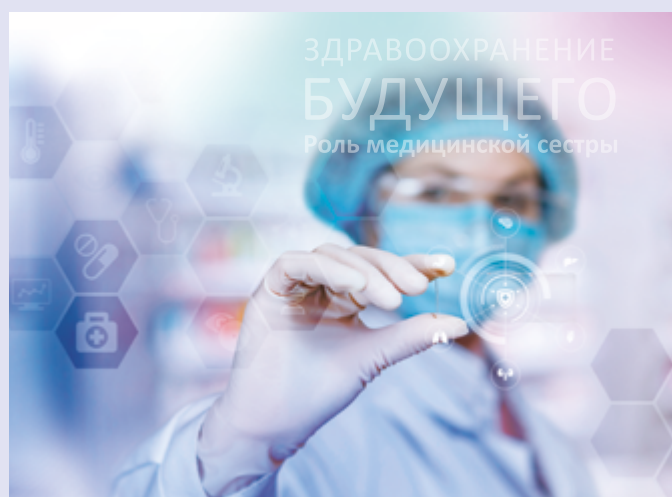
вновь представлять профессиональное сообщество медицинских сестер и акушерок Европейского региона на 71-й сессии Регионального комитета ВОЗ. Мы подготовили официальные заявления по актуальным вопросам повестки дня – урокам пандемии, укреплению первичной медико-санитарной помощи, новой стратегии ВОЗ в области психического здоровья. Официальные заявления от имени Европейского форума сестринских и акушерских ассоциаций стали частью документов, рассмотренных делегациями министерств здравоохранения 53 стран региона. Уже по окончании сессии в ходе закрытого министерского брифинга по вопросам устойчивости кадров здравоохранения мы смогли обратиться к министрам здравоохранения всего региона, заострив их внимание на огромных потерях, которые понесла наша профессия за время пандемии, на том, как массовая травматизация персонала уже сказалась на кадровой ситуации, на необходимости незамедлительных инвестиций в предоставление специалистам психологической поддержки, обеспечение безопасных условий труда, справедливую оплату, на поддержку лидерства медицинских сестер и акушерок.

За сравнительно небольшой для принятия ответственных государственных решений промежуток времени мы уже получили свидетельства о старте серьезных перемен. В странах, где должности главных правительственных сестер были созданы ранее, состоялись встречи правительственных сестер с министрами здравоохранения; есть новости и о том, что отдельные страны региона непосредственно сей-

час принимают решения об учреждении сразу двух руководящих постов – главной правительственной медсестры и главной акушерки. Мы, конечно, радуемся за коллег, за результат, к которому и мы приложили немало усилий, но надеемся и на перемены в нашей стране, на реализацию лидерского потенциала специалистов сестринского дела, потенциала огромного и пока незаслуженно остающегося в тени.

Но вернемся к событиям приятным, одно из них – первый юбилей «Вестника», – уже 10 лет мы регулярно встречаемся с вами на страницах журнала Ассоциации. За эти годы выросла аудитория читателей, преумножилось число талантливых специалистов, которые могут «на отлично» работать и рассказывать о своей работе так, как будто за плечами курс профессиональной журналистики. Решив наградить лучших авторов «Вестника», мы выполняли эту работу с огромным трудом, увеличивая и раздвигая рамки «плановых» показателей. В итоге – в ретроспективе журнальных выпусков за последние пять лет набралось более сотни авторов, статьи которых не утратили актуальности, вернуться к которым можно еще не раз.

Определили мы и наиболее активных лидеров среди региональных ассоциаций – тех, кто помогает медицинским сестрам преодолеть порог неуверенности и перенести свой опыт на страницы журнала. Мы сердечно благодарим всех вас! Вместе с вами, нашими читателями, мы каждый день открываем новые страницы профессий, служащих на благо здоровья! Спасибо вам, дорогие коллеги, интересного прочтения и до скорых встреч в «пятом» выпуске «Вестника»!



На обложке: 27–29 сентября состоялся Всероссийский конгресс РАМС «Здравоохранение будущего. Роль медицинской сестры».

СОДЕРЖАНИЕ

НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ	
Здравоохранение будущего. Роль медицинской сестры. Итоги всероссийского конгресса РАМС	стр. 21
СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ	
Портрет победителя.	стр. 3
НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРИОРИТЕТЫ	
Роль акушерки по выявлению раковых и предраковых заболеваний визуально обозримых локализаций в условиях смотрового кабинета поликлиники	стр. 33
СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ	
Священный подвиг, священная слава. В память о кузбасских медиках - героях Великой Отечественной войны	стр. 30
УРОКИ ПАНДЕМИИ	
Защитить наиболее уязвимых	стр. 6
Влияние пандемии на психическое здоровье граждан и пациентов психиатрического профиля	стр. 8
НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ	
Знания в сети: организация и проведение мероприятий в системе НМО для специалистов лабораторной диагностики	стр. 13
КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Демографическая ситуация в России и функциональные обязанности акушерки – неужели есть связь?	стр. 10
Человек Человеку Человеку. Роль паллиативной помощи в конце жизни	стр. 16
Способы саморегуляции	стр. 19
ЗНАКОМСТВО С ПРОФЕССИЕЙ	
Профессия на все времена	стр. 25
ИННОВАЦИОННАЯ ПРАКТИКА	
Роль медсестры-анестезиста в оказании медицинской помощи в раннем послеоперационном периоде	стр. 27

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 21.10.2021. Отпечатано в ООО «Аллегро». Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28. Заказ № 1202. Тираж 15 500. Цена договорная. За опубликованные рекламные материалы редакция ответственности не несет. Фото: depositphotos.com

СОТРУДНИЧЕСТВО С АВТОРАМИ

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

Материалы принимаются в электронном виде, с обязательным указанием Ф.И.О. автора, должности, учреждения, контактных данных, фотографией автора, иными иллюстрациями в виде отдельных файлов JPEG по электронному адресу: RNA@medsestre.ru

ОФОРМЛЕНИЕ ПОДПИСКИ

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

УЧРЕДИТЕЛИ И ИЗДАТЕЛИ

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

РЕДАКЦИЯ

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

АДРЕС РЕДАКЦИИ

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

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

ДРУЖИНИНА Т.В. – 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»

ПОРТРЕТ ПОБЕДИТЕЛЯ

■ **Ирина Янминкуль,**
пресс-секретарь ТРОО ТОПСА

Победа – дама избирательная и разборчивая, в руки к кому попало не попадает, и надо изрядно потрудиться и отличиться, чтобы она тебя заметила. Участие в профессиональных конкурсах – это не столько других посмотреть, сколько – себя показать. А когда объявлен конкурс всероссийского масштаба, требования к конкурсантам возводятся в степень. Даже одержав убедительную победу на уровне области или региона, шанс войти в тройку лидеров в выбранной номинации крайне низок. Подведения итогов ждет каждый из участников, пославший конкурсную работу, ведь если ты сам не веришь в успех начатого дела, теряется соревновательный смысл. Победа сладка и доказывает номинанту не только его избранность и особенность, но, в первую очередь, высокий профессиональный уровень.

На третий этап Всероссийского конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием» поступило 349 работ из 68 субъектов Российской Федерации и 8 федеральных органов исполнительной власти. И, наконец, 8 июля 2021 года Центральная конкурсная комиссия Министерства здравоохранения Российской Федерации подвела итоги и определила победителей. В номинации «За верность профессии» 2-е место заняла Девятова Алина Анатольевна – главная медицинская сестра государственного бюджетного учреждения здравоохранения Тюменской области «Областная больница № 19» (г. Тюмень). К общей нашей радо-

сти, специалист из числа тюменских медицинских сестер вновь смогла достигнуть больших высот и достойно представить свой регион.

Единственно верным выбором, сделанным, как оказалось, на всю жизнь, который однажды практически неосознанно и случайно для себя сделала юная девушка из чувашского села, был выбор профессии – «медицинская сестра». Но то, что она нашла себя в профессии и, всем сердцем прикипев к ней, полюбила медицину – она поняла уже в первые годы работы. Ее профессия стала всей ее жизнью! В ней она росла, формировалась как специалист, достигала определенных высот, помогала «оперяться» молодым специалистам и в дальнейшем вдохновлялась уже их успехами. Она прошла путь от санитарки до сестры-хозяйки, от постовой, процедурной и старшей медицинской сестры до должности главной медицинской сестры, что очень помогло ей в дальнейшей работе. А Тюменская районная больница стала для нее вторым домом на всю жизнь. Общий

стаж ее работы в учреждениях здравоохранения – более 38 лет, из них 26 лет на должности организатора сестринского дела. Помимо специальности «Управление сестринской деятельностью» она владеет смежными специальностями «Сестринское дело», «Функциональная диагностика» и «Организация сестринской деятельности». Конечно, Алина Анатольевна Девятова состоялась, и именно путь медицинской сестры был предначертан ей в жизни!

Ее деятельность на трудовом поприще, конечно, не проходила незамеченной, Алина Анатольевна имеет огромное количество наград, но каждая из них была предзнаменована титаническим трудом. За большой личный вклад в развитие российского здравоохранения и здравоохранения Тюменской области, многочисленные победы, а также многолетний добросовестный труд Алина Анатольевна была награждена благодарственными письмами, дипломами, почетными грамотами от различных структур: партия «Единая



Россия», Министерство здравоохранения РФ, Департамент здравоохранения Тюменской области, ТРОО ТОПСА, ГАПОУ ТО «Тюменский медицинский колледж», ГБУЗ ТО «Областная больница № 19» (г. Тюмень) и профсоюзная организация этой больницы.

Помимо грамот и благодарностей, Алина Анатольевна награждена нагрудными знаками «Отличник здравоохранения РФ», «За верность профессии». А в 2020 году Алина Анатольевна была удостоена очень редкой и весомой наградой – медалью «За заслуги перед отечественным здравоохранением». Медицинские сестры Тюменской области искренне рады и горды таким достижениям коллеги. Она действительно эту медаль заслужила.

Так какая она, Алина Анатольевна Девятова? Она очень открытый человек, всегда улыбающаяся, легкая на подъем, как весело журчащий, перепрыгивающий по камушкам, весенний ручеек. Быть может, именно эта легкость (но не легкомысленность!) и помогает ей постоянно развиваться, учиться, участвовать в различных мероприятиях и побеждать в разных профессиональных конкурсах.

Она всегда там, где нелегко, а ведь вера в свои силы – уже 90% успеха. У нее получается все, за что берется, потому что есть некая интуитивная «чуйка» как выполнить правильно, что называется, ей дано свыше мыслить на перспективу. Алина Анатольевна умеет грамотно построить свой рабочий день и, помимо основной работы, успевает вести огромный объем работы в Тюменской сестринской ассоциации. После победы проекта ТРОО ТОПСА по профилактике гипертонической болезни «Гипертония, стоп!», в конкурсе Президентских грантов в конце 2017 года, который очень активно работал в 2018 году и действует в лечебных учреждениях области до сих пор, Алина Анатольевна вызвалась быть обучающим коллег инструктором. А в подчинении у нее в большом количестве участковые больницы, врачебные амбулатории, ФАПы. Не считаясь с личным временем, она обучала волонтеров из числа медсестер и фельдшеров, при каждой свободной минуте самостоятельно вела профилактическую работу с населением, чтобы насторожить людей, предотвра-

тить или держать под наблюдением гипертоническую болезнь, как один из основных факторов развития таких опасных сердечно-сосудистых заболеваний, как инфаркт миокарда, ОНМК.

Уже около 10 лет А.А. Девятова организует и руководит работой секции по лечебному делу в ТРОО ТОПСА, грамотно направляя и обучая всех фельдшеров Тюменской области. Особенно остро в этом нуждаются сельские фельдшера, работающие в фельдшерско-акушерских пунктах. А чего стоит трехдневный слет для сельских медиков, который был инициирован и проведен Алиной Анатольевной при поддержке председателя правления ТРОО ТОПСА Р.М. Куликовой в октябре



2019 года! Это было событие не только областного масштаба, потому что присутствовали и организаторы из других близлежащих областей. Среди почетных гостей была даже небольшая делегация из Ленинградской области. Доклады о работе фельдшеров на селе, которые достойны тиражироваться на уровне страны: профилактическая работа кабинетов раннего выявления заболеваний, роль фельдшера в волонтерском движении школьников, важность проведения подворовых обходов на селе и др. воспринимались слушателями как методические пособия к действию в своей работе, заложившие нужный вектор. А сколько мастер-классов нужно было продумать и организовать для огромной гвардии фельдшеров Тюменской области. Да разве перечислишь все ее начинания!

Бесценна ее самостоятельная работа и работа в составе команд по разработке СОПов, памяток, алгоритмов, приказов, особенно в такое сложное для всех время, как пандемия COVID-19, ко-

гда первый в стране обсерватор был развернут на базе санатория «Градо-строитель», находящийся в ведомстве ОБ № 19 (г. Тюмень), где трудится А.А. Девятова. За несколько месяцев до развертывания обсерватора именно на базе «Градостроителя» проводился трехдневный съезд для сотрудников ФАП области... А весной 2020 года он стал местом первичного проживания с целью изоляции для группы российских туристов, возвращающихся из турпоездки по Китаю. Тюмень в составе Сибири, как в годы Великой Отечественной войны, вновь стала «опорным краем державы», приняв на себя «первый удар» непонятной, смертельно опасной вирусной инфекции, которая потрясла планету. И роль Алины Анатольевны, как организатора сестринского персонала и опытного управленца, тоже была не последней. Работа моногоспиталей, развернутых в некоторых подразделениях Тюменской районной больницы, также регулярно и четко контролируется Алиной Анатольевной.

Надежность, высокая степень ответственности, грамотность, большой опыт и умение не считаться с личным временем – это основные и очень важные черты характера А.А. Девятовой. Она постоянно «фонтанирует» идеями при подготовке и проведении сестринских акций. С ней нескучно, она очень любознательна и, побывав в служебных командировках, старается внедрить то, что ее заинтересовало.

А еще она умеет дружить, в кругу ее друзей до сих пор есть подруги из далекой юности со времен школьных лет и сокашницы по медицинскому училищу. Алина Анатольевна – молода душой и одинаково любима и уважаема студентами и коллегами по работе.

Конечно, маститую конкурсную комиссию, оценивающую работы, присланные на самый главный Всероссийский медицинский профессиональный конкурс, сложно чем-либо удивить. Поэтому войти в лидерскую тройку в любой из номинаций дорогого стоит. Второе место, которое завоевала Девятова Алина Анатольевна в номинации «За верность профессии» – это не случайный выигрыш, как в лотерее «повезет – не повезет», это запечатленный моментом путь всей жизни, ежедневный труд, обнажение души и надежда... Без нее в медицине никак.

Аппарат автоматический для аэрозольной дезинфекции

АЭРО-ДЕЗ-«КРОНТ»

Инструкция по применению разработана совместно с ФБУН НИИДезинфектологии Роспотребнадзора



ВРЕМЯ

3

МИНУТЫ

ОБРАБОТКИ

ОБЪЁМ

60

М³

ПОМЕЩЕНИЯ

КОЛИЧЕСТВО

180

МЛ

ДЕЗСРЕДСТВА¹

Аэрозольный метод, согласно МР 3.5.1.0103-15, применяется для **ОДНОВРЕМЕННОГО** обеззараживания **воздуха и поверхностей** в ОПЕРАЦИОННЫХ БЛОКАХ и помещениях всех категорий медицинских организаций, в качестве **ОСНОВНОГО/ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО** или альтернативного метода дезинфекции.

Аппарат создает стабильный аэрозоль (частицы 10÷30 мкм) дезсредства¹, например H₂O₂, что оказывает наибольший дезинфицирующий эффект с целью уничтожения патогенной флоры – бактерий (включая микобактерию туберкулеза), вирусов (включая КОРОНАВИРУС), грибов, плесени.

Варианты обработки различных помещений:

Норма расхода дезсредства ¹	Объём помещения		
	60 м ³	130 м ³	300 м ³
3 мл/м ³	3 мин	7 мин	15 мин
6 мл/м ³	6 мин	14 мин	30 мин
12 мл/м ³	12 мин	26 мин	

¹ Дезинфицирующие средства:

- перекись водорода 6% (H₂O₂) - после обработки полностью распадается на кислород O₂ и воду H₂O;
- любые дезсредства, зарегистрированные и разрешенные к применению в РФ, с подтвержденной эффективностью в режимах аэрозольной дезинфекции по воздуху и поверхностям.

² Принудительная циркуляция воздуха, создаваемая встроенным вентилятором, повышает эффективность обработки помещения.



Принудительная циркуляция воздуха в помещении²

АЭРО-ДЕЗ-«КРОНТ»
Регистрационное удостоверение
№ РЗН 2020/9655

30 ЛЕТ
НА РЫНКЕ

Лидер технологий дезинфекции в России

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



ЗАЩИТИТЬ НАИБОЛЕЕ УЯЗВИМЫХ

ХРОНИКА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ



**Сергей Владимирович
ВИНОГРАДОВ**

Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом ОБУЗ «ОКПБ «Богородское», президент Ивановской областной общественной организации по защите прав и интересов специалистов со средним медицинским образованием

Пациенты с психическими расстройствами стали наиболее уязвимой категорией граждан в период распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Воздействие агрессивной информационной среды, длительный режим самоизоляции способствовали обострению психического состояния. Особенно уязвимыми категориями явились пациенты с аффективными расстройствами,

с патологией личности (внушаемые, зависимые, тревожные, истерические, пограничные, эмоционально нестабильные), с тревожными и невротическими расстройствами (обсессивно-компульсивное, паническое и генерализованное тревожное, соматоформное, диссоциативное и фобическое расстройства) и с хроническими психозами, включая шизофрению.

Драматический опыт со случаями COVID-19 в психиатрических больницах Уханя в Китае, Дэнама в Южной Корее, Сиены в Италии и Барселоны в Испании показал, что инфекция распространялась там быстрее, чем в здоровой популяции. Среди возможных объяснений этому когнитивные нарушения, невысокий уровень осведомленности о рисках, снижение инстинкта самосохранения, а также замкнутые условия в палатах и неготовность противостоять распространению инфекции с помощью жестких санитарно-гигиенических ограничений. Кроме того, большинство пациентов в силу особенностей психического состояния и недостаточной критичности отличаются плохой комплаентностью, могут нарушать режим самоизоляции и не соблюдать санитарные правила, что повышает риск их заражения. А в случае заболевания COVID-19 риск его более тяжелого течения и развития осложнений у психически больных пациентов представляется более высоким, поскольку они чаще страдают коморбидными соматическими заболеваниями, включая метаболический синдром, диабет, сердечно-сосудистую и легочную патологии. При психических расстройствах также повышен риск развития инфекционных заболеваний, в том числе пневмонии.

Важную роль в такой уязвимости играет и возрастной фактор, – особого внимания требуют дети и лица старшего возраста. Все эти категории психически больных, – как в амбулаторной практике, так и в стационаре,

в настоящий момент нуждаются в более пристальном внимании со стороны среднего и младшего медицинского персонала.

6 мая 2020 года. Теплый и солнечный майский вечер. 18:35 звонок по московскому времени. Диалог с Центром эпидемиологии:

– ... у пациентки А.А.А. – ковид! ...

7 мая. 02:30 по московскому времени. Эвакуация, дезинфекция, СИЗы, инструктажи. Домой никто не ушел...

08:00 по московскому времени. Начало новой смены...

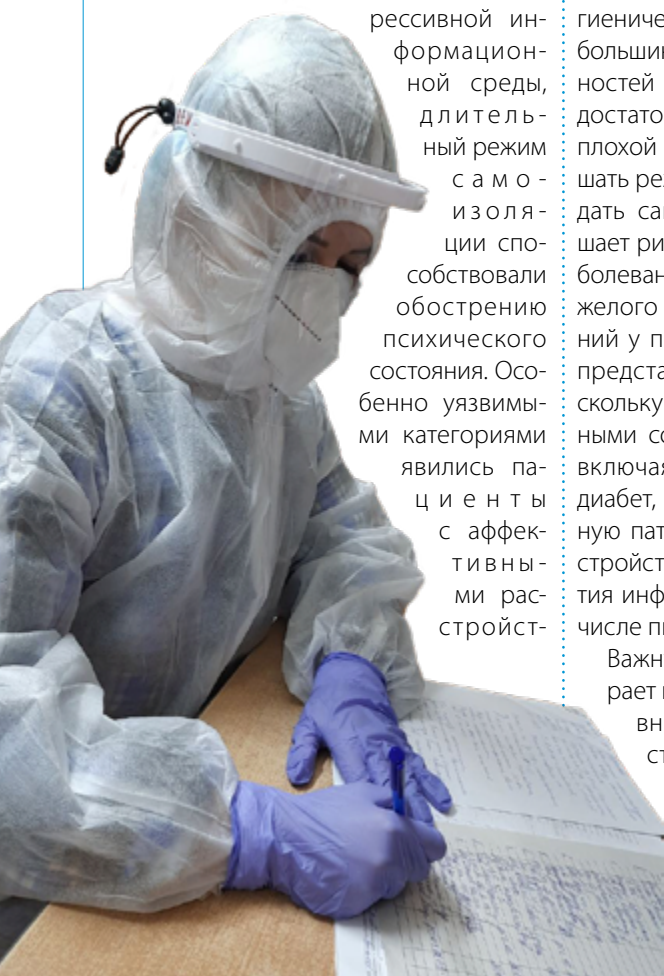
Так начался первый и, увы, не последний день работы психиатрической службы Ивановской области в условиях распространения инфекции...

Смешно было предполагать, что пандемия не затронет наше лечебное учреждение. Конечно, затронула!

Болезнь вошла во все отделения больницы: в начале пандемии заболели пациенты, потом и медицинские работники. Кто-то ушел на самоизоляцию, кто-то принял решение уйти с рабочего места и переждать беду дома. На местах сразу образовался кадровый «голод». Порою работали в отделении по одной медицинской сестре в смену, выполняя работу свою и санитарки. Старшие медицинские сестры работали и в процедурных кабинетах, и за кастеляншу, и за буфетчика.

Время требовало быстрых и четких управленческих решений, обучения медицинского персонала, обеспечения средствами индивидуальной защиты, открытия ковидного отделения для психически больных пациентов, организации работы обсерваторов и многого, многого другого. Работа сестер и санитарок напоминала войну в мирное время, борьбу за жизнь пациентов и свою жизнь!

За время работы в ковиде сразу стало понятно, кто из сотрудников был готов на самопожертвование, а кто нет. Даже те коллеги, кто неохотно шли на какие-нибудь «уступки», в пандемию показали себя с положительной сто-



роны, возлагая на себя огромный груз ответственности, выходя из смены в смену, закрывая собой ушедших сотрудников.

Интенсивность труда была настолько велика, что граничила с нервным срывом. Не было ни отпусков, ни выходных.

Особое облегчение приносили отрицательные результаты лабораторных исследований на ковид как персонала, так и пациентов, а также перевод отделений из обсерваторов в обычный режим работы.

Немаловажную и ощутимую помощь оказывали и продолжают оказывать в организации работы наших отделений студенты медицинских колледжей г. Иваново и г. Кинешмы, а также Ивановской медицинской академии.

К сожалению, не обошлось и без потерь: несмотря на предпринимаемые меры по защите медицинского персонала ковидного отделения для психически больных пациентов, одна из медицинских сестер не смогла победить болезнь, 25 января 2021 года ее не стало.

В одном из административных обходов отделений я спросил пациентов специализированного отделения принудительного лечения № 1 Шуйского филиала как им самим живется в период пандемии и попросил описать свое видение опасного заболевания. Пациенты с радостью откликнулись на мою просьбу. И вот, что они написали...

«Однажды мы проснулись и узнали, что мир постигла страшная угроза – появился COVID-19 – новый вид коронавируса. В связи с этим наш президент ввел режим самоизоляции, чтобы остановить стремительное распространение COVID-19. Мы очень переживаем за наших родственников, ведь COVID-19 распространяется очень быстро, быстрее, чем обычный грипп, не жалея никого. Он уже унес много жизней по всему миру и останавливаться не собирается.

Из-за тех ограничений, которые были введены в нашей больнице, у нас запретили свидания с нашими любимыми родственниками. У нас нет полноценных прогулок, как раньше. Мы оказались не только изолированы от общества, но и друг от друга, так как общение между пациентами сведено было к минимуму. Особых развлечений у нас нет, кроме как чтение книг, просмотр телевизора – у каждой па-



латы свой день (это тоже вид ограничений из-за COVID-19). С момента введения карантина прошел уже год. А мы до сих пор вынуждены просыпаться по ночам во время уборок палат. После посещения по медицинским показаниям Шуйской ЦРБ нас помещают временно в изолятор. Целыми днями при-

ходится ходить в масках в пределах отделения.

Сейчас у всех у нас одна только мысль, чтобы мир поскорее справился с этой заразой. И мы очень надеемся, что вакцина, разработанная российскими учеными, очень в этом поможет» [С.А.В., К.А.Д.].

Дорогие, уважаемые медики ОБУЗ «ОКПБ «Богородское»!

Мне трудно и невозможно кого-то выделить из ваших отделений. Каждый четко выполнял свои обязанности – добросовестно, человечно, внимательно и доброжелательно! Спасибо вам за ваше терпение, мужество и стойкость!

Обучаясь в медицинской академии или медицинском колледже, никто и подумать не мог, что через пару месяцев или лет настанет такое время. Что на мир обрушится беда – вирус, который унесет за собой столько жизней не только обычных людей, но и медицинских работников.

Да-да, я не ошибся, написав выражение «обычные люди», так как люди в белых халатах были и останутся всегда для всех героями, как в фантастических фильмах! Вы – супермены в белых халатах!

Спасибо вам за то, что, зная об опасности заражения, вы продолжали работать и работать, не обращая внимания на усталость, отдавая самое ценное, что у вас есть – свою жизнь и здоровье.

Благодаря вам все становится лучше, койки в ковидных отделениях пустеют. Вы чаще стали находиться дома с вашими родными и близкими людьми.

Спасибо вам, что в трудное для всех время вы оставались спокойными и, самое главное, неравнодушными к жизням наших пациентов.

Благодарю санитарок нашей больницы, так как на их плечах лежали важные задачи: уборка и обработка помещений, кормление и уход за пациентами.

Благодарю водителей нашей больницы, которые, не обращая внимание на серьезную опасность, перевозили зараженных пациентов и биологический материал.

Большое спасибо за ваши старания и знания, за ваши усилия и советы, за вашу доброту и понимание, за ваш профессионализм и мастерство. Вы – замечательные! И я желаю вам не унывать, забыть о трудностях, так как благодаря вам проблемы почти миновали нас. Желаю вам каждый день отмечать победой над серьезной проблемой и получать в качестве награды улыбки близких и уважение окружающих.

Влияние пандемии на психическое здоровье граждан и пациентов психиатрического профиля



■ **Татьяна Валериевна ЮРЧУК**

Участковая медицинская сестра
ГБУЗ МО «ПБ № 8» ПДО

*«Ничто не свернет нас
с пути к свободе.
Мы не должны позволить страху
стать у нас на пути».*
Нельсон Мандела



11 марта 2020 года Всемирная организация здравоохранения объявила вспышку нового коронавируса COVID-19 пандемией. В считанные недели она охватила практически весь мир, стала причиной возникновения новых страхов и домыслов среди населения, «пищей» для паники и различных форм фобий, а значит порождением стресса, тревоги и депрессий у людей.

Можно ли считать коронавирус стресс-тестом для человека? Исходя из возможных реакций организма на стресс, конечно да. Призывы средств массовой информации «не бояться коронавируса, не нагнетать нервную атмосферу» не всегда могут рассеять наши страхи, усмирить состояние ужаса или паники перед неизвестным «зверем» под названием «COVID-19».

Поскольку страх это реакция организма на что-то новое, непонятное, на то, что может подвергнуть опасности наше здоровье и даже жизнь, то соответственно бояться (страшиться) – это нормально. А вот когда это чувство поглощает нас, вызывает у нас болезненные проявления, это уже патологический процесс, который необходимо лечить. Фразы: «Возьми себя в руки», – не уместны и не практичны.

К какому специалисту обращаться в таких ситуациях?

При проявлении таких патологических процессов, как навязчивые мысли о конкретной угрозе; не проходящего чувства страха, ужаса, паники; расстройствах адаптации и др. – необходимо медикаментозное лечение и наблюдение у врача-психиатра. Многие воскликнут: «Но это же психотропные препараты! Они вызывают зависимость!» Это не всегда так. Есть антидепрессанты, ноотропы, аминокислоты (глицин) и др. препараты, не вызывающие привыкание, но способствующие нормализации сна, снижению тревоги, улучшению работы головного мозга, когнитивных его функций.

Второй вопрос, насколько тяжело и длительно протекают такие состояния, возможны ли осложнения, если не лечиться? На фоне тяжёлого течения COVID-19 следует ожидать нарастания депрессивных переживаний и суицидального риска. Легкие формы могут перейти в хронические, и вот тогда организм в ответ даст нам реакцию в виде соматических заболеваний со стороны наших органов и систем.

В период пандемии сочетание коронавирусной инфекции с любым, в том числе психическим заболеванием, становится преградой для получения спе-

циализированной помощи. Поэтому перед нами встал вопрос об организации онлайн-консультаций врача-психиатра. Возможно ли это и несет ли пациенту пользу?

Во-первых, онлайн-консультация позволяет установить истинную причину расстройства, факторы, вызывающие такое состояние. Определить «по адресу» ли обратился пациент? Ведь такие эмоциональные состояния, как раздражительность, нарушение сна, сниженное настроение, астения и пр., могут вызывать такие заболевания, как сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, онкозаболевания, сердечно-сосудистые патологии – всего и не перечислить.

Во-вторых, прием врача-психиатра по телефону или в режиме видеосвязи не может позволить выставить диагноз, назначения врача, большей частью, будут иметь рекомендательный характер. Для того чтобы спрогнозировать развитие патологического процесса, назначить медикаментозное лечение, онлайн-осмотра недостаточно. Для определения верной тактики дальнейшего лечения необходимы ряд обследований и «живой» прием.

В-третьих, основная цель дистанционной психотерапевтической помощи это предотвращение у пациента кри-

зисных состояний, например суицидальных попыток.

Таким образом, такая консультация не является основанием или заключением для выставления психиатрического диагноза, а онлайн-назначения, большей частью, носят рекомендательный характер, но она может оказаться очень ценной для пациента в критическом, кризисном состоянии.

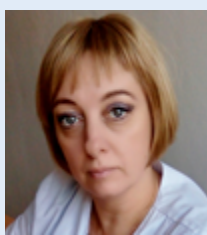
Необходимо упомянуть и о тех группах населения, которые уже имеют психиатрический диагноз, а также ряд стойких болезненных проявлений, либо пациентов со стабилизированными состояниями, в том числе терапевтическими ремиссиями. Как они переносят условия пандемии?

В случаях заражения пациентов COVID-19 картина психического расстройства будет иметь полиморфные черты и может развиваться на всех этапах инфекционного заболевания, при любой его тяжести. Особенность психиатрических заболеваний заключается в том, что возможны такие изменения состояния, когда человек может представлять опасность для себя и окружающих.

Хронические психические расстройства, такие как шизофрения, биполярные расстройства, эпилепсия, деменции различного генеза и др., в связи с COVID-19 имеют свои специфические клинические проявления. Например, нарушения сна, суточные колебания настроения, изменения темпа мышления, уменьшение двигательной активности. При параноидном синдроме шизофрении имеют место бредовые высказывания, псевдогаллюцинации, ощущение воздействия извне.

У больных с деменцией, с органическим психическим расстройством – высокая температура на фоне инфекционного заболевания способствует усилению когнитивных нарушений, а в тяжелых случаях могут возникнуть выраженные аффективные реакции. При заболевании эпилепсией лихорадка может спровоцировать судорожный припадок.

Таким образом, вероятность появления неадекватных реакций, усиление симптомов психических нарушений, клинических проявлений уже приобретённых заболеваний при заражении COVID-19 существенно возрастают,



Елена Александровна РОМАНОВА

Председатель секции «Сестринское дело в психиатрии», старшая медицинская сестра ГБУЗ Республики Карелия «Республиканская психиатрическая больница»

Секция «Сестринское дело в психиатрии» призывает всех специалистов, задействованных в оказании помощи пациентам с коронавирусной инфекцией и ее тяжелыми формами, обращать самое пристальное внимание на вероятные проявления психических расстройств и действовать в поддержку пациентов, отмечая необходимость в специализированной консультации.

Психические расстройства при COVID-19

1. Острая реакция на стресс. Гиперкинетическая форма реагирования на стресс (психомоторное возбуждение, хаотичность мыслей и действий, несоответствие эмоций ситуации, проблемы с концентрацией внимания, проблемы со сном). Гипокинетическая форма реагирования на стресс (замедление психических и двигательных процессов, человек медлителен, растерян, часто сидит в одной позе, мимика и эмоциональные реакции выражены слабо, больной погружен в свои переживания, практически не реагирует на обращение к нему).

2. Тревожные и тревожно-депрессивные расстройства. У лиц с тревожными расстройствами наблюдаются подавленное настроение в сочетании со страхами, тревогой, паникой, чувством вины, бессонницей, навязчивыми мыслями.

3. Соматоформное расстройство – у пациентов возникают жалобы, такие же, как у больных коронавирусом (сдавленность в грудной клетке, ощущение нехватки воздуха, удушье, вегетативные кризы из-за сильных переживаний и пр.). При этом человек не болен COVID-19.

4. Панические атаки. Пароксизмальный страх, тревога, внутреннее

напряжение, выраженные соматические изменения (учащенное сердцебиение, повышенное АД, потливость, тремор в теле, боль в грудной клетке, нехватка воздуха, тошнота, головокружение, озноб).

5. Эмоционально неустойчивые личностные расстройства. Взрывное поведение, необдуманность поступков, переменчивость настроения, часто внезапные вспышки гнева, возникающие без серьезной на то причины, проявления агрессии, насилия, чувство опустошенности и ненужности, переходящее в особую жестокость по отношению к близким, суицидальные мысли и наклонности.

6. Алкогольная зависимость может стать следствием попытки снятия стресса и тревожности в период пандемии.

7. Нарушения памяти.

8. Как показывают новые исследования, тяжелая форма COVID-19 может вызывать делирий в острой стадии заболевания, а затем стать причиной развития депрессии, тревоги, хронической усталости, бессонницы и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

а значит, требуют соответствующего лечения и наблюдения. Поэтому в период пандемии работа медицинских учреждений непрерывна, а объемы оказываемых медицинских услуг увеличены. Цель непрерывности оказания медицинской помощи – это поддержка людей, подвергающихся наибольшему риску. Поэтому в дни карантина мы

прибегли к развитию телемедицины (консультации по телефону или по сети Интернет) вместо очных консультаций. Главное в этих условиях сохранять оптимистичный взгляд на создавшуюся ситуацию, а такой подход как онлайн-консультация воспринимать как новую ступень для развития медицины в этой области.

Демографическая ситуация в России и функциональные обязанности акушерки – неужели есть связь?

ЧАСТЬ 3.



■ Агапова Ю.В.

Акушерка, преподаватель, руководитель специализированной секции «Акушерское дело» РАМС, руководитель СПб регионального отделения РАМС, заведующий кафедрой медико-социальных проблем охраны материнства и детства с курсом сестринского дела и клинической акушерской практики Академии медицинского образования им. Ф.И. Иноземцева

«...Всемирная организация здравоохранения стремится к построению будущего, в котором каждая беременная женщина, каждый новорожденный в мире будут получать качественную помощь на всем протяжении беременности, родов и послеродового периода...»

Во втором номере «Вестника» за 2021 год вышла первая статья из серии «Демографическая ситуация в России и функциональные обязанности акушерки – неужели есть связь?». На момент публикации первой части статистических данных за 2020 год еще не было в открытом доступе. Сегодня эти цифры доступны на портале Федеральной службы государственной статистики. К сожалению, они неутешительны. Суммарный коэффициент рождаемости

продолжает снижаться и в 2020 году составил 1,505 (городское население – 1,434, сельское население – 1,739). Показатель рождаемости также изменился не в лучшую сторону (динамика рождаемости в Российской Федерации в 1995–2020 гг. представлена на рис. 1).

Почему мы возвращаемся и возвращаемся к этим показателям? – Для того, чтобы в очередной раз подчеркнуть важность качественной и безопасной акушерской помощи.

THE LANCET

June, 2014

www.thelancet.com

Midwifery

An Executive Summary for *The Lancet's* Series



“Midwifery is a vital solution to the challenges of providing high-quality maternal and newborn care for all women and newborn infants, in all countries”

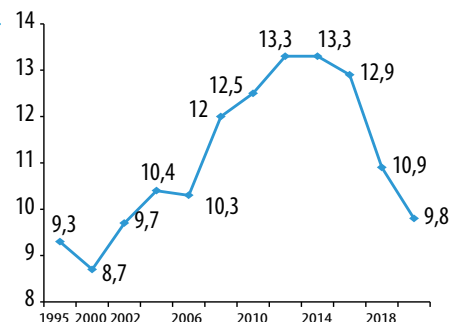


Рис. 1. Рождаемость в Российской Федерации в 1995–2020 гг. (родившихся на 1000 человек населения)

Зачастую, когда мы говорим о качестве и безопасности медицинской помощи, то вспоминаем характеристики, обозначенные в Федеральном законе № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Ведь это основной правовой документ, на котором, наряду с Конституцией, основывается законодательство в сфере охраны здоровья.

Давайте вспомним несколько важных моментов, которых мы так или иначе коснемся сегодня. Что же нам говорит Федеральный закон № 323?

Статья 2. «Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе:

21) качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата...»

Статья 4. «Основными принципами охраны здоровья являются:

2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;

6) доступность и качество медицинской помощи...»

Статья 6. «1. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем:

1) соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации;

2) оказания медицинской помощи пациенту с учетом его физического состояния и с соблюдением по возможности культурных и религиозных традиций пациента;

3) обеспечения ухода при оказании медицинской помощи...»

Приведенные выше выдержки из Федерального закона перекликаются с информацией, размещенной на сайте ВОЗ. В разделе «Качественные услуги здравоохранения» мы можем видеть следующее:

– «...Качество медицинской помощи – это степень, в которой услуги здравоохранения, оказываемые отдельным лицам и группам населения, повышают вероятность достижения желаемых результатов в области здра-

воохранения и соответствуют профессиональным знаниям, основанным на фактических данных...»

– «...На сегодняшний день существует четкий консенсус в отношении того, что качественные услуги здравоохранения должны быть:

- эффективными...
- безопасными...
- ориентированными на потребности людей...
- своевременными...
- справедливыми...
- интегрированными...
- действенными...

Но самая, на мой взгляд, важная мысль завершает раздел «Что такое качество?»: «Многие из вышеупомянутых проявлений качества тесно связаны с этическими принципами.

Вот именно об этических принципах акушерской помощи я и предлагаю поговорить сегодня.

На сайте ВОЗ в разделе «Здоровье матери и новорожденного» среди сохраненных презентаций вы сможете встретить слайд с результатами (рис. 2) одного из исследований Беверли Чалмерс.

По результатам исследования оказалось, что опыт, приобретенный в процессе рождения ребенка, для четырех женщин из десяти был настолько травматичен, что повлиял на дальнейшее репродуктивное поведение и план последующих родов.

Позже, в 2012 году в статье «Материнская заболеваемость и инвалидизация и их последствия: забытая повестка дня в области охраны материнства» (Marge Koblinsky, Mahbub Elahi Chowdhury, Allisyn Moran, Carine

Ronsmans, 2012; Journal of Health, Population and Nutrition) говорилось:

«...Помимо острых акушерских осложнений и возможности последующих заболеваний и инвалидности – физических или психических, или и того, и другого, – предполагается, что здоровье женщин во время беременности или родов еще больше влияет на здоровье и развитие следующего поколения и благополучие семьи – как в экономическом, так и в социальном плане – посредством обнищания, насилия, стигматизации, изоляции, развода...».

Еще позже, уже в 2014 году, в журнале The Lancet вышла статья, которая многократно цитировалась и продолжает цитироваться, к сожалению, не всегда с благой целью – «Неуважение к роженицам и жестокое обращение с ними: вызов глобальным программам обеспечения качества и подотчетности».

Авторы (Линн П. Фридман, Маргарет Э. Крук) предлагают метафорическим понятием «слепое пятно» обозначить неуважительное и жестокое обращение с женщинами во время родов в медицинских учреждениях. Вы можете спросить «почему слепое пятно?» – Все очень просто. Потому что данная тема, как правило, находится вне зоны внимания медицинских работников. Но не вне зоны внимания женщин: «...это не ускользнуло от внимания самих женщин: женщины выбирают, где рожать, в значительной степени основываясь на их представлении о том, как с ними будут обращаться в доступных им учреждениях...».

По мнению авторов статьи, спектр такого отношения широк: «...от криков



В РЕЗУЛЬТАТЕ 42,3 % ЖЕНЩИН ПРЕДПОЧЛИ БЫ РОЖАТЬ ДОМА

Рис. 2. Женский опыт деторождения: что неприятное запомнилось
Источник: Chalmers, 1998.

и ругательств, пощечин и ущемлений, до отказа от пациентов, дискриминации и проведения каких-либо медицинских вмешательств без согласия...». Также отмечалось, что то, что наблюдателями определялось как жестокое и грубое отношение, медицинскими работниками и женщинами воспринималось, как должное.

Еще позже (2018 год) ВОЗ выпустила «Рекомендации ВОЗ по уходу в интранатальный период для формирования положительного опыта родов». В данном источнике подчеркивалась важность формирования позитивного опыта деторождения путем не только уменьшения излишних медицинских вмешательств, но и уважительного отношения к женщине на всех этапах акушерского сопровождения.

При проведении анализа литературных источников возник резонный вопрос – «а что у нас?». Существует ли в России свое «слепое пятно»? Влияет ли в нашей стране опыт родов на дальнейшее репродуктивное поведение женщины?

В 2019 году Специализированной секцией РАМС «Акушерское дело» было проведено пилотное исследование по влиянию опыта родов на удовлетворенность акушерской помощью и дальнейшие репродуктивные решения.

Разработанный краткий опрос был размещен на информационных ресурсах Ассоциации медицинских сестер России. Анкета не включала в себя вопросов, позволивших составить медико-социальную характеристику исследуемой группы, и задумывалась как этап структурированного качественно-количественного исследования. Иными словами, на основании полученных результатов планировалось проведение более глубокого исследования. На самом деле мы не ожидали масштабного отклика. Но за те шесть дней, что проходил сбор данных, мы получили 1240 заполненных анкет и были вынуждены закрыть исследование.

Обработка полученных результатов далась очень тяжело эмоционально – более 50% анкет содержали дополнительные комментарии. И эти комментарии не касались «медицинской» составляющей акушерской помощи. Почти все они говорили о «человече-

ских факторах». Помните? – Этическая составляющая акушерской помощи.

Чтобы не быть голословной, давайте перейдем к цифрам.

Анализ ответов первого вопроса анкеты показал, что только 21,5% исследуемой группы оценивает качество оказанной помощи в родах как «отличное». Более полные результаты исследования представлены на рис. 3.

Поскольку в качестве основы для проведения исследования были взяты результаты, полученные профессором Чалмерс в 1998 году, в анкету был включен вопрос о том, что больше всего из неприятных моментов запомнилось. Респондентами были отмечены:

- ограничение движения в 1-м периоде родов, ограничение жидкости в родах, неудобное положение в поту-гах (описано ВОЗ, как неэффективные вмешательства в процесс родов) (27,3%);
- большое количество народа в родильном зале, открытые двери в родильный зал (что можно трактовать, как неуважительное отношение к личным границам женщины) (6%);
- отсутствие тревожной кнопки, невозможность позвать на помощь, недостаток внимания со стороны персонала, длительное отсутствие персонала (20%);
- неуважительное отношение, грубость, хамство со стороны персонала (9,3%);
- запугивание, давление, властное отношение со стороны персонала (9,6%);
- не вовлеченность в принятие решений (6,6%);
- другое (22%).

Что не может не радовать – каждая третья женщина, принявшая участие в анкетировании, отметила, что наибольшую поддержку в родах она получила от акушерки.

И, конечно, самый главный вопрос – повлиял ли ваш опыт родов на дальнейшие репродуктивные планы. Полученные результаты распределились следующим образом:

- не повлиял, все было замечательно – 31,2%;
- да, пока я не готова вернуться к этой теме – 13,1%;
- повлиял, в следующий раз рожать буду только в сопровождении близкого человека – 12,7%;

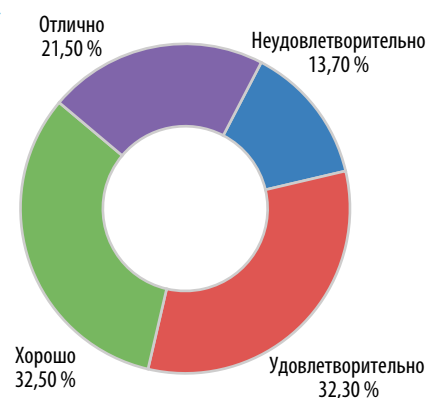


Рис. 3. Оценка качества оказания помощи в родах

- повлиял, в следующий раз буду рожать только платно – 11,3%;
- повлиял, в следующий раз буду рожать дома – 10,2%;
- другое – 15,7%.

И в качестве дополнения позвольте привести несколько комментариев (орфография и пунктуация авторов сохранены):

«...Рожать буду теперь только с мужем, иначе на тебя просто забивают...»

«О будущих родах, которых больше не будет НИКОГДА»

«Больше не буду рожать!!!»

«Да. Какое-то время мысли о ещё одних родах вызывали ужас, панику и слёзы. В следующий раз другим роддом и только платно»

«Больше никогда не буду рожать и всем знакомым рассказываю, что роды – это ад, а врачи просто издеваются над роженицами в роддомах»

«Только платно, только в сопровождении близкого человека, который сможет защитить»

«Сделаю все, чтобы больше никогда не вернуться в роддом»

«Даже в платных родах, в платной палате нет никакой страховки от агрессивных медработников»

«Никогда не буду рожать больше»

«Мой мозг старается забыть все плохое»

«Грубость, ирония, что я ещё жива. Это был ужас!»

Думаю, что вышеприведенных результатов пилотного исследования достаточно, для того чтобы признать – наше «слепое пятно» существует, акушерская помощь зачастую далека от принципа «эффективна, безопасна

и с хорошим опытом для пациента», что мы в процессе работы не всегда следуем федеральному законодательству.

Нам есть куда расти, к чему стремиться и чему учиться. К огромному сожалению, наши «слепые пятна» для нас и остаются слепыми, и мы не всегда осознаем, что наша работа может отозваться в поколениях! Нам есть сегодня на что опереться – выходят новые регламентирующие документы, растет социальный запрос на качественную и безопасную акушерскую помощь, начинает в полную силу работать система НМО.

Но обязательно дополню – у любой медали всегда две стороны! «...Сами, подчиняясь унижающим достоинство и неуважительным условиям труда, профессиональные идеалы медработников часто поддаются давлению эмоциональных и физических стратегий выживания – акушерка, оказывающая милосердную помощь в один момент, может в следующий момент пережить

стресс невыполнимых требований и наброситься на женщину...» (The Lancet).

И только от нас с вами зависит, какое будет завтра.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ
2. The Lancet, КОММЕНТАРИЙ | ТОМ 384, ВЫПУСК 9948, E42-E44, 20 СЕНТЯБРЯ 2014 Г. «Неуважение к роженицам и жестокое обращение с ними: вызов глобальным программам обеспечения качества и подотчетности», Линн П. Фридман, Маргарет Э. Крук
3. The Lancet, КОММЕНТАРИЙ | ТОМ 384, ВЫПУСК 9948, E39-E40, 20 СЕНТЯБРЯ 2014 Г. «Удовлетворение потребностей женщин детородного возраста и новорожденных за счет усиления акушерства», Кэрол Сакала, Мэри Ньюберн
4. The Lancet, ТОМ 379, ВЫПУСК 9811, E5-E6, 14 ЯНВАРЯ 2012 Г. «Качество, качество,

качество: пробелы в континууме ухода», Венди Джей Грэм, Бена Варгезе

5. Journal of Health, Population and Nutrition, «Материнская заболеваемость и инвалидность и их последствия: забытая повестка дня в области охраны материнства», Marge Koblinksky, Mahbub Elahi Chowdhury, Allisyn Moran, Carine Ronsmans, 2012

6. Стандарты повышения качества медицинской помощи, оказываемой матерям и новорожденным в лечебных учреждениях [Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities]. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2018.

7. Рекомендации ВОЗ по уходу в интранатальный период для формирования положительного опыта родов, 2018

8. Материалы, размещенные на сайте ВОЗ. URL: <https://www.who.int/ru>

9. Материалы, размещенные на сайте Федеральной службы государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/>

Знания в сети: организация и проведение мероприятий в системе непрерывного медицинского образования для специалистов лабораторной диагностики

ОПЫТ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ



Татьяна Владимировна АЛАЛЫКИНА

Медицинский технолог КОГБУЗ
«Кировский областной клинический
перинатальный центр».



Благодаря работе президента и правления Кировской ассоциации медицинских сестер (КАМС) первые шаги в проведении в Кировской области аккредитованных мероприятий для специалистов со средним медицинским образованием в си-

стеме непрерывного медицинского образования были сделаны еще в 2017 году. За эти годы мы прошли в этом направлении серьезный путь.

Развитие НМО в нашем регионе совпало с консолидацией специалистов лабораторной диагностики. Однои-

менная специализированная секция была создана осенью 2018 года по предложению президента Кировской ассоциации медицинских сестер Олеси Бабуриной. Организовала секцию медицинский технолог КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница»



Людмила Анатольевна Старостина – биолог, паразитолог ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Кировской области», преподаватель очных и онлайн мероприятий для специалистов лабораторной диагностики



Перескокова Татьяна Борисовна в состав вошли представители ведущих медицинских организаций Кировской области: Соколова Наталья Анатольевна, медицинский технолог КОГБУЗ «Кировский областной противотуберкулезный диспансер» и медицинский технолог КОГБУЗ «Кировский областной клинический перинатальный центр» Алаыкина Татьяна Владимировна.

О грядущих событиях и мировой пандемии мы еще не знали, но уже тогда налаживали свое общение в сети – для профессионального общения и обмена опытом между специалистами. Председатель секции организовала «ВКонтакте» группу «Секция Лабораторной диагностики КАМС». Информация о мероприятиях, проводимых для специальности «Лабораторная диагностика», регулярно обновляется в этой группе.

В 2019 году специализированных аккредитованных мероприятий по «Лабораторной диагностике» для специалистов со средним медицинским образованием практически не проводилось. Нас тогда очень вдохновила поддержка со стороны президента Кировской ассоциации Олеси Сергеевны.

У членов специализированной секции «Лабораторная диагностика» появилась серьезная тема для размышлений – кандидатуры лекторов и темы мероприятий и для активных действий – поиск, переговоры, очные встречи с потенциальными лекторами, которых следовало убедить в серьезности помыслов Кировской ассоциации, секции «Лабораторная диагностика», в необходимости проведения мероприятий в системе непрерывного медицинского образования. Это очень нелегкий путь – не все соглашались

сразу, сталкивались мы и с отказами. Но это давало толчок к очередному витку поисков. Первым специалистом, согласившимся принять участие в мероприятиях, стала биолог, паразитолог ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Кировской области» Старостина Людмила Анатольевна. В итоге в сентябре 2019 года состоялись два очных семинара по специальности «Лабораторная диагностика», которые показали, что специалисты пока не готовы включаться в образовательные проекты. В двух мероприятиях приняли участие всего 30 специалистов. Отсутствие четкой нормативной базы и знаний по непре-

В первых очных мероприятиях секции участие приняли всего 30 специалистов, но мы решили не отчаиваться, а удвоить и даже утроить свои усилия.

рывному медицинскому образованию сказывалось на отношении специалистов к нашей идее. В этот момент и руки опустились, и возникла мысль – не остановиться ли на этом?

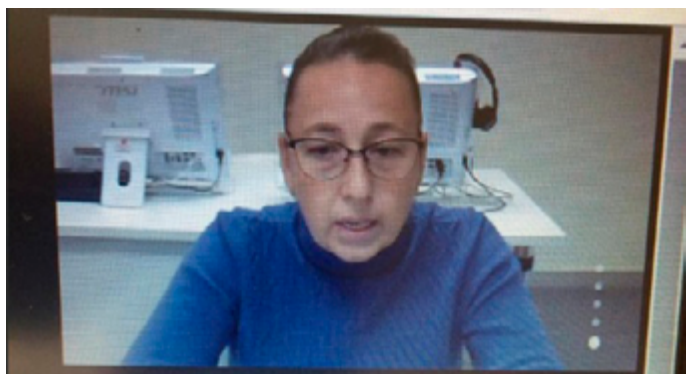
Осенью 2019 года члены секции доверили мне руководство ее работой. И опять неслучайные совпадения – президент Кировской ассоциации Олеся Бабурина организовала круглый стол по вопросам непрерывного медицинского образования, пригласив исполнительного директора Российской ассоциации медицинских сестер Валерия Самойленко. Здесь собрались энтузиасты – главные и старшие медицинские сестры лечебных учреждений города и области, а также все заинте-

ресованные специалисты. Мы поняли, что первые неудачи – это не повод отчаиваться. Свои усилия по подготовке аккредитованных мероприятий мы решили удвоить, нет, даже утроить!

Привлечь на мероприятия большее количество слушателей удалось за счет расширения списка аккредитуемых специальностей. В феврале 2020 года состоялся очный семинар «Современное представление о туберкулезе и методах его диагностики» для специальностей: «Лабораторная диагностика», «Акушерское дело», «Сестринское дело». Перед лектором – заведующим клинко-диагностической лабораторией КОГБУЗ «Кировский областной противотуберкулезный диспансер» Гудаевым Александром Алексеевичем была поставлена трудная задача – представить материал в доступной форме для всех специальностей. И надо отметить, он блестяще это сделал. По окончании проекта было получено большое число положительных отзывов.

К марту 2020 года было подано на аккредитацию еще 2 мероприятия в очном формате, и здесь в наши планы вероломно вмешалась пандемия. Пришлось сначала переносить даты проведения запланированных встреч, а затем и вовсе переводить их в онлайн-формат... Мы даже не догадывались, к чему это приведет, но оказалось, что темы наших мероприятий востребованы, актуальны и жизненно необходимы практикующим специалистам.

А дальше идеи стали рождаться сами собой. Так последовал совместный онлайн-проект с секцией «Сестринское дело в первичном здравоохранении» по организации противоэпидемических мероприятий при



Татьяна Владимировна Алалыкина, медицинский технолог КОГБУЗ «Кировский областной клинический перинатальный центр» проводит очередной вебинар



Специалисты лабораторной диагностики разбирают вопросы гематологии вместе с заведующим лабораторией патоморфологии крови ФГБУН «КНИИГиПК ФМБА России» Дьяконовым Дмитрием Андреевичем

инфекционно-воспалительных процессах дыхательных путей в сестринской практике первичного звена здравоохранения. Его реализация пришлось на осень 2020 года. Сначала мы в онлайн-формате транслировали мастер-классы на Кировскую область, а затем и на Российскую Федерацию. Идея данного проекта появилась в марте 2020 года, когда еще никто не предполагал, что тема практической части станет центральной для специалистов «Сестринского дела» на 2020–2021 год. Для этого мастер-класса были сняты два профессиональных видеоролика, подготовлена лекция по актуальным вопросам правил сбора, хранения и доставки биологического материала из верхних дыхательных путей на лабораторные исследования.

На протяжении 2020 года члены секции учились писать программы мероприятий, работать в онлайн-формате, проводили тестовые подключения, выступали в качестве модераторов и лекторов онлайн-проектов. Мероприятия проходили по-разному, были сложности организационного и технического плана, но, преодолевая трудности, мы нарабатывали опыт, тесно взаимодействуя с сотрудниками национального офиса КАМС.

Содействие главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Кировской области по «Лабораторной диагностике» Кокаревой Татьяны Станиславовны и по бактериологии и антимикробной резистентности Частоедовой Анны Николаевны позволило провести в 2020 году онлайн-семинар и запланировать еще 2 национальных онлайн-проекта со

специалистами ЦКДЛ КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница» на 2021 год.

В феврале 2021 с участием более 900 специалистов состоялся онлайн-семинар по гематологии совместно с заведующим лабораторией патоморфологии крови ФГБУН «КНИИГиПК ФМБА России» Дьяконовым Дмитрием Андреевичем. По итогам семинара мы решили, что тема просто требует продолжения. В целом стало очевидным, что обучение лаборантов в онлайн-

В начале пандемии нам пришлось перенести даты, а затем и изменить формат образовательных мероприятий. Оказалось, что темы наших вебинаров востребованы, актуальны и жизненно необходимы практикующим специалистам.

формате имеет свои преимущества. Ведь именно на экране лектор демонстрирует, а участники детально рассматривают фотографии окрашенных микропрепаратов с подробным описанием морфологии клеточных элементов крови в норме и при патологических процессах.

Но есть пока и ограничения. Специалистам лабораторной диагностики никак не обойтись без практических занятий. Поэтому сегодня наша секция продумывает организацию таких занятий в условиях продолжающихся ограничений. Кроме этого, сейчас мы подбираем темы по разным направлениям: микробиология, химико-токсикологические исследования, пренатальная диагностика, гематология, паразитология, чтобы у специалистов появился

широкий выбор направлений для совершенствования знаний.

Реализация проектов специализированной секции «Лабораторная диагностика» стала возможна благодаря поддержке и совместной работе с вице-президентом КАМС Анной Анатольевной Киселевой и членами правления, готовности лекторов вносить свой вклад в обучение специалистов, богатству их практического опыта, отличным знаниям материала и умению интересно и доступно донести его до аудитории.

Провайдером всех аккредитованных мероприятий секции является

Ассоциация медицинских сестер России, которая также обеспечивает бесперебойное функционирование площадки онлайн-вещания. Только благодаря совместной работе секция КАМС «Лабораторная диагностика» реализует свои планы для всех заинтересованных слушателей.

Пройденный нами путь показал, что узким специальностям вступать на путь непрерывного образования трудно. И здесь могут быть только два взаимоисключающих решения – можно занять пассивную позицию и ждать готовых проектов по своей специальности либо взять на себя инициативу и ответственность и начать работу. Мы голосуем за второе!

На старте проекта в 2019 году мы провели 2 мероприятия, в 2020 году – 6 мероприятий, в 2021 – 4 мероприятия и запланировано еще 3 проекта, которые обеспечат специалистов по специальности «Лабораторная диагностика» на общероссийском уровне и знаниями, и баллами, необходимыми для успешного прохождения периодической аккредитации.



**Светлана Александровна
АНДРЕЕВА**

Исполнительный директор
АРОО «ПСА», Астраханская область

Чтобы помочь другому человеку, не обязательно быть сильным и богатым, – достаточно быть добрым.
Симеон Афонский

Думаю, не ошибусь, если скажу, что в каждой семье есть люди преклонного возраста, которые прожили счастливую, долгую жизнь. Но в жизни наступает такой период, когда нашим родным людям требуется повышенное внимание. Нет, за ними не надо следить, как за маленькими детьми, просто им становится труднее справляться с элемен-

тарными вещами. Безусловно, некоторые доживают свой век, обходясь без посторонней поддержки, а некоторые, к большому человеческому сожалению, оказываются прикованными к постели.

Необходимость в паллиативной помощи никогда не была так востребована и не возрастала такими темпами, как в наши дни. В первую очередь это связано со старением населения и, конечно, с распространением онкологических и других неинфекционных заболеваний.

Как определить, что близкому нужна паллиативная помощь

Существует такое понятие, как нуждаемость в паллиативной помощи. И, конечно, определяет ее медицинский работник, а не родственники, не сиделка и не сострадающая соседка.

В приказе Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. № 345н/372н имеется список медицинских показаний – как общих, так и по каждому заболеванию, от онкологии до деменции, согласно которому медицинский специалист оценивает

нуждаемость больного в «плаще» паллиатива.

Хочется отметить, что этот перечень не является исчерпывающим – могут быть и другие показания к оказанию паллиативной помощи.

Для наглядности приведу общие медицинские показания к оказанию паллиативной помощи:

- ухудшение общего состояния, физической и/или когнитивной функции на фоне прогрессирования неизлечимого заболевания и неблагоприятный прогноз развития заболевания, несмотря на оптимально проводимое специализированное лечение;
- снижение функциональной активности пациента, определенной с использованием унифицированных систем оценки функциональной активности;
- потеря массы тела более чем на 10% за последние 6 месяцев.

Если присутствует хотя бы один из этих общих признаков, медицинский специалист смотрит, есть ли у пациента достаточные медицинские показания в рамках его заболевания. В случае наличия таких показаний ставится вопрос о нуждаемости в паллиативной помощи.

«Место, где умирают»

Нередко хоспис, где оказывается паллиативная помощь, вызывает именно такие ассоциации. А ведь по сути дела это неправильное представление. Хоспис – это не место, где умирают; это место, где неизлечимо больным людям дают возможность прожить отведенное им время – недели, месяцы, а может, и годы.

Хоспис – это место, где живут, живут и радуются жизни: быстротечной, с обезболивающими препаратами, больничной едой и казенными кроватями. Но это жизнь. А для людей, чьи дни неумолимо забирает неизлечимая болезнь, каждый прожитый день – это больше, чем 24 часа. Это целая вечность.

Сухие цифры и живые люди

Около 8000 взрослых жителей Астраханской области и около 500 детей нуждаются в паллиативной медицинской помощи.

И все эти люди имеют тяжелые необратимые последствия травм,

тяжёлые формы злокачественных новообразований, заболевания в стадии, когда исчерпаны возможности радикального лечения и медицинской реабилитации, а также и другие неизлечимые патологии.

Всем тяжелобольным людям паллиативная помощь оказывается как в стационаре, так и амбулаторно – на приеме у медицинского специалиста или на дому.

В Астраханской области насчитывается 313 коек профильной помощи, 262 из них относятся к сестринскому уходу, 51 – к паллиативной помощи, в том числе 4 детские койки. Паллиативная помощь организована на базе стационаров медицинских организаций. Помимо этого функционируют кабинеты паллиативной помощи в некоторых территориальных поликлиниках.

В поликлиниках пациенты, а также их родственники получают консультативную помощь по вопросам госпитализации, ухода и обезболивания.

С пациентами работают не только врачи и медицинские сёстры, но и психологи, социальные работники, инструкторы лечебной физкультуры.

Подход к предоставлению такой помощи осуществляется индивидуально для каждого отдельно взятого пациента и его семьи. Так, одни больные нуждаются в адекватном обезболивании, другие – в респираторной поддержке, третьи – в обучении родственников по осуществлению ухода в домашних условиях.

Помимо стационарной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях функционируют кабинеты стационаризованных больных, кабинеты противоболевой терапии, проводится психосоциальная поддержка больных со злокачественными новообразованиями.

Взаимодействие с пациентом и его родственниками осуществляется на всех этапах оказания паллиативной помощи. Весьма часто медицинским специалистам приходится уделять в равной мере внимание и самому больному человеку, и членам его семьи.

В регионе активно развиты выездные формы работы и, чтобы помощь пациентам в терминальной стадии стала в прямом смысле слова ближе к дому, сформированы патронажные бригады.

Медицинские специалисты наблюдают инкурабельных пациентов

на дому, выписывают рецепты, обеспечивают осмотр врачами узких специальностей, консультируют родственников больного, обучая их правилам необходимого ухода и кормления.

Областной центр по борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями оказывает выездную патронажную помощь неизлечимо инфицированным больным.

Стационарную медицинскую паллиативную помощь таким больным оказывает **ГБУЗ АО «Областная инфекционная клиническая больница им. А.М. Ничоги»**, которая имеет в своем составе паллиативные койки и койки медсестринского ухода.

Стационарная помощь для больных СПИДом имеет свою специфику, так как пациенты бывают разные – одни из них могут встать на ноги и вернуться к нормальной жизни, получив лечение оппортунистических заболеваний с последующим назначением высокоактивной противовирусной терапии.

Другие находятся в терминальной стадии болезни и им уже поздно начинать интенсивную терапию. В этом случае инфекционный стационар становится для них последним пристанищем. Кроме того, на койках сестринского ухода в инфекционной больнице находятся пациенты, которые не в состоянии осуществлять за собой уход, к примеру, по причине полной слепоты или отсутствия желания у родственников ВИЧ-инфицированного больного ухаживать за ним в домашних условиях.

В инфекционном отделении каждому больному обеспечивается психологическая поддержка, в том числе пациентам с крайне тяжелыми формами заболевания (по необходи-

мости привлекаются и служители религиозных организаций). Обеспечивается комплексная поддержка со стороны различных медицинских специалистов. Круглосуточный высококвалифицированный и полноценный уход за инфицированными больными обеспечивается вниманием среднего и младшего медицинского персонала.

ГБУЗ АО «Городская клиническая больница № 2 имени братьев Губиных» – одна из старейших больниц города Астрахани. Ее история началась 6 ноября 1797 года, когда святейший патриарх Астраханский и Ставропольский Платон освятил на Паробичевом бугре клинический корпус, который состоял из 4 каменных и 5 деревянных строений, вмещавший 100 коек. «Павловская» – таким было первое наименование больницы в честь восшествия на престол монарха Павла Петровича, затем ее переименовали в больницу Приказа общественного призрения.

За более чем 220-летнюю историю больница неоднократно меняла свое название, но неизменным было одно – лечить и спасать жителей Астраханской области.

Отделение сестринского ухода

Осуществлять уход за тяжелобольным родственником дело не из легких. Необходимо разумно рассчитать собственные силы и возможности, чтобы эмоционально и физически не выгореть самому и не навредить больному.

Да, можно, конечно, пригласить для ухода за тяжелобольным родственником обученных сиделок, но отнюдь не всегда это удобно, более того, на дому нет воз-





возможности совместить сестринский уход и медицинские процедуры.

В таких случаях большой поддержкой для близких людей, ухаживающих за тяжелобольным, являются отделения сестринского ухода. В этом месте пациенты получают качественный уход, а их семьи – социальную передышку.

Кто и какую помощь получает в отделении сестринского ухода, рассказала Светлана Николаевна Емельяненко, главная медицинская сестра ГБУЗ АО «Городская клиническая больница № 2 имени братьев Губиных», председатель специализированной секции «Паллиативная помощь» Ассоциации медицинских сестер России.

Отделение сестринского ухода в ГКБ № 2 имени братьев Губиных было открыто в 2012 году на 77 коек.

Непосредственное участие в открытии отделения принял Областной комитет Красного Креста.

Функционирующее на базе нашей больницы отделение сестринского ухода создано для оказания помощи

людям, которые нуждаются в уходе, а не в активном лечении.

В отделение госпитализируются в основном пациенты пожилого и старческого возраста, которые имеют в своем анамнезе несколько хронических заболеваний.

Так же помощь оказывается и молодым людям, которые имеют инвалидность.

Самые распространенные диагнозы пациентов, поступающих в отделение сестринского ухода, – состояния после инсульта, хроническая ишемическая болезнь сердца, последствия травм (самое распространенное – перелом шейки бедра).

Не все медсестры умеют сострадать

Чтобы стать медицинской сестрой, оказывающей паллиативную помощь, казалось бы, ничего особенного не требуется – только диплом о среднем медицинском образовании. Но, как

показывает практика, самое главное – уметь отзываться на чужую боль, быть участливым к страданиям человека.

Как говорит Светлана Николаевна, на работу в отделение сестринского ухода берут далеко не каждого желающего. **Сначала медицинская сестра должна у нас попрактиковаться, пройти стажировку. Во время стажировки мы наблюдаем, умеет ли человек общаться с тяжелобольным пациентом, насколько он терпелив, внимателен и доброжелателен. Пациенты бывают очень капризные ввиду своего тягостного состояния, и сразу видно, получается ли у стажера работать с такими людьми.**

После того как мы понимаем, что медицинская сестра нам подходит, отправляем ее на курсы по обучению паллиативной помощи. Обучаясь на этих курсах, медицинские сестры получают не только медицинские, но и психологические навыки, такие как психологическая поддержка пациента и ухаживающих за ним, выработка от-



ношения к смерти как к закономерному этапу пути человека, удовлетворение духовных потребностей больного и его родственников, решение социальных и этических вопросов, которые возникают в связи с тяжёлой болезнью и приближением смерти человека.

Не ускоряя и не замедляя

Трудно переоценить важность качественного сестринского ухода за пациентами с самыми разными заболеваниями. А уход медицинского персонала за паллиативными больными можно вообще считать бесценным.

Чем отличается паллиативная помощь от классической медицины? Тем, что работает с симптомами и не занимается лечением заболевания – не ускоряет и не замедляет жизненный процесс тяжелобольных людей.

Медицинские сестры, работающие в отделении сестринского ухода, понимают, что состояние тяжелобольного человека радикально улучшить нельзя, но с помощью психологической поддержки, медицинских препаратов, паллиативных манипуляций и других методов лечения можно облегчить его мучения здесь и сейчас.

Перед тем как пациент попадает в отделение сестринского ухода, медицинские сестры готовят палату в соответствии с его потребностями: узнают у родственников больного, сложно ли человеку поворачиваться или нет, нужен ли противопролежневый матрас. То, как встретит больного человека медицинский персонал, очень важно. По большей части пациенты в отделение поступают измученные своим состоянием и страшно напуганные. Пожилым людям не просто отделаться от мысли, что больница – это конечная станция.

Но проходит буквально несколько дней, и человеку становится легче и физически, и душевно. Он видит добро и тепло, которые исходят от медицинского персонала отделения. Начинает понимать, что здесь ему всегда помогут. Когда люди видят, как медицинские сестры заходят к ним ночью в палату и заботливо проверяют их состояние, у них быстро меняется мнение о том месте, куда они попали.

Медицинский персонал отделения сестринского ухода никогда не обращается к пациенту «бабушка», «де-

душка», «мужчина», каждый помнит имена и отчества больных людей.

Пациенты поступают с разной патологией, поэтому медицинские сестры обучены работе с хроническими ранами, с пролежнями и со стомами. Но самое главное, они умеют сочувствовать чужому горю, всегда помня, что рядом – человек, и он чей-то родной, чей-то близкий.

Единственный способ помочь себе – это помогать другим людям

Медицинским сестрам, которые проработали в отделении сестринского ухода много лет, очень сложно отсюда уходить.

Они чувствуют себя там на своем месте, – там они максимально полезны для людей.

И самое ценное в работе паллиативной медсестры в том, что в ее профессиональных действиях нет никакого вранья. Все очень прозрачное и настоящее. Когда человек находится в тяжелом состоянии, на исходе жизни, никто не притворяется – ни сам больной, ни медицинский персонал. Просто нет времени для притворства.

СПОСОБЫ САМОРЕГУЛЯЦИИ

Продолжая сотрудничество с экспертами и организаторами проекта «Психологи – медикам», Ассоциация медицинских сестер России открыла рубрику, посвященную заботе о психологическом состоянии специалистов. Жизнь медицинской сестры полна сюрпризов, увы, не всегда приятных. О том, как справиться с эмоциями и не дать им шанса на длительное негативное воздействие, сегодня нам расскажет практикующий психолог **Анна Александровна Куликова**, автор тренингов и мастер-классов по арт-терапии и психокатализу, супервизор в мультимодальном подходе, организатор проекта #ПсихологиВолжского

Сегодня мы поговорим о том, как мы себя осознаем, важно ли нам то, как мы себя чувствуем, можно ли управлять своим состоянием, если оно не нравится?

Каждому из нас очень важно чувствовать себя «хорошо», другими словами, оставаться спокойным и уверенным в себе человеком. Но как быть, если психологическая, физическая и эмоциональная нагрузка возросла, как справиться с этим и восстановить свое состояние?!

Именно **саморегуляция** позволяет взять осознанную паузу между чувством и дальнейшим действием. Это помогает справиться с импульсивным поведением, которое часто может усугубить ситуацию, а затем осознать происходящее и выбрать лучшую из возможных стратегий.

Помните, первый шаг – это сознание себя, своих мыслей, чувств и ощущений, а далее необходим просто выбор того способа, который именно вам поможет переключаться и управлять собой.



Давайте познакомимся с понятием «Саморегуляция», рассмотрим примеры приемов, некоторые из них можно выполнить, чтобы помочь себе в трудную минуту.

Саморегуляция – это управление своим психоэмоциональным состоянием, которое достигается путем воздействия человека на самого себя с помощью слов, мысленных образов, а также управления мышечным тонусом и дыханием. Эти приемы способствуют восстановлению сил, нормализуют эмоциональный фон и усиливают мобилизацию ресурсов организма.

Приемы саморегуляции можно использовать в любых ситуациях. В результате саморегуляции могут возникнуть три основных эффекта:

- эффект успокоения (устранение эмоциональной напряженности);
- эффект восстановления (ослабление проявлений утомления);
- эффект активизации (повышение психофизиологической активности).

К естественным способам саморегуляции относятся:

- смех, улыбка, юмор;
- размышления о хорошем, приятном;
- различные движения типа потягивания, расслабления мышц;
- наблюдение за пейзажем;
- рассматривание цветов в помещении, фотографий, других приятных или дорогих для человека вещей;
- купание (реальное или мысленное) в солнечных лучах;
- вдыхание свежего воздуха, прогулки;
- занятие творчеством, хобби;
- высказывание похвалы, комплиментов и пр.

У каждого человека при напряженных эмоциональных состояниях меняется мимика, повышается тонус скелетной мускулатуры, темп речи, появляется суетливость, приводящая к ошибкам в ориентировке, изменяются дыхание, пульс, цвет лица.

Эмоциональное напряжение, скорее всего, пойдет на убыль, если внимание человека переключится от причины гнева, печали или радости на их внешние проявления.

Существуют также другие способы воздействия и саморегуляции.

Управление **дыханием** является важным резервом в стабилизации своего эмоционального состояния. Как ни странно, но именно через особые способы дыхания можно быстро привести себя в «порядок». К сожалению, не все люди умеют правильно дышать.

Медленное и глубокое дыхание (с участием мышц живота) понижает возбудимость нервных центров, способствует мышечному расслаблению, т.е. релаксации.



Частое (грудное) дыхание, наоборот, обеспечивает высокий уровень активности организма, поддерживает нервно-психическую напряженность.

Методика выполнения дыхательных упражнений. Важно сесть, удобно расположившись, выпрямить спину и расслабить мышцы шеи. Руки можно свободно положить на колени и закрыть глаза. Желательно, чтобы никакая визуальная информация не мешала вам сосредоточиться на своем дыхании. При выполнении дыхательных упражнений вдох обычно делается через нос, выдох через рот.

Попробуйте прямо сейчас сделать глубокий вдох и последующий продолжительный выдох. Повторите это упражнение несколько раз, и вы наверняка заметите, что ваше состояние изменилось.

Мускулатура. Самый простой, но достаточно эффективный способ эмоциональной саморегуляции – расслабление мимической мускулатуры. Научившись расслаблять лицевые мышцы, а также произвольно и сознательно контролировать их состояние, можно научиться управлять и соответствующими эмоциями. Чем раньше (по времени возникновения эмоций) включается сознательный контроль, тем более эффективным он оказывается.

Визуализация. Эффективной эмоциональной саморегуляции способствует также использование приемов воображения или визуализации. Визуализация – это создание внутренних образов в сознании человека, т.е. активизация воображения с помощью слуховых, зрительных, вкусовых, обонятельных, осязательных ощущений, а также их комбинаций. Визуализация помогает человеку активизировать его эмоциональную память, воссоздать те ощущения, которые он испытал когда-то.

Например, представьте образ «летнего луга». Попробуйте представить все в мельчайших подробностях – запах травы, тепло солнца, пение птиц, траву и цветы на этом лугу.

Аутогенная тренировка. Фразы – «Я спокоен, я абсолютно споен», «Все хорошо», «Я справлюсь», «Я смогу», «У меня все получится». Повторение позитивных фраз и установок также позволяет снять и устранить последствия нежелательных эмоциональных состояний.

Помните, первый шаг – это сознание себя, своих мыслей, чувств и ощущений, а далее, просто выбор того способа, который именно вам поможет переключаться и управлять собой. И еще очень важно, что рядом есть специалисты, готовые вам помочь, это специалисты помогающих профессий – психологи, социальные специалисты, владеющие арт-терапией, психокатализмом, эмоционально-образной и другими видами психологической помощи. Обращение к ним – это ваша забота о себе.

Всероссийский конгресс

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ БУДУЩЕГО

Роль медицинской сестры



ИТОГИ ВСЕРОССИЙСКОГО КОНГРЕССА АССОЦИАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ

Долгие месяцы подготовки завершились прогнозируемой кульминацией – три дня всероссийского конгресса пролетели как один миг, охватить который с учетом такого числа параллельных сессий и интереснейших в каждой секции докладов просто невозможно.

В сухой статистике цифры – три дня трансляции, ежедневно порядка 3 тысяч участников, 3 пленарных и 9 секционных заседаний и более 100 спикеров. А внутри виртуальной платформы – сотни вопросов, сотни ответов на них же, тысячи откликов и благодарностей и готовность участников быть вместе до самого конца, до самого последнего докладчика, когда уже нет ни учета времени, ни контроля присутствия, но уходить, закрыв за собой окно браузера, не может никто – потому что интересно.

Причем интересно и торжественно с самого начала, когда в прямом эфире раздаются первые звуки Гимна медицинской сестры России, – специально к этому конгрессу он преобразился, воссоздав настоящий подвиг, который вы совершаете изо дня в день, входя в «Красную зону», закрывшую практически все участки на карте здравоохранения, – в этой зоне не только спасают от ковида и лечат инфекцию, – здесь проводят серьезные операции, здесь на свет появляются дети, сюда тысячи медицинских работников перенесли свою жизнь, надолго расставшись с родными...

Традиционно этот конгресс дает возможность рассказать об основных направлениях работы Ассоциации, о том, что удалось за этот непростой



год – год неоправданных надежд на свободу от пандемии, очные встречи, старт новых проектов...

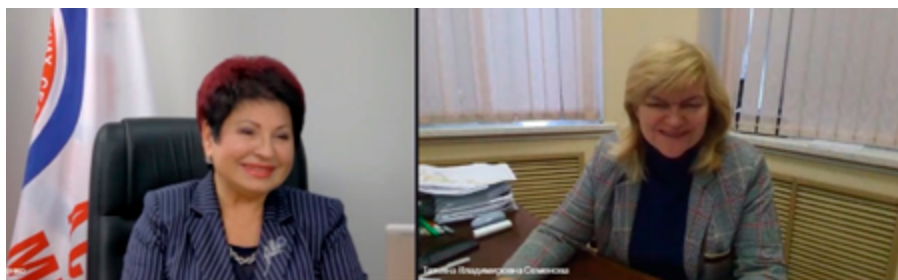
Да, отметила Валентина Саркисова, президент РАМС, нам снова приходилось подстраиваться под условия внешнего мира, но, тем не менее, получилось сделать немало:

- мы включили более ста представителей региональных ассоциаций в проект «Лидерство в сестринском деле»;
- реализовали совместный проект с психологами – он оказался востребованным, психологических проблем за месяцы борьбы с ковидом накопилось немало, да и до пандемии вопросы профессионального выгорания уже стояли достаточно остро;

- отстояли профессиональные интересы, статус и права акушеров и сестер-анестезистов в обсуждениях проектов профессиональных стандартов;
- силами специализированных секций проводили акции прямо в сети, а акция, подготовленная РАМС к Всемирному дню безопасности пациентов, запомнится надолго – современные научно обоснованные рекомендации стали достоянием тысяч специалистов;
- организовали сотни аккредитованных мероприятий – их разнообразие сегодня поражает воображение, а график проведения не оставляет в осеннем календаре ни одного пробела;

В настоящее время наличие у медицинской сестры степени бакалавра отчетливо ассоциируется с улучшением результатов лечения пациентов и более высокой эффективностью работы медсестер.

Маргрита Лангинс,
Политический советник по сестринскому делу и акушерству
Европейского регионального бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания



- подготовили конгресс, который вызвал огромный интерес, море впечатлений, новых знаний и эмоций, встречались с политиками, разрабатывали предложения в серьезные стратегические документы глобального порядка...

Одним словом, Ассоциация двигалась в тех важнейших для профессии направлениях, которые не были наглухо закрыты на замок пандемии. Конечно же, от сегодняшнего дня и лидерам Ассоциации и всем ее членам хотелось бы большего.

Как хотелось бы этого и Министерству здравоохранения, но вынужденная пауза не позволила дойти до более глубокого обсуждения проектов и предложений, подготовленных РАМС еще в прошлом, 2020 году. Как отметила Татьяна Семенова, заместитель ми-

Сегодня нельзя игнорировать необходимость особенного внимания к сестринскому делу.

Маргарита Лангинс,
Политический советник
по сестринскому делу и акушерству
Европейского регионального бюро
ВОЗ, Копенгаген, Дания

и еще одна тенденция – едва приступив к учебе, многие студенты не справляются, теряют интерес. И здесь возникает вопрос к методике преподавания, качеству материала и его подаче, и здесь явно требуется что-то менять. В Министерстве здравоохранения считают, что эти изменения должны прорабатываться совместно с профессиональным сообществом, для чего важно сформулировать нормативно-правовые основы взаимодействия государства и общественного сектора.

В действительности вопросов для взаимодействия еще больше. Как показывает опыт работы президента РАМС на уровне Европы, Региональное бюро ВОЗ уже во всех направлениях своей политики внедряет механизмы широких консультаций с профессиональными организациями и сообществами пациентов. Медицинские сестры вносят вклад в дискуссию по стратегиям укрепления психического здоровья, лекарственного обеспечения, вакцинации и иммунизации, развитию первичной медико-санитарной помощи, а также выражают свою позицию по проблемам дефицита кадров и ми-

грации, итогам и урокам пандемии и, конечно, по сестринскому и акушерскому делу.

ВОЗ уже явно демонстрирует странам-членам, что сегодня решать вопросы будущего здравоохранения без медицинских сестер не получится, потому что медицинские сестры – это эксперты, которые могут найти самый быстрый, результативный и экономически выгодный ответ практически на любой вопрос.

86% стран Европы сообщили о наличии должности Главного специалиста по сестринскому делу, причем большинство этих должностей занимают медсестры. Это свидетельствует об истинном повышении роли медсестер и доверия к медсестрам в принятии решений.

Маргарита Лангинс,
Политический советник
по сестринскому делу и акушерству
Европейского регионального бюро
ВОЗ, Копенгаген, Дания

Особое внимание Европейского бюро ВОЗ к сестринскому персоналу обрело совершенно новое измерение совсем недавно: в мае 2021 года Региональный директор д-р Ханс Клюге заявил о создании поста Политического советника Европейского бюро ВОЗ по сестринскому делу и акушерству – 30 августа в эту должность вступила

нистра здравоохранения России, специалисты среднего звена остаются крупнейшей армией противостояния инфекции. В условиях «Красной зоны» в нашей стране продолжают работать более 350 тысяч наших коллег. Еще одна из тенденций – отток кадров, численность среднего медицинского персонала за год сократилась на 7,5 тысяч человек. Для отрасли это чувствительный показатель – значит где-то увеличился коэффициент совместительства, выросла нагрузка. Минздрав уже не первый год призывает регионы увеличить цифры набора абитуриентов на программы сестринского дела, но реализовать это удалось только в 15 регионах. Более того, наметилась



Акция МСМ в защиту медицинских сестер всего мира – медсестры должны быть обеспечены вакцинами в приоритетном порядке.

12 мая 2021 года Региональный директор ЕРБ ВОЗ д-р Ханс Клюге сделал заявление об учреждении поста политического советника по сестринскому и акушерскому делу и назначении на этот пост г-жи Маргриты Лангинс. Это решение стало следствием большой политической работы, которую в Европе провели, объединив свои усилия Европейский форум национальных сестринских и акушерских ассоциаций и Международный совет медицинских сестер. В немалой степени успеху способствовало исключительное внимание д-ра Клюге к задачам, связанным с развитием сестринского дела и акушерства, укреплением роли специалистов в здравоохранении и повышением их профессионального и социального статуса.

Это решение значимо для всех стран региона и является своего рода сигналом организации, обращенным к национальным министерствам здравоохранения. Сегодня сестры и акушерки – это признанные эксперты в оказании помощи населению; сестринское дело приобретает все более значимый вес в структуре оказания медицинской помощи, и эффективно справиться с управлением сестринским делом смогут только медицинские сестры. В планах ВОЗ создание постоянно действующей сети взаимодействия главных правительственных сестер и акушеров, т.е. в каждой стране региона на уровне министерств здравоохранения должны быть созданы соответствующие посты. Лидерство медицинских сестер и акушеров, в том числе на правительственном уровне, – одна из приоритетных задач предстоящей пятилетки.

С 30 августа г-жа Лангинс официально вступила в свою новую должность. Давайте познакомимся с Маргритой поближе – именно ей предстоит оказать сестрам и акушеркам огромную поддержку в укреплении их политического влияния на самые разные вопросы здравоохранения на уровне Европейского региона ВОЗ.

Маргрита – уроженка Латвии, получила профессиональное сестринское образование в Канаде – начальную степень бакалавра в Университете Макгилла и степень медсестры в Университете Торонто. Затем она закон-



Маргрита Лангинс – Политический советник по сестринскому делу и акушерству Европейского регионального бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

чила Высшую школу общественных наук в Париже, получив степень магистра общественного здравоохранения.

За время своей профессиональной карьеры Маргрита успела поработать в медицинских организациях различного профиля; в качестве медицинской сестры оказывала помощь детям, жителям сельской местности, лицам без определенного места жительства. Далее г-жа Лангинс была сотрудником Международного фонда комплексного ухода в Оксфорде, более 15 лет работала в сфере международного сотрудничества в здравоохранении. Уже будучи сотрудником ВОЗ она работала на стыке вопросов здравоохранения и кадровой политики, долгосрочного ухода и первичного звена.

Международная деятельность позволила ей поработать в разных странах и регионах мира, включая Чешскую Республику, Хорватию, Соединенное Королевство, Грузию, Гану, Грецию, Казахстан, Латвию, Польшу, Республику Молдова и Узбекистан, уделяя большое внимание роли различных заинтересованных сторон в поддержке здравоохранения и медицинских работников для достижения прогресса ВОУЗ. Так, на официальном языке Всемирной организации здравоохранения формулируется цель всеобщего охвата услугами здравоохранения, т.е. достижения максимальной доступности помощи для всех.

С началом пандемии COVID-19 Маргрита Лангинс участвовала в разработке рекомендаций и мер по поддержке психического здоровья, оказанию психосоциальной помощи работникам здравоохранения, укреплению служб долгосрочного ухода и сохранению основных медицинских услуг в сложных условиях пандемии.

Мэгги Лэнгинс. И мы исключительно признательны ей за участие в конгрессе РАМС. Можно сказать, мы с вами стали одними из первых в Европейском регионе ВОЗ, кто познакомился с Политическим советником по сестринскому и акушерскому делу и в деталях рассмотрел основные стратегические направления развития профессии в пятилетней перспективе: лидерство, рабочие места, образование, оказание помощи.

К лидерству приковано особое внимание не только ВОЗ, но и Международного совета медсестер. Третий день конгресса начался с онлайн-встречи с исполнительным директором МСМ Ховардом Каттоном. Экспертная оценка



Сегодня жизненно необходимы инвестиции в сохранение кадров, чтобы квалифицированные специалисты с богатым практическим опытом не уходили из профессии. Потеря таких сестер – невосполнимая утрата для систем здравоохранения.

Ховард Каттон,
исполнительный директор МСМ

МСМ свидетельствует о том, что во всем мире профессия серьезно пострадала. В результате пандемии повсеместно наблюдается отток кадров, специалисты находятся под воздействием посттравматического синдрома. Отвечая на вопросы участников Конгресса, Ховард отметил, что в течение нескольких лет оплата труда сестринского персонала оставалась на одном уровне – она примерно равна или ниже среднего уровня доходов населения европейских стран. Этого недостаточно не только в плане достойной оценки труда специалистов, этого явно недостаточно для привлечения в профессию молодежи. Поэтому и в Ев-

ропе, и на других континентах минувшим летом прокатилась волна забастовок.

Специалисты пережили слишком много, эксперты прогнозируют дальнейшее падение интереса молодежи к сестринской профессии. Сделать выбор в пользу профессии, которую государство и общество не ценят по достоинству, очень сложно.

Мир живет в условиях глобального неравенства, которое затрагивает безопасность сестринского персонала. В странах Африки, Латинской Америки, Юго-Восточной Азии остро стоит вопрос вакцинации медицинских сестер, вакцинами охвачено не более 10% специалистов, и правительства до сих пор не слышат призыва о приоритетной защите медработников.

Но, безусловно, есть и положительные примеры того, как правительства идут навстречу реформам, поддерживают лидерство медсестер, и в это особенно сложное время учреждают посты главных правительственных медсестер и акушерок.

Специалисты сестринского дела к руководству на самом высоком уровне уже готовы, – именно они, не растерявшись, разрабатывали и внедряли проекты инфекционных госпиталей, обеспечивали уход и лечение пациентов в сложных условиях, продумывали пути оказания помощи другим категориям больных, когда стационары всех профилей становились «Красной зоной», оценивали пробелы в оказании медицинской помощи, учились и брали на себя ответственность за информирование и обучение населения, успешно убеждали пациентов в необходимости вакцинации...

Конечно, это далеко не полный список тех побед, которые были озвучены многочисленными спикерами конгресса в рамках девяти секционных заседаний. Каждый день участники мероприятия погружались в настоящий праздник знаний и опыта, глубокий анализ пройденного и пережитого и за месяцы борьбы с ковидом, и за годы упорного служения здоровью. Каждый докладчик открывал путь в мир своего опыта, и мы обязательно откроем его для всех читателей «Вестника» публикациями избранных тем и прозвучавших на конгрессе лекций.

«КРАСНАЯ ЗОНА»

Готовясь к конгрессу, который планировался в качестве очного мероприятия, мы не могли не запланировать выставки, которая запечатлела бы подвиг медицинских сестер, акушерок, фельдшеров, совершаемый сегодня, практически в условиях войны с теперь уже изученным, но не менее коварным противником – COVID-19.

Надежды на снижение масштабов распространения инфекции в который раз не оправдались, и нам пришлось снова провести мероприятие в онлайн-формате. Поэтому мы решили, что лучшие кадры, сделанные вашими коллегами на своих боевых постах, должны стать частью истории, – именно они стали лучшим сопровождением Гимна медицинской сестры России.

Мы благодарим всех специалистов, внесших свой вклад в создание фото- и видеоматериалов для сохранения истории о самоотверженной работе специалистов в период пандемии, отразивших будни медицинских работников Омска, Кузбасса, Ленинградской области, Москвы, Вологды, Санкт-Петербурга, Астрахани, Республики Марий Эл. Это важно сегодня, это значимо для будущего нашей профессии!

ЙОШКАР-ОЛА



«Будет новый рассвет
Будет море побед!
И не верь никогда в то,
что выхода нет!»

Кузьмина Алена Владиславовна, медицинская сестра палатной инфекционного отделения для пациентов с новой коронавирусной инфекцией, ГБУ РМЭ «Йошкар-Олинская городская больница»

КЕМЕРОВО



Рыльцева Анастасия Фаритовна, медицинская сестра ГАУЗ «Кузбасская детская клиническая больница им. Ю.А. Атаманова»

ОМСК



Рабочие будни в операционной. Шелема Алла Витальевна, старшая медицинская сестра отделения анестезиологии-реанимации перинатального центра, БУЗОО «Областная клиническая больница»

ЛЕНИНГРАДСКАЯ ОБЛАСТЬ



Семья – самое важное в жизни. Ядыкина Анна Николаевна, медицинская сестра дневного стационара терапевтического отделения, ГБУЗ ЛО «Подпорожская МБ»

ПРОФЕССИЯ НА ВСЕ ВРЕМЕНА



■ **Ольга Николаевна ДОНИК**

Операционная медицинская сестра,
Центр крови Ленинградской области

На выбор моей любимой профессии, я думаю, повлияла в равной мере и эпоха, и судьба. Но судьба проявилась раньше: я уже даже точно не помню, в возрасте 4 или 5 лет мне подарили игрушечный медицинский набор. Там был бинт и зеленый шприц, в который можно было набирать воду. Первым пациентом стал мой плюшевый мишка, который получал всю необходимую медицинскую помощь в виде уколов и отправлялся сушиться на батарею. В «больницу» я играла дома и в садике – как считала моя мама, это и было первым своего рода предзнаменованием будущей профессии. В старших классах школы в советское время существовала практика профориентации учащихся. Наш небольшой северный городок, выросший рядом с огромным металлургическим производством, обладал солидным медицинским комплексом, в котором было много подразделений и направлений. Я не помню деталей и обстоятельств выбора места для профориентации: каким-то необъяснимым образом я попала в медицинскую группу, наверное, это и была рука судьбы. Перед школьной практикой мама, сушившая моего мишку на батарее, сшила мне белый халат и колпак. Я вместе с другими школьниками попала в хирургическое отделение; помимо ознакомления с больницей, общения с врачами, мы занимались вполне конкретной работой: готовили бинты, ватные шарики, вели под присмотром дежурных врачей и медсестер журналы и дневники. Думаю, тогда мне понравился именно сам процесс работы медицинского сотрудника

среднего звена: четкая стандартизация всех действий, от которой напрямую зависит качество и нужный результат, контроль состояния больных, его регистрация, ассистирование доктору, при этом непосредственное общение с людьми, нуждающимися в уходе и заботе... Понимание того, что есть дело, благодаря которому в тебе нуждаются люди, в юношеском возрасте обладает очень большой ценностью.

Это время сильно повлияло на меня: именно после профориентации в старших классах мой интерес к медицине стал расти, сформировался первый, еще по-юношески романтизированный, но уже осознанный образ медика – «человека в белом халате» (знаменитая песня в немалой степени способствовала возникновению этого образа). Конечно, авторитет профессии, связанной с медициной, помощью людям, в то время поддерживался на высоком уровне: интерес к медицине поощрялся, выходило много фильмов – в этом как раз сказывалась эпоха. Но, как и у любого подростка, школьника, у меня было много интересов и увлечений. С детского возраста, например, я серьезно занималась классической хореографией в городской студии танца, преподавателем которой был серьезным профессионалом с ленинградской школой за плечами. Танец для меня являлся особым прекрасным миром, причастность к которому дарила творческую реализацию, вдохновение. Но как в 17 лет понять, к чему больше лежит сердце? Как выбрать то искусство, которое будет существовать в этом мире через тебя?

По мере приближения выпускного класса в сердце уже угадывалось наступление этих мучительных сомнений и размышлений о своем предназначении... И, наверное, в такие периоды тоже все происходит неслучайно. Педагог по танцам, еще недавно уговаривавший мою маму отдать меня «только

в хореографическое училище», оставил нашу студию и вернулся в Ленинград... Я думаю, что в тот год судьба меня развернула сама. Все складывалось так, что я понимала, к какому пути я должна стремиться. Медицина была даже не выбором, а скорее, ожидаемым итогом всех сложившихся в моей жизни совпадений и обстоятельств. Осенью 1980 г. я поступила в Апатитское медицинское училище.

В 1982 г., после окончания училища, которое находилось в полутора часах от моего родного города, я вернулась домой и, конечно, сразу пошла устраиваться на работу в городскую больницу – теперь уже в новом качестве, настоящего молодого специалиста своего дела. Коллектив меня встретил очень радушно. Молодежи радовались, молодые сотрудники было

много, рабочие руки требовались всегда. Начался самый интересный этап моей взрослой жизни, начало которого я с большой теплотой вспоминаю до сих пор.

Я вернулась домой, была рядом со своей семьей, мне было 20 лет, я работала в городской больнице, в которой меня сразу полюбили, где я повстречала своих лучших друзей и единомышленников, добрых коллег. Это было невероятное время – у меня все получалось! Меня приняли на работу медицинской сестрой в хирургическое отделение, затем весной 1983 г. определили в операционно-перевязочный блок, в гнойную перевязочную, а через некоторое время перевели в перевязочную чистую, где я работала до апреля 1984 г. Работа в перевязочной мне очень нравилась, это было «мое» – то, что лучше всего удавалось, интересовало. Видимо, это заметили в коллективе и в администрации больницы: в том же 1984 г. я была направлена в Ленинград в специальное училище повышения квалификации медсестер, располагавшееся в районе станции метро «Чернышевская». Практику в училище мы проходили в одной

Чтобы идти в медицинские сестры, нужен, в первую очередь, интерес, а во вторую – осознанность выбора. Человек в этой профессии должен быть ответственным и отзывчивым.

из самых больших больниц города – № 26 на ул. Костюшко, где находится огромный стационар и где оказывают медицинскую помощь по самым разным направлениям.

Я вернулась домой в конце 1984 г. и с того времени до 1990 г. моя деятельность была связана с операционным отделением. После возвращения из декретного отпуска в 1992 г. на работу, первое, что, наверное, осознавалось с самого начала – это приближение неясных, тяжелых времен.

В 1990-е многие стали бросать больницу, а иногда и саму профессию; те, у кого была возможность, уезжали в другие города и даже страны. Дефицит сотрудников сказывался не только среди врачей, но и среднего медицинского персонала. Моя ставка при операционной была сокращена, а меня по причине нехватки сотрудников перевели в самый сложный и, наверное, трудоемкий отдел больницы – в реанимацию. В ней я работала 10 лет – до начала 2000-х гг. Тяжесть 1990-х гг. в своей городской больнице мы почувствовали в полной мере: маленький северный город, производство которого переживало кризис и переопределение своего статуса, многомесячные задержки выплат зарплаты, разгул хулиганства и общая социальная неустроенность накладывали отпечаток на все сферы деятельности. Я жила в 10 минутах ходьбы от своей работы, и вдобавок к суточным реанимационным дежурствам, которые особо тяжело даются в условиях Заполярья, случались экстренные, ненормированные вызовы... От них нельзя было отказаться: потому что там, за стенами белого с красно-кирпичным пояском здания, в помощи нуждались не только больные, но и коллеги, дежурившие сутками, проводившие внеплановые операции, принимавшие «тяжелые» случаи, многократно участвовавшие в это время. Боль-

ница изменилась. Заканчивались медикаменты и перевязочные материалы, резиновые перчатки выдавались в строго ограниченном количестве на каждого сотрудника, не хватало средств санитарной обработки операционных и инструментария, выходила из строя аппаратура, в дефиците было даже постельное белье для стационара. Была лишь надежда, что однажды жизнь все-таки наладится, и изменится к лучшему.



Наверное, самым сложным в моей работе, как и в любой другой, является ее интенсивность, нагрузки, которые временами бывают очень большими. В такие моменты важно не допускать профессионального выгорания, оставаться внимательным и уважительным к окружающим тебя людям и уметь находить в себе силы и новые источники вдохновения.

В 1996 г. незаметно для меня самой случился очень важный в моей профессиональной деятельности поворот. В небольшом пункте переливания крови, который принадлежал нашей больнице, потребовался своего рода «дублер» для операционной медицинской сестры. Иногда донорский пункт просил помочь или подменить свою единственную сестру, на которую было возложено много дополнительных обязательств. Так я познакомилась с практикой трансфузиологии, и в моей жизни опять появилось новое дело, которое меня полностью захватило. Со временем я стала замечать, что «замен» в пункте переливания крови я жду все с большим нетерпением. К концу 1990-х

я знала полный круг работы операционной сестры донорского пункта.

В то время сфера переливания крови как будто становилась на иную ступень, она стала развиваться и совершенствоваться. В руках появлялись новые интересные приспособления для работы, которые, казалось, просто переворачивали этот мир: так, я пришла в отделение трансфузиологии, когда кровь и ее компоненты заготавливали еще в стеклянной таре, требовавшей очень бережного обращения, подготовки, стерилизации, а потом появились гемаконы – удобные пластиковые контейнеры нового поколения. Это было своего рода маленькой революцией для нас, в наших реалиях консервации еще советских практик и инструментов работы. Появилось и новое оборудование. Конечно, администрация больницы многое делала для нашего донорского пункта, вокруг него текла жизнь, было приятно работать.

В 2001 г. сотрудник, заместителем которого я была, ушел с работы на пенсию, и я, покинув реанимацию, стала операционной сестрой небольшого отделения переливания крови. Это было потрясающее время! Штат нашего мини-отделения состоял буквально из 3 человек: врача, операционной сестры и санитарки. На мне лежала основная организационная и процедурная работа. Своеобразная автономия пункта повышала и уровень самостоятельности, самоорганизации нашей деятельности.

Больница имела несколько сотен мест в стационаре, и кровь требовалась всегда. Основными заказчиками крови и ее компонентов, конечно, являлись операционная, реанимация, а также роддом. На должности операционной сестры отделения переливания крови мне открылись новые аспекты моей профессии. Во-первых, специфика работы в этом отделении заключается в большом объеме общения с самими донорами. Во-вторых, мы работаем с людьми, состояние здо-

ровья которых является удовлетворительным; с людьми, обладающими оптимистичным настроем, которые считают сдачу крови своим долгом, частью своей жизни. Это особенная атмосфера, характерная для этой ниши медицины. Во время работы на донорском пункте многие люди относились ко мне как к хорошему знакомому, другу. Каждый хотел рассказать о себе, расспрашивал меня о жизни, делился переживаниями, достижениями, обсуждали все – от любви к домашним питомцам до утери удостоверения почетного донора, которое искали всем миром.

Однако эпоха накладывала свой отпечаток. Больница, по сравнению с советскими временами, уже не обладала теми мощностями, которые были раньше. Упадок некоторых направлений деятельности в 1990-е оказался необратимым. Многие отделения переводили в областной центр, в 2004 г. был

упразднен и наш маленький донорский пункт. Жизнь моей семьи к тому моменту складывалась так, что мне потребовалось перебраться в Санкт-Петербург. Большой город немного пугал меня, уже сложившегося взрослого человека: как будто вновь возникала ситуация, требовавшая все начинать с нуля. Единственной ниточкой была моя профессия, мое дело, то, что я знаю, люблю и умею.

В 2004 г. в отделение трансфузиологии Ленинградской областной клинической больницы, такой огромной, что мне она сперва показалась целым городом, требовался сотрудник – операционная сестра. С тех пор уже 17 лет я работаю в Центре крови г. Санкт-Петербурга (с 2013 г. – Центре крови Ленинградской области). Конечно, этот опыт нельзя сравнить с тем, как протекает работа в аналогичном учреждении в маленьком городе. Работа по заготовке крови и ее

компонентов здесь – это динамичная, требующая сил, стопроцентной внимательности и самоотдачи деятельность.

Нельзя сказать, что моя работа сильно изменилась за время пандемии. Мы всегда работали над массой задач и в высоком темпе. С началом пандемии плановые операции никто не отменял, больным людям по-прежнему требуется кровь и ее компоненты. Конечно, есть большая психологическая усталость от переживаний за здоровье как свое собственное, так и близких, а также коллег по работе, но, видимо, это время надо просто пережить.

Своим коллегам я хочу пожелать здоровья и душевных сил. История сестринского дела насчитывает не одну славную страницу в прошлом. В этот непростой период каждая из медицинских сестер вписывает новую – для будущего.

Роль медсестры-анестезиста в оказании медицинской помощи в раннем послеоперационном периоде



■ Шапошникова Н.А.

Медицинская сестра-анестезист, ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» МЗ РФ (г. Смоленск)

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Смоленск) создано по решению Правительства Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи по специальности «травматология и ортопедия». Основная задача Центра – оказание в условиях стацио-

нара высокотехнологичной медицинской помощи с использованием сложных и уникальных, обладающих значительной ресурсоемкостью, медицинских технологий на уровне современных достижений мировой медицинской науки и практики в соответствии со стандартами медицинской помощи, утвержденными приказами Минздрава-соцразвития России для федеральных специализированных медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь

Отделение анестезиологии и реанимации (ОАР) входит в структуру Центра и имеет в своем составе 12 реанимационных коек, изолятор на 1 койку и палату пробуждения на 5 коек.

Палата пробуждения – это самостоятельная структура в составе ОАР, которая располагается на территории операционного блока и имеет в составе несколько помещений: сама палата пробуждения площадью 55 кв. метров, санитарная комната, бельевая, где располагаются шкафы с чистым

бельем и постельными принадлежностями, подготовительная комната, пост медицинская сестры и врача, встроенный холодильник для хранения термолabile лекарственных препаратов, мобильная процедурная. В санитарной комнате располагается установка для безвредной уборки и все необходимое для обработки и дезинфекции поверхностей (емкости с дез. средствами нужных концентраций, МОПы в необходимом количестве), емкости для сбора отходов группы А и Б, судномоечная машина, шлюз с контейнерами для временного хранения использованного белья и постельных принадлежностей.

В подготовительной комнате располагаются шкафы с инфузионными растворами, а также дополнительная аппаратура – инфузоматы, аппарат для снятия ЭКГ, дефибриллятор, шкаф для согревания инфузионных сред, аппарат для обогрева пациентов.

Такое автономное расположение позволяет соблюдать санитарно-эпидеми-

ческий режим операционного блока. Территориальное расположение палаты пробуждения обладает неоспоримым преимуществом – это чрезвычайно важный выигрыш во времени, – быстрая транспортировка пациентов из операционной позволяет не задерживать операции. Пациенты транспортируются в палату пробуждения прямо на полотно операционного стола. В специальном шлюзе, разделяющем операционный блок и палату пробуждения, происходит перемещение пациента на полотно мобильного перекладчика, а затем пациент перекалывается на кровать в палате пробуждения. Использование мобильных перекладчиков значительно облегчают работу медицинского персонала. Управление перекладчиком очень удобное, перемещение полотна регулируется с пульта и две медсестры легко перемещают обездвиженного пациента. Двери шлюзов снабжены сенсорами и открываются автоматически, что предотвращает контаминацию.

Площадь палаты пробуждения – 55 кв. метров, т.е. на одного больного приходится не менее 11 метров. Отсутствие перегородок между кроватями позволяет наблюдать одновременно за всеми больными. Пространство вокруг кровати хорошо освещено и имеет достаточно места, чтобы свободно подойти к больному со всех сторон. В палате имеется 2 аппарата ИВЛ для вентиляции взрослых пациентов и аппарат ИВЛ для младенцев. Рядом с каждой кроватью находится несколько настенных консолей с подводкой медицинских газов (централизованной подачи кислорода, воздуха и вакуума) и достаточное количество электрических розеток.

Оборудование палаты пробуждения

Оснащение палаты пробуждения соответствует приказам Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012 г. № 919Н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Анестезиология и реаниматология», № 909Н от 12.11.2012 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «Анестезиология и реаниматология». Оснащение включает аппараты ИВЛ, мониторы прикроватные, ларингоскопы с клинками разных



форм и размеров, эндотрахеальные трубки, ларингеальные маски разных размеров, дыхательные мешки Амбу (взрослые и детские), носовые канюли для подачи кислорода, лицевые кислородные маски, рото- и носоглоточные воздуховоды. Имеется выбор катетеров для катетеризации периферических и центральных вен, дефибриллятор, лекарственные препараты для реанимационных мероприятий, отсасыватели медицинские. Имеются в наличии приборы для согревания пациентов – система Экватор, комплектуемая одеялом с форсированной подачей согретого воздуха, 3 мобильных перекладчика.

Палата пробуждения подключена к системе центрального мониторинга – у каждой кровати располагается монитор с функцией автоматического измерения АД, пульсоксиметрией, электрокардиографией, термометрией; данные с прикроватных мониторов передаются на центральный, расположенный на посту в отделении реанимации.

Персонал

В палате пробуждения работают 3 медицинские сестры-анестезиста и санитарка. Медицинские сестры, работающие в палате пробуждения, входят в штат ОАР и имеют сертификат по специальности «Анестезиология и реаниматология», владеют навыками по наблюдению и уходу за больными в раннем послеоперационном периоде. Работой палаты пробуждения руководит анестезиолог-реаниматолог, который решает проблемы, связанные с анальгезией, кровообращением, дыханием и обменом веществ пациентов.

Работа палаты пробуждения выстраивается в соответствии с операционным планом на текущий день. От количества операций и предварительно расписанных под наблюдение в палату пациентов зависит количество наркотических и ненаркотических (Трамадол 100 мг) анальгетиков, которые в начале рабочего дня медицинская сестра получает на смену и помещает в сейф палаты пробуждения. Сестра-хозяйка ОАР утром заполняет шкафы необходимым количеством постельного белья, постельными принадлежностями, пеленками, полотенцами. Санитарка готовит необходимое количество МОПов для проведения текущей уборки.

Все необходимые инфузионные среды, лекарственные препараты, изделия медицинского назначения (ИМН), необходимые для ежедневной работы, находятся непосредственно в палате пробуждения и по мере расходования пополняются.

Принципы наблюдения за больным в палате пробуждения

Ежедневно в нашем Центре проводится более 30 операций – это высокотехнологичные операции по ТЭТС, ТЭКС, реконструктивно-восстановительные операции на позвоночнике, верхних и нижних конечностях, артротомии коленного и плечевого суставов, ортопедические операции у детей.

В палате пробуждения ежедневно наблюдаются и получают медицинскую помощь около 15–20 пациентов. В основном это пациенты после регионарной анестезии (СА) и общей многокомпонентной анестезии, в том числе и дети. В палате пробуждения прово-



дится мониторинг витальных функций (система дыхания, сердечно-сосудистая система) и коррекция их нарушения – продленная ИВЛ, оксигенотерапия, по необходимости введение симпатомиметиков, гемостатиков, коррекция нарушения гемодинамики и послеоперационное обезболивание.

Для отслеживания регресса регионарной анестезии периодически определяют уровень сенсорной и моторной блокады. По необходимости пациентам проводится катетеризация мочевого пузыря.

Послеоперационная боль

Контроль болевого синдрома осуществляется с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). При оценке по ВАШ до 4–5 баллов применяются НПВС, свыше 5 баллов наркотические анальгетики. Также с целью послеоперационной анальгезии применяются периферические блокады (илеофасциальная, блокада бедренного нерва). После парентерального введения опиоидов перед переводом в профильное отделение пациент наблюдается в палате пробуждения не менее 30 мин.

Возбуждение

Пробуждение, особенно у пациентов детского возраста, нередко сопровождается развитием ажитации. При выраженном возбуждении высок риск самоповреждения, что может потребовать фиксации рук и ног. Возбуждение пациентов обычно проходит после полного пробуждения.

Тошнота и рвота

Послеоперационная тошнота и рвота (ПОТР) значительно снижает

удовлетворенность пациента проведенной анестезией и оперативным вмешательством в целом. Поэтому в целях предотвращения развития этого состояния интраоперационно проводится многокомпонентная профилактика ПОТР: дроперидол (25 мкг/кг в/в), дексаметазон (4–8 мг в/в), ондансетрон (0,05–0,1 мг/кг в/в), метаклопрамид (0,15 мг/кг в/в), которая при необходимости продолжается в палате пробуждения.

Послеоперационная дрожь

В палате пробуждения у пациентов часто возникает дрожь, обычно она обусловлена интраоперационной гипотермией или действием анестетиков. При интенсивной дрожи и беспокойстве пациента необходимо повысить температуру его тела до нормальной. Для решения этой проблемы мы успешно применяем систему Экватор с форсированной подачей нагретого воздуха и в/в вливание подогретых инфузионных сред.

Под наблюдение в палату пробуждения размещают также пациентов, у которых по тем или иным причинам оперативное вмешательство было отменено (нарушение ритма, гипертонический криз и т.д.), после оказания помощи таких пациентов отправляют в палату или, в случае не купирования патологического состояния, – в палату реанимации.

Пациенты находятся в палате пробуждения около 3 часов. **Перед переводом из палаты пробуждения пациента обязательно осматривает анестезиолог.**

Критерии перевода из палаты пробуждения

1. Адекватное восстановление сознания, легкая доступность контакту.
2. Полная ориентация во времени, пространстве, собственной личности.
3. Способность самостоятельно поддерживать проходимость дыхательных путей, восстановление защитных рефлексов дыхательных путей.
4. Стабильность АД, ЧСС и частоты дыхания на протяжении не менее 1 ч.
5. Способность позвать на помощь при необходимости.
6. Отсутствие хирургических осложнений (например, активного кровотечения в повязки или дренаж).

Необходимо, чтобы перед переводом была устранена боль и гипотермия. Если состояние пациента нестабильно, для длительного наблюдения и лечения его переводят в отделение реанимации. Тогда нет необходимости обеспечивать соответствие всем критериям.

После регионарной анестезии помимо достижения вышеуказанных критериев необходимо добиться разрешения признаков сенсорной и моторной блокады. Во избежание повреждений, обусловленных мышечной слабостью или нарушениями чувствительности, перевод больного из палаты пробуждения осуществляется после полного регресса регионарной блокады. Врач-анестезиолог перед переводом в профильное отделение осматривает пациента и документально фиксирует в истории болезни отсутствие признаков регионарной блокады.

В течении операционного дня койки в палате пробуждения не пустуют, на смену выведенному пациенту после обработки и дезинфекции размещают следующего. У нас одновременно работают 5 операционных, и пациенты могут поступать в палату пробуждения одновременно. Работа бригады в палате пробуждения – это единый слаженный механизм, где все отработано до мелочей, нет лишних движений. Нужно быть предельно внимательным и собранным. Это своеобразный конвейер, где каждому пациенту необходимо уделить максимум внимания, своевременно выполнить врачебные назначения, оценить риски и не пропустить неотложные состояния. Оснащение и организация труда в палате пробуждения позволяет оказывать пациентам качественную медицинскую помощь.

За 2020 год в палате пробуждения находилось под наблюдением и пролечилось 2417 пациентов (2362 взрослых и 55 детей). По результатам анкетирования нескольких групп пациентов при выписке их нахождение в палате пробуждения не вызвало никаких негативных отзывов, некоторые пациенты не запомнили этот эпизод – крепко спали. Хочется отметить, что, несмотря на оснащение и современное оборудование палаты пробуждения, главными критериями наблюдения остаются зоркий глаз, умелые руки и профессионализм медицинских сестер. Умение работать в команде делает оказание медицинской помощи по-настоящему качественным.

СВЯЩЕННЫЙ ПОДВИГ, СВЯЩЕННАЯ СЛАВА



■ 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 журнал «Вестник» открыл историческую рубрику, посвященную героической славе медицинских работников – участников Великой Отечественной войны. Страницам этой летописи нет числа, и мы, застав дыхание, открываем новые, чтобы познакомить читателей с Великой историей и сохранить ее на века. Сколько лиц, имен, героических поступков переплелись в этой истории. Сколько судеб и уроков для сегодняшних и грядущих поколений медиков.

ЗАПОМНИТЕ ЭТИ ИМЕНА...

Юные выпускницы медучилищ и вчерашние школьницы, устремившиеся добровольцами на фронт. Бесстрашные военные фельдшеры, медицинские сестры, санитарки, которые помогали раненым солдатам и офицерам прямо на поле боя, не обращая внимания на смертоносный огонь противника. Им кричали: «Спасайтесь сами!». Но они пошли на фронт, чтобы спасти жизни других.

Работники санитарных поездов, которые помогали раненым добраться с передовой туда, где был шанс на исцеление.

Самоотверженные медсестры, которые забыли, что такое сон, трудясь днем и ночью в эвакогоспиталях Кузбасса, когда в регион эшелонами привозили самых тяжелых раненых, когда воздух в палатах был пропитан стонами и криками.

Именно героизм медработников в годы войны подарил жизнь и вернул здоровье миллионам бойцов, многие из которых отправились обратно на фронт и сражались до победного конца.

Историй много. Каждая – пример безграничного самопожертвования, милосердия, любви к ближнему. За каждой стоит прожитая жизнь. В этой главе мы приводим избранные биографии людей, судьбы которых в любые времена могут служить эталоном для подрастающих поколений. Выполнявших свой долг как в военное время, так и в мирное – продолжив честно трудиться на благо Кузбасса.



АНДРЕЙ ПЕТРОВИЧ ПЕТРЕНКО

Родился в 1923 году в поселке № 25 Оренбургской области, где окончил школу и устроился работать в колхоз. Затем освоил свою первую рабочую специальность и трудился в городе Березняки на азотно-туковом заводе учеником слесаря. Когда началась война, Андрею было 16 лет. В августе 1941-го он отправился на учебу в Пермь в школу младших военных фельдшеров, а в апреле 1942-го поехал на фронт фельдшером батальона в составе 8-й отдельной лыжной стрелковой бригады Карельского фронта. Вскоре разразились страшные бои, в которых выжить удалось единицам, в их число вошел и Петренко. Впоследствии он участвовал и в других исторических сражениях, в том числе в Сталинградской битве. Всю войну прошел фельдшером батальона.

Послевоенная жизнь фронтовика целиком оказалась связанной с медициной. После демобилизации Андрей Петрович работал начальником медицинской службы техни-

ческого батальона в Закарпатье, а затем с семьей перебрался в Кемерово, на родину жены, где вначале заведовал здравпунктом на недавно запущенном флагмане химической промышленности – Новокемеровском химкомбинате (позже переименованном в КОАО «Азот»), а позднее был переведен в 3-ю городскую больницу на должность главного врача по кадрам, где и трудился до 1996 года. Около 40 лет он преданно служил системе здравоохранения Кузбасса: очень многих специалистов-медиков в свое время принял в штат горбольницы именно Петренко.

У Андрея Петровича двое сыновей, четверо внуков и девять правнуков.

За боевые заслуги Петренко награжден орденами Красной Звезды, Отечественной войны 2 степени, медалями «За оборону Сталинграда», «Жукова», «За победу над Германией в Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.», а также юбилейными медалями.



ЕЛИЗАВЕТА МАТВЕЕВНА ЧЕТВЕРТНЫХ

к военной службе. В это время в Кемерове как раз разворачивались эвакуогоспитали – будущих бойцов бросили на подготовку помещений. Школы № 10 и № 4, педучилище готовили принимать раненых со всей страны. Эвакогоспиталь № 1230 приняла под свое руководство военный врач 3-го ранга Мария Горбунова. Именно к нему прикрепили и Елизавету – она стала медицинской сестрой 4-го отделения.

– Пошли первые эшелоны с ранеными в тяжелейшем состоянии, с повышенной температурой, – вспоминала потом кемеровчанка. – Они долго ехали в поезде, никто не менял им гипсовые повязки много дней. Раны были у них в ужасном состоянии: под повязками кишели черви, завшивленность была сплошная. Но мы не растерялись! Не допустили ни одного случая инфекционных заболеваний! Иногда из госпиталя не выходили по двое-трое суток. Что такое выходной или отпуск – понятия не имели. Когда требовалась донорская кровь, я первая легла на стол. Меня спросили – сколько брать, а я ответила, сколько надо, столько и берите. Взяли 380 граммов – а я потом в столовой упала в обморок... Но только первый раз, конечно. Всего отдала 10 литров. На одну медсе-

стру приходилось днем 3–4 палаты, это всего 40–50 раненых, а ночью уже 6–7 палат, т.е. 80–90 раненых. Мы им отдавали всю заботу, ласку для полнейшего выздоровления и отправки их на фронт. Многие по ночам бредили, вскакивали с коек, выкрикивая разные боевые команды: «В бой, вперед, за Родину, за Сталина»... А как было отрадно слышать от них слова благодарности, когда они выписывались, уходя на фронт. А из нашего госпиталя выпущено в строй 84% бойцов, при том, что по стране цифра составляла 72%. Значит, и мы своим нелегким трудом помогали фронту! Приходили к нам в госпиталь и школьники, шефы завода и население города. Приносили для раненых книги, шапки, шахматы, цветы, ягоды. Писали с ними письма, читали книги.

Когда раненым нужно было сделать рентген, медсестрам приходилось нести носилки из педучилища в здание школы № 4. В один из таких визитов Елизавету очень заинтересовал рентген-аппарат. Она засмотрелась на его работу, а техник обратила на это внимание и предложила девушке научиться проводить на нем обследования. Медсестра решилась и обратилась к начальнику госпиталя с просьбой разрешить работать в палатах только ночью, а днем

Родилась в 1922 году. В 1939 году окончила среднемедицинскую сестринскую школу в городе Омутнинске Кировской области. В 1941 году переехала в город Кемерово, нашла работу на здравпункте ОГЗ. О начале войны узнала после ночного дежурства и сразу побежала в военкомат – хотела уйти добровольцем на фронт. Военные приняли ее за школьницу и посоветовали сперва подрасти. Однако поняв, что перед ними взрослая женщина, уже отработавшая два года медсестрой, пообещали чуть погодя рассмотреть.

Повестка пришла в июле. Елизавета явилась с вещами на пункт сбора, вместе с другими добровольцами заселилась в казармы, началась подготовка

учиться на лаборанта. Согласие было получено, и с 1943 года Елизавета уже была рентген-лаборантом.

Но впереди было еще одно испытание – госпиталь перевели в Мариинск, обустроиваться пришлось заново. Рентген-техник Четвертных параллельно с основной работой взяла шеф-

ство над палатой тяжелораненых, сама делала все назначения. На протяжении всей работы она много раз получала благодарности от начальника госпиталя. Была награждена медалью «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.», позже – юбилейными медалями.

В мирное время Елизавета Матвеевна продолжала трудиться рентген-лаборантом в областной стоматологической поликлинике. Удостоилась звания «Ветеран труда». А поскольку всю жизнь продолжала сдавать кровь для больных – стала «Почетным донором СССР».

РОЗАЛИЯ НАЗАРОВНА ГОЛДАЕВА

Война застала эту героическую девушку студенткой второго курса фельдшерско-акушерской школы в Киеве. Заканчивать обучение пришлось уже в эвакуации, в Саратове. А в 1943 году Розалия приступила к работе в передвижном эвакуационном госпитале, который на протяжении всех боевых действий по территории Советского Союза, Румынии, Болгарии, Югославии следовал за 3-м Украинским фронтом. Жили и лечили раненых прямо в вагонах-теплушках, в условиях почти экстремальных. Постоянно не хватало крови для переливания, и Розалия Назаровна давала свою кровь, делали даже прямое переливание...

Медсестра Голдаева всегда стремилась окружить фронтовиков заботой и вниманием, проявить понимание и сочувствие, но при необходимости могла быть со вчерашними мальчишками и строгой, и дать кому-то дельный совет.



При госпитале она трудилась до 1947 года, а затем вернулась на родину. Судьба забросила ее в Кузбасс много позже: в 1962-м Розалия Назаровна приехала в Кемерово и стала медицинской сестрой МУЗ «Городской больницы № 1 им. М.Н. Горбуновой». Более 35 лет она верой и правдой служила этому учре-



ждению, была душой коллектива и самым ярким участником общественной жизни.

Розалия Голдаева награждена орденом Отечественной войны 2 степени, медалью «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.».

АННА КИРИЛЛОВНА НЕВЕРОВА

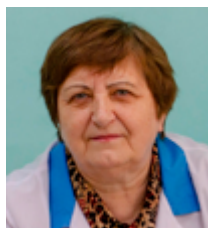
Родилась в 1923 году в городе Сасово в Рязанской области. Окончила 7 классов школы и поступила в медицинский техникум осваивать сестринское дело. На фронт убежала в 1941-м, сразу после объявления немцами войны, добровольцем. Воевать довелось на Центральном фронте в 5-й армии. Сначала в городе Егоровске, затем госпиталь, где трудилась Анна, стал продвигаться на запад. Хрупкая девушка работала на передовой: раненых бойцов она выносила на собственных плечах из-под огня противника. Затем был 2-й Украинский фронт, сражения под Купинском. 3-й Украинский, бои в Запорожье. Карело-финский, где Анна работала медсестрой в прифронтовом госпитале. И, наконец, судьба забросила ее совсем далеко, на восток, в Северную Корею. Там храбрая медсестра работала в опасном месте – госпитале

по ликвидации чумы, холеры, оспы, сыпного тифа.

Именно в Корее Анна Неверова встретила своего будущего мужа – он носил звание старшего лейтенанта. Они поженились в 1946-м и еще два года прожили в азиатской стране, пока полк не перебросили в российский город Находка. Это был не конец их странствий: впереди были передислокация в Эстонию, Латвию, а потом, после демобилизации мужа Анны – переезд в Кемерово. Здесь Анна Кирилловна осталась верна медицинскому призванию и устроилась на работу в 3-ю городскую больницу. Там она трудилась год, а затем перешла в областную больницу № 2. Именно это медицинское учреждение в 1999 году было переименовано в областной клинический госпиталь для ветеранов войн. Более 25 лет жизни Анна Неверова отдала работе

там – сначала была медицинской сестрой терапевтического отделения, а после выхода на пенсию продолжила трудиться в регистратуре, занимаясь выпиской больничных листов. Руководство, коллеги и пациенты очень ценили бывшую фронтовичку. С первых дней она активно участвовала в общественной жизни больницы, в том числе была победительницей конкурсов «Лучшая медицинская сестра года», «Горжусь своей профессией», «Светя другим, сгораю сам». За отличную работу Анна Неверова была удостоена званий «Сестра золотые руки» и «Ударник коммунистического труда». А трехэтажное здание госпиталя на улице 50 лет Октября в Кемерово стало для нее вторым домом, где она всегда стремилась создавать теплую и благожелательную атмосферу, делясь теплом души с другими сотрудниками и пациентами.

Роль акушерки по выявлению раковых и предраковых заболеваний визуально-обозримых локализаций в условиях смотрового кабинета поликлиники



Валентина Антоновна ГУБИНА

Акушерка, ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 4», г. Архангельск



Людмила Валентиновна МИРОНОВА

Заведующая отделением медицинской профилактики



Елена Михайловна КОЗЛОВСКАЯ

Заведующая женской консультацией, врач акушер-гинеколог

Смотровой кабинет является структурным подразделением поликлиники ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 4» и относится к отделению медицинской профилактики. Работу в кабинете осуществляет акушерка, прошедшая специальную подготовку по онкологии.

С целью повышения качества специализированной онкологической помощи населению и совершенствования системы профилактики и лечения, снижения смертности и инвалидизации от злокачественных новообразований (ЗНО) при поддержке Правительства Российской Федерации была

разработана Национальная онкологическая программа, реализация которой позволит достичь:

- увеличения показателей выявляемости ранних стадий злокачественного процесса;
- снижения заболеваемости, смертности инвалидности населения от ЗНО;
- увеличения продолжительности и повышения качества жизни онкологических больных.

Решение поставленных задач возможно путём оптимизации систематической работы, направленной на создание современной системы оказания онкологической помощи населению, ориентированной на раннее выявление онкологических заболеваний за счет внедрения скрининговых программ массового обследования населения, обладающих высокой медицинской и экономической эффективностью, программ периодических медицинских осмотров. Ключевым моментом является мотивирование врачей «первичного звена» (терапевтов, хирургов, гинекологов, оториноларингологов, дерматологов и др.) на раннее выявление ЗНО, формирование по результатам медицинского освидетельствования групп лиц повышенного онкологического риска, подлежащих адекватному лечению и динамическому контролю специалистами первичного звена и, при необходимости, врача-онколога.

При подозрении на ЗНО или его выявлении в силу вступает система маршрутизации пациента, которая позволяет в максимально сжатые сроки оказать специализированную онкологическую помощь.

Доказано, что эффективность лечения пациентов в специализированных учреждениях существенно выше по сравнению с результатами стационаров общей лечебной сети.

В мероприятиях, направленных на раннюю диагностику ЗНО и снижение показателей запущенности, значительная роль отводится совершенствованию работы смотрового кабинета.

Основной задачей смотрового кабинета является проведение профилактического осмотра мужчин воз-

растной группы от 30 лет, а женщин от 18 лет (что обусловлено высоким процентом воспалительных и фоновых гинекологических заболеваний в данной возрастной группе) с целью раннего выявления злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний визуальных локализаций: наружные половые органы, молочная железа, прямая кишка, губы, органы полости рта, кожные покровы, периферические лимфатические узлы. Эти органы доступны осмотру и пальпации, а также могут быть обследованы с помощью цитологического метода. Опухоли наружных локализаций, которые можно обнаружить в ходе профилактических осмотров, составляют 30 % среди всех злокачественных опухолей у лиц обоего пола и почти 40 % – у женщин.

Профилактическое обследование в смотровом кабинете носит массовый поточный характер.

Для обеспечения массового охвата населения обследованием смотровой кабинет работает на протяжении полного рабочего дня поликлиники в две смены.

В соответствии с основными задачами смотровой кабинет осуществляет:

- доврачебный опрос (сбор акушерско-гинекологического анамнеза у женщин и урологического у мужчин);
- осмотр кожи, ротовой полости и наружных половых органов (у женщин – бимануальное влагалищное исследование, осмотр шейки матки в зеркалах, взятие мазков с шейки матки и цервикального канала на цитологическое исследование);
- пальпацию щитовидной и молочных желез, живота, периферических лимфатических узлов;
- трансректальное пальцевое исследование;
- направление на дообследование и санацию пациентов с выявленным заболеванием или с подозрением на заболевание к профильному врачу-специалисту;
- учет и регистрацию проводимых профилактических осмотров и результатов цитологических исследований по установленным формам первичной медицинской документации;

• проведение санитарно-просветительной работы среди граждан, приходящих в поликлинику.

Посещаемость смотрового кабинета обеспечивается наличием в поликлинике информации о необходимости профилактического обследования в смотровом кабинете, для чего рядом с регистратурой, в отделении профилактики и холлах вывешены объявления о необходимости обследования в смотровом кабинете, месте его размещения и часах работы.

Направление посетителей поликлиники (женщин с 18 лет и мужчин с 30 лет, обратившихся впервые в течение года в амбулаторно-поликлиническое учреждение) в смотровой кабинет является обязательным и осуществляться работниками регистратуры, участковыми врачами и специалистами различных профилей.

Сотрудниками разработаны стандартные операционные процедуры для смотрового кабинета.

Акушерка смотрового кабинета осуществляет прием женщин и мужчин по направлению от отделения профилактики, врачей терапевтов, узких специалистов, регистратуры. Также осматриваем больных, проходящих лечение в терапевтическом отделении нашей больницы.

Показатели оценки работы смотрового кабинета (мужского, женского)

• **Посещаемость** (число осмотренных пациентов в отчетный период)

• **Удельный вес лиц, осмотренных в смотровом кабинете** (частное от деления числа лиц, осмотренных в смотровом кабинете в текущем периоде на число лиц, впервые обратившихся в поликлинику в текущем периоде $\times 100\%$)

• **Процент охвата женщин цитологическим исследованием** (частное от деления числа женщин, обследованных цитологическим методом на число женщин, осмотренных в смотровом кабинете $\times 100\%$)

• **Процент лиц, направленных на дообследование** (частное от деления числа лиц, направленных на дообследование на число лиц, осмотренных в смотровом кабинете $\times 100\%$)

• **Процент подтвержденных диагнозов** (частное от деления числа под-

твержденных диагнозов на число лиц, направленных на дообследование $\times 100\%$)

• **Удельный вес ЗНО в структуре выявленных заболеваний** (частное от деления числа выявленных ЗНО различных локализаций на число выявленных заболеваний $\times 100\%$)

• **Удельный вес предопухолевых заболеваний в структуре выявленных заболеваний** (частное от деления числа выявленных предопухолевых заболеваний на число выявленных заболеваний $\times 100\%$)

• **Удельный вес хронических заболеваний в структуре выявленных заболеваний** (частное от деления числа выявленных хронических заболеваний на число выявленных заболеваний $\times 100\%$)

• **Процент активного выявления ЗНО** (частное от деления числа лиц, с выявленными ЗНО в смотровом кабинете на число лиц, данной локализацией ЗНО впервые взятых на учет у онколога в текущем периоде $\times 100\%$)

На основании заключительных врачебных диагнозов и собственной документации подводятся итоги проведенной работы с указанием числа и возраста обследованных (первичных и повторных), числа проведенных цитологических исследований. Число больных с различными патологическими состояниями, выявленными при профилактическом обследовании в смотровом кабинете, указывают только по уточненным диагнозам. Также указывается число больных с выявленной патологией, оставшихся без врачебного дообследования. Проверяется обра-

щение направленных из смотрового кабинета пациентов к специалистам.

Показатели оценки работы смотрового кабинета представляются отдельно для женского и мужского кабинетов. Показателем результативности работы акушерки смотрового кабинета – служит процент подтвержденных или измененных диагнозов. Основным критерием работы смотрового кабинета является выявляемость предопухолевых заболеваний и рака, а также процент активного выявления рака.

Анализируя представленные в Табл. 1 показатели, видим, что количество пациентов, посетивших смотровой кабинет в сравнении 2017 и 2019 гг. увеличилось на 2655 чел. или на 47,5 %, что говорит о хорошей организации потока пациентов:

• Налажена информационная работа на всех уровнях в медицинской организации (уголки здоровья, листовки, памятки, стенды, выездные формы, дни здоровья, статьи в СМИ, в т.ч. с использованием группы «ВКонтакте» «Наше здоровье»).

• Направление сотрудниками регистратуры, участковой службы, специалистами женщин, первично обратившихся в поликлинику в текущем году.

• Осмотр мужчин и женщин включен в первый этап диспансеризации, что значительно (в 5 раз) увеличило количество осмотренных мужчин в сравнении 2017 и 2020 гг.

• Приглашение на осмотр лиц пожилого возраста, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу различных соматических заболеваний, так как они имеют более высокие

Таблица 1

Динамика посещений смотрового кабинета в 2017–2020 годы (Абс, %)

Показатель	2017		2018		2019		2020	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Число посещений	5589		7781		8244		4602	
Из них впервые в году	3691	66,0	5161	66,3	6570	79,7	4057	88,2
Осмотрено мужчин	107	1,9	529	6,8	845	10,3	520	11,3

Таблица 2

Анализ работы смотрового кабинета в 2017–2020 годы (Абс, %)

Показатель	2017		2018		2019		2020	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Мазки на онкоцитологию (от числа осмотренных впервые)	3635	98,5	4139	79,5	5106	89,2	2952	92,7
Выявлено дисплазий	20		19		30		24	
Из них с-г	1		3		3		3	
1 стадия	1		3		3		1	2

риски по возникновению злокачественных новообразований.

Ежегодно наблюдается увеличение числа выявленной онкопатологии видимых локализаций от 13 в 2017 году до 25 в 2019 году, и 15 в 2021 году с учетом того, что кабинет работал не весь год в связи с вводимыми ограничительными мероприятиями, связанными с профилактикой распространения новой коронавирусной инфекции.

Пациентов с выявленной патологией кожи, щитовидной железы, прямой кишки направляем для обследования и лечения к врачам-специалистам, женщинам с мастопатией выдаем направление на маммографию или УЗИ молочных желез и, при необходимости, направление на консультацию маммолога.

Цитологический скрининг проводится путем взятия соскоба из шейки матки и последующего профосмотра в лаборатории ООД. Взятие соскоба из шейки матки в ходе цитологического скрининга имеет своей главной задачей выявление и последующее лечение предопухолевых изменений шейки матки. Цитологический скрининг предусматривает новый подход – выявление предопухолевых изменений на клеточном уровне: дисплазии в различной степени (слабая, умеренная, тяжелая) и прединвазивная карцинома.

Профилактический осмотр **мужчин** включает осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек, осмотр и пальпацию в области наружных половых органов, области грудных желез, щитовидной железы, живота, периферических лимфатических узлов, пальцевое обследование прямой кишки и области предстательной железы.

Таблица 3

Анализ работы смотрового кабинета в 2017–2020 годы (Абс, %)

Показатель	2017		2018		2019		2020	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Выявлено впервые в жизни предраковых заболеваний	1011	18,1	1110	14,3	1348	16,4	692	18,3
Других хронических заболеваний	1201	21,5	2481	31,9	1462	17,7	860	19,1
Выявлено онкобольных	13		21		25		15	

Таблица 4

Сравнительная характеристика онкопатологии видимых локализаций по поликлинике и смотровому кабинету в 2018–2020 годы (Абс)

Видимые локализации	2018		2019		2020	
	Пол-ка	Смотр. каб.	Пол-ка	Смотр. каб.	Пол-ка	Смотр. каб.
Кожные покровы	23	4	24	6	25	2
Видимые слизистые полости рта, нижняя губа	9	–	4	1	2	–
Молочные железы	21	10	30	8	26	5
Щитовидная железа	7	–	7	–	8	–
Шейка матки и влагалище	12	3	13	2	5	2
Тело матки	7	1	3	1	9	1
Яичники	5	–	5	–	8	2
Прямая кишка	8	2	19	3	17	2
Предстательная железа	8	1	22	4	15	1
Итого:	100	21	127	25	115	15

Больным с патологией предстательной железы выдаем направление на УЗИ предстательной железы и кровь на ПСА, направляем к урологу.

По локализации впервые выявленных предопухолевых заболеваний последние два года стоят: на 1 месте – молочные железы, на 2 месте – кожа, на 3 месте – прямая кишка (рис. 1).

В 2018 году выявлено 17 дисплазий шейки матки, из них мною 14, в том числе 2 плоскоклеточных рака. В 2017 году выявлено 20 дисплазий шейки матки. Сравнительная характеристика онкопатологии видимых локализаций по поликлинике и смотровому кабинету в абсолютных цифрах представлена в табл. 4.

Женщинам с выявленной патологией шейки матки берем мазок на флору; по результатам мазков назначается санация влагалища, выдается направление в кабинет патологии шейки матки на кольпоскопию.

Пациенты с выявленной патологией направляются на лечение и обследование к врачам-специалистам.

Все выявленные случаи в основном относятся к 1 и 2 стадиям (рис. 2).

Из анализа онкологической заболеваемости видно, что работа смотрового кабинета играет большую роль в раннем выявлении злокачественных заболеваний. Регулярно проходите медицинский осмотр и будьте здоровы!

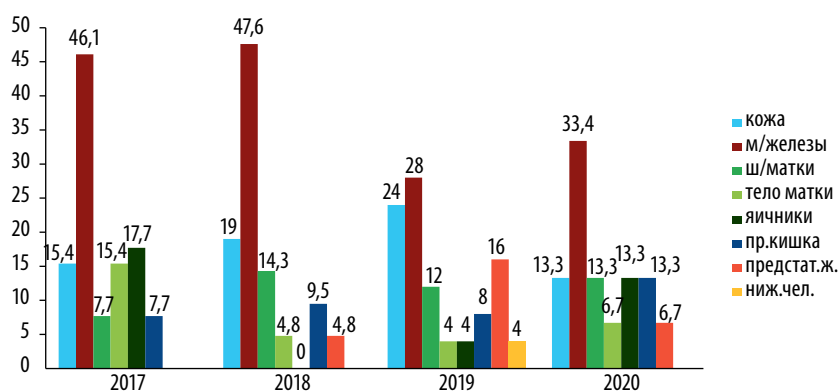


Рис. 1. Анализ онкологической заболеваемости по локализации по смотровому кабинету за 2017–2020 гг. (%)

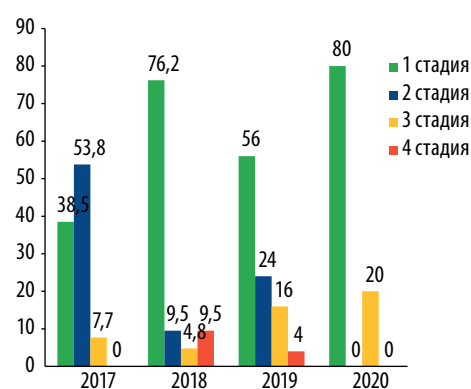


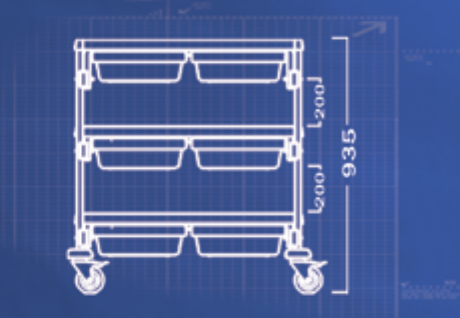
Рис. 2. Анализ онкологической заболеваемости по стадиям по смотровому кабинету за 2017–2020 гг. (%)

Тележки медицинские «КРОНТ»



Тележка внутрибольничная для перевозки медикаментов, перевязочных материалов и других медицинских изделий
ТБ-01-«КРОНТ» по ТУ 9451-006-11769436-2003

в варианте исполнения ТБ-01-«КРОНТ»-3/6



Габариты: 890x525x935 мм

- 3** ПЛАСТИКОВЫХ ПОДДОНА:
Рабочая поверхность поддонов: 770x400 мм
Глубина поддонов: 10 мм
- 6** ВЫДВИЖНЫХ ПЛАСТИКОВЫХ ЯЩИКОВ:
Размер ящика: 375x275 мм
Глубина ящика: 100 мм

Тележка медицинская инструментальная ТИ-2-ВШ-01-«КРОНТ» по ТУ 9451-005-11769436-2002
в варианте поставки

ТИ-2-ВШ-01-«КРОНТ»-1

в варианте поставки

ТИ-2-ВШ-01-«КРОНТ»-2



890x525x1250 мм



890x525x935 мм



Приобретение: +7 495 500-48-84

Консультации: +7 498 644 46 20

<https://kront.com>

info@kront.com

30 ЛЕТ
НА РЫНКЕ

АО «КРОНТ-М» – Производство медицинского оборудования

141402, Московская область, город Химки, ул. Спартаковская, дом 9, пом. 1

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ МЕДСЕСТРЕ



Алина Александровна Маркова
Главная медицинская сестра
ООО «Инкерман»
«Офтальмологический центр Зрение»

Зрение – это уникальная способность человека видеть окружающий мир. Согласно опубликованной статистической информации Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время примерно 39 миллионов людей страдают от потери зрительной функции и 1,3 миллиарда человек имеют ту или иную форму нарушения зрения.

Частичное или глубокое нарушение зрения ведет к потере информации о внешнем мире и вызывает ряд отклонений в физическом и психическом развитии человека.

Выделяются следующие категории людей с нарушением зрения – незрячие и слабовидящие. Незрячих делят на totally слепых ($Vis = 0$) и с остаточным зрением (Vis от 0 до 0,04 с оптической коррекцией стеклами на лучшем глазу).

Слабовидящими считают людей, обладающих остротой зрения от 0,2 до 0,6 (с оптической коррекцией стеклами на лучшем глазу). К данной категории относятся люди с глазодвигательной патологией (косоглазие, нистагм), нарушением рефракции, люди с монокулярным зрением, а также с нарушениями центрального и периферического зрения.

Из-за недостатка зрения у офтальмологических пациентов нарушено произвольное внимание. Кроме того,



наблюдается снижение произвольного внимания. Это обусловлено нарушением эмоционально-волевой сферы и ведет к расторможенности – переходу от одного вида деятельности к другому, или, наоборот, к заторможенности детей, инертности, низкому уровню переключаемости внимания.

Дефекты зрительного анализатора, нарушая соотношение основных процессов возбуждения и торможения, отрицательно влияют на скорость запоминания. Ограниченный объем и сниженная скорость восприятия имеют вторичный характер, т.е. обусловлены не самим дефектом зрения, а вызываемыми им отклонениями в психическом развитии. У людей с нарушением зрения увеличивается роль словесно-логической памяти, а также выявлена слабая сохранность зрительных образов и снижение объема долговременной памяти [1].

В зависимости от степени поражения зрительных функций нарушена целостность восприятия. У слабовидящих доминирует зрительно-двигательно-слуховое восприятие. Они способны одновременно воспринимать

одно-два движения или отдельные элементы движений.

Процесс узнавания у слабовидящих цветных, контурных и силуэтных изображений не однозначен. Из всех видов изображений лучше всего узнают цветные картинки, так как цвет дает им дополнительную к форме изображений информацию. Чем сложнее форма предмета и менее приближена к геометрическим формам, тем труднее они опознают объект. При восприятии контурных изображений успешность опознания зависит от четкости, контрастности и толщины линии. Следует учитывать, что при зрительной работе у слабовидящих быстро наступает утомление, что снижает их работоспособность.

Обучая пациентов, необходимо учитывать, что для усвоения информации слабовидящим требуется большее количество повторений и тренировок. При проведении занятий в условиях повышенного уровня шума, вибрации, длительных звуковых воздействий, может развиваться чувство усталости слухового анализатора и дезориентации в пространстве.

На сегодняшний день заболевания глаз, которые всего лишь 30 лет назад приводили к слепоте, успешно лечатся. Тем не менее ряд заболеваний, характеризующихся непрерывным прогрессированием и значительной безвозвратной потерей зрения, не поддаются лечению и коррекции. Вследствие прогрессирования таких заболеваний утрачивается возможность выполнять привычную для человека работу, снижаются навыки самообслуживания, меняется социальная сторона жизни и ориентация в пространстве. Такие изменения являются для человека фактором психологической депрессии.

Важнейшей задачей для медицинских работников при работе со слабовидящими или незрячими пациентами является психологическая поддержка. Правильное взаимодействие с пациентом, позитивный настрой и комфортная обстановка способствуют скорейшему выздоровлению и адаптации к изменяющимся условиям жизни.

Для свободного передвижения для пациентов очень важно:

- Отсутствие препятствий на пути.
- Достаточное количество поручней и перил. Вдоль стен помещений общего пользования обязательно располагаются перила.

Для слабовидящих существенную роль играет ориентация в пространстве, ее отсутствие приводит к стрессу:

- Хорошее освещение. Важно избегать полумрака, тем не менее если зрение пациента частично сохранно, большое значение имеет дневной свет.
- Пороги и ступени. Все возвышения над уровнем пола отмечаются яркими полосами.
- Тактильные указатели на табличках.
- Двери. Входы в медицинские кабинеты, места общего пользования выделены цветом.



Рис. 1. Организация зоны ресепшена офтальмологического центра «Зрение»

ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТАМИ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Как мы их называем?

От того, как мы называем человека, зависит наше отношение к нему, а, следовательно, и качество общения. Слова «слепой», «больной», «незрячий» и подобные им имеют негативную окраску и провоцируют негативное, пренебрежительное, брезгливое отношение. При общении выбирайте слова с нейтральными ассоциациями – «человек со снижением зрения», «пациент с заболеванием сетчатки».

Как определить меру помощи?

Уточните у пациента или у его близких, каковы его реальные возможности. Если он умеет делать что-то сам, не следует навязывать ему в этом помощь. Опирайтесь на его возможности. Не инфантилизируйте пациента.

Как оказать эмоциональную поддержку?

Зачастую, сталкиваясь с человеком со слепотой, люди испытывают тревогу, растерянность и жалость. Это проявляется в их поведении и постоянно

янно напоминает человеку, что он «не такой». Сложно бороться с недугом, снова научиться радоваться жизни, если сам человек и его окружение не верят в эту возможность. А ведь с потерей зрения жизнь не заканчивается. И лучшей помощью от тех, кто находится рядом, будет не жалость, а вера в его силы и спокойствие.

Как предложить помощь?

Прежде чем помогать, спросите, нужна ли ваша помощь. Если нужна, то узнайте, какая и как ее оказать. Следуйте полученным инструкциям.

Как правильно общаться?

Разговаривая, обращайтесь непосредственно к пациенту, а не к сопровождающему, который присутствует при разговоре. Будьте доброжелательны, внимательны, терпеливы и вежливы. При общении учитывайте специфику каждой категории пациентов, имеющих ограниченные возможности по зрению.

ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТАМИ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Практические рекомендации для медицинских сестер

- Подойдите к пациенту, расположитесь лицом к лицу с ним, представьтесь. Даже если у пациента есть сопровождающий, обращаясь к пациенту, смотрите на него.

- Не заставляйте вашего собеседника говорить в пустоту: если вы перемещаетесь, предупредите его об этом.

- При сопровождении предложите пациенту опереться на вашу руку. Не стоит хватать его и тащить за собой. Не торопитесь, идите с обычной скоростью. Передвигаясь, не делайте рывков и резких движений.

- Опишите кратко, где вы находитесь. Предупреждайте о препятствиях: ступенях, низких прилоках и т.п. Например: «Перед Вами коридор. Третья дверь слева от стойки ресепшн – кабинет медсестры, дверь открывается наружу».

- Избегайте расплывчатых инструкций, которые обычно сопровож-

даются жестами, выражений вроде «На середине стола коробка с салфетками». Формулируйте точнее: «Коробка с салфетками находится по центру, на 10 сантиметров левее края».

- Когда вы предлагаете пациенту сесть, не усаживайте его, а направьте руку на спинку стула или подлокотник. Не водите по поверхности его руку, а дайте ему возможность свободно потрогать предмет.

- Перед выполнением манипуляции сначала расскажите о том, что вы собираетесь сделать. Не пропускайте информацию, если вас об этом не попросят.

- Когда вы общаетесь с группой пациентов, не забываете каждый раз называть того, к кому вы обращаетесь.

- Необходимо обращать внимание на организацию безопасного пространства около пациента.



Рис. 2. Организация безопасного пространства процедурного кабинета офтальмологического центра «Зрение»



Рис. 3. Организация зоны ожидания офтальмологического центра «Зрение»

- Мебель. Она расставляется вдоль стен, по принципу «циферблата», такой способ помогает быстрой адаптации. Представив себя в центре часов, пациент легко запомнит местонахождение тех или иных предметов (рис. 1–3).

Обязательно и очень важно информировать пациента о возможности адаптации. Повышение информированности пациентов и медицинских работников о современных специальных средствах позволяют сделать обучение незрячих людей более продуктивным.

Специальные средства, особенности и методы общения с людьми с нарушением зрения

Незрячие и слабовидящие люди получают доступ к информации с помощью трёх основных технологий: увеличение изображения (визуальное восприятие), синтезированная речь (восприятие на слух) и шрифт Брайля (тактильное восприятие) (рис. 4).

Все технологии можно между собой комбинировать. Например, увеличение + речь или шрифт Брайля + речь, а можно использовать только одну из них в зависимости от сложности нарушения зрения и навыков использования оборудования.

Для работы на компьютере используют программы экранного увеличения. Такая программа может быть установлена практически на любой ноутбук или стационарный компьютер. Она позволяет увеличивать элементы на экране компьютера, менять цвет и размер указателя мыши

и курсора, устанавливать нужную контрастность, т.е. настраивать рабочую среду с учётом зрительных особенностей каждого отдельного пользователя. Часто увеличения комбинируют с речью. Если глаза быстро устают, то длинные тексты можно читать с помощью синтезированной речи. Для этого существуют программы экранного увеличения с речевой поддержкой. С помощью таких программ можно работать со сложными документами и таблицами, искать информацию в сети Интернет, общаться в социальных сетях, читать. В общем, делать всё то, что делают пользователи компьютера без зрительных ограничений.

Незрячие люди активно пользуются клавиатурой, преимущественно владеют десятипальцевым (слепым) методом печати и хранят в голове сотни клавиатурных команд. Программа оз-

вучивает символы и слова при наборе текста.

Доступ к печатной информации.

Если вы готовите буклеты для пациентов и знаете, что среди них есть слабовидящие люди, распечатайте информацию для них крупным шрифтом (18 кегль и выше), обязательно учтите, что важен не только размер буквы, но и толщина линий, образующих эту букву, и простота начертания буквы.

Необходимо помнить, что контраст влияет на восприятие шрифта и графических изображений слабовидящими людьми не в меньшей, а порой и в большей степени, чем размер изображения. Не бывает большего контраста, чем чёрное на белом и белое на чёрном – это стопроцентный контраст, его и надлежит использовать в материалах для слабовидящих людей.

Если же работать нужно с уже существующими печатными материалами,



Рис. 4. Технологии социокультурной адаптации слабовидящих и незрячих людей



Рис. 5. Ручные видеоувеличители



Рис. 6. Портативный видеоувеличитель

то здесь слабовидящему читателю помогут электронные видеоувеличители. Их можно условно разделить на несколько категорий.

1. Ручные видеоувеличители (рис. 5).

2. Портативные видеоувеличители (рис. 6)

Портативные видеоувеличители позволяют легко переносить их, а устройства с возможностью удалённого просмотра больше всего подходят для обучения слепых. Они позволяют направить камеру на доску или презентацию и увидеть, что пишет или показывает лектор.

3. Стационарные видеоувеличители обычно расположены в конкретном месте и используются для продолжительного чтения, в том числе изданий большого формата (рис. 7).

Подбор видеоувеличителя зависит от задач, которые с его помощью планируют выполнять, и от особенностей слабовидения конкретного пользователя.

Для распознавания и чтения газет, книг или учебника незрячий человек использует специальные читающие устройства, которые делают фотографию печатного текста, распознают его и читают вслух. Такие устройства можно разделить на подключаемые к ПК и самостоятельные. Первые используют специальное программное обеспечение, которое установлено на компьютере. Самостоятельные читающие устройства не требуют специальных компьютерных знаний. Их достаточно включить, разместить текст под камерой и нажать кнопку.

Доступ к аудио- и электронным текстам. Конечно, их можно прослушивать и читать с помощью синтезированной речи на компьютере или ноутбуке. Но когда почитать нужно по дороге на учёбу или работу, лучше ис-

пользовать для этого специальный тифлофлешплеер (рис. 8). От обычного плеера он отличается отсутствием экрана и тем, что все меню и действия владельца озвучиваются. Кроме того, есть синтезированный голос для чтения электронных текстов.

С таким плеером можно читать аудио-, и электронные книги в самых разных форматах, слушать музыку и даже делать записи на диктофон.

Шрифт Брайля (тактильное восприятие). Шрифт Брайля был изобретён незрячим тифлопедагогом Луи Брайлем в 1821 году. В его основе 6 выпуклых точек, расположенных вертикально в два ряда по три. Различные комбинации этих точек и формируют буквы, цифры, знаки препинания и т.д. Такая система известна ещё как литературный Брайль. С появлением современных технологий появился компьютерный Брайль, где одна ячейка состоит уже не из 6, а из 8 точек. Именно 8-точечная система используется при создании тактильных дисплеев Брайля.

Информация с экрана выводится на устройство в виде рельефных точек (шрифтом Брайля). Незрячий пользователь считывает информацию пальцами.

Дисплеи Брайля – это практически вещь первой необходимости. Это особенно важно для тех, кто изучает иностранные языки, программирование, математику, часто редактирует тексты или читает сложно структурированные материалы, которые плохо усваиваются на слух (рис. 9).

С потерей зрения теряется возможность передвигаться, читать, писать, смотреть телевизор, управлять автомобилем. Потеря этих возможностей означает потерю автономности, чувства собственного достоинства, независимости. Преодолеть депрессию у человека со сниженным или отсут-



Рис. 7. Стационарный увеличитель



Рис. 8. Тифлофлешплеер



Рис. 9. Дисплей Брайля

ствующим зрением можно. Важнейшей задачей в работе медицинских работников является психологическая помощь и информирование о возможностях адаптации и реабилитации. Правильный психологический настрой способствует быстрейшему выздоровлению, лучшему восстановлению, открывает спящие резервы организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Психолого-педагогические основы обучения студентов с ОВЗ в вузе / под ред. Б.Б. Айсмонтаса: учеб. пособие для преподавателей сферы высшего профессионального образования, работающих со студентами с ОВЗ. – М.: МГППУ, 2013. – 196 с.

Д О В Е Р Я Й Т Е Л У Ч Ш И М



ДЕЗАКТИВ С

ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ САЛФЕТКИ

Производятся из нетканого плотного материала белого цвета (не оставляют ворсинок на обрабатываемых поверхностях) со специфическим запахом спирта и отдушки, пропитанные дезинфицирующим раствором. В качестве действующих веществ пропиточный раствор салфеток содержит изопропиловый спирт – 30%, комплекс ЧАС, а также N,N-бис (3-аминопропил) додециламин, полигексаметиленбигуанидина гидрохлорид, также вспомогательные компоненты.

Обладают антибактериальной активностью в отношении грамположительных (включая микобактерии туберкулёза – тестировано на M. Terrae) и грамотрицательных бактерий, вирулицидной активностью (включая энтеральные и парентеральные гепатиты, ВИЧ-инфекцию; энтеровирусные инфекции – полиомиелит, Коксаки, ЕСНО; грипп, в том числе грипп H1N1, H5N1; ОРВИ, герпетическую, аденовирусную и др. инфекции), фунгицидной активностью в отношении грибов рода Кандида и дерматофитов.

Предназначены для применения в ЛПУ любого профиля. Для обработки поверхностей медицинских приборов и оборудования, оптических приборов, датчиков УЗИ и т.п.

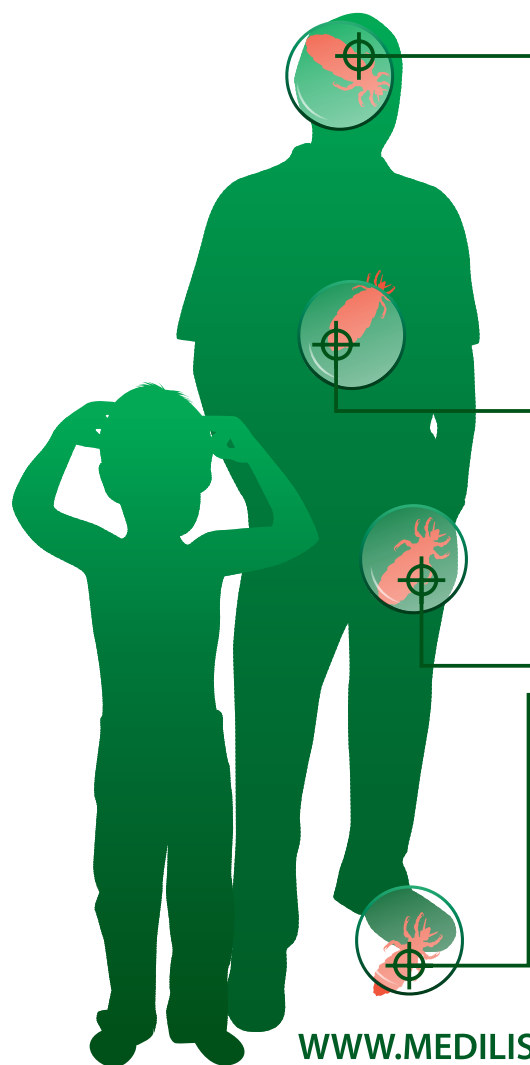
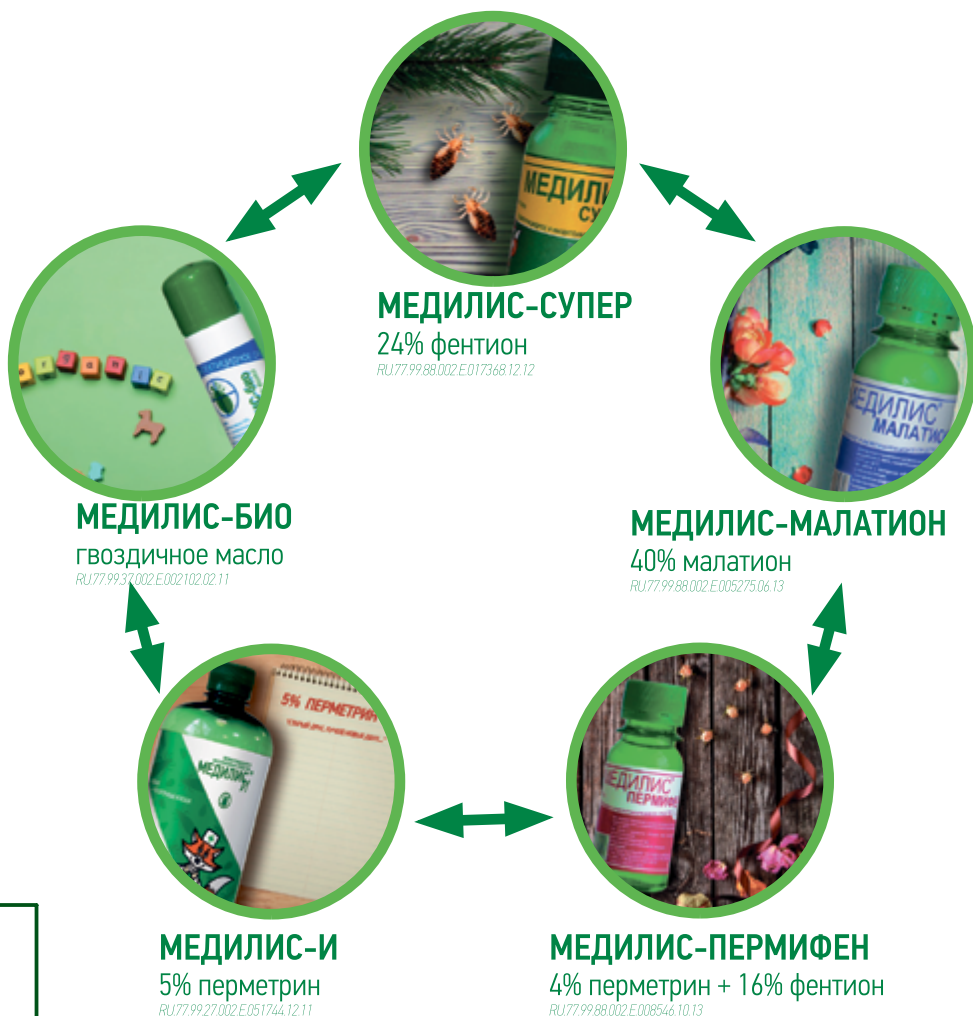
Срок годности – 3 года со дня изготовления в невскрытой упаковке производителя.

Фасовка: банки из плотного полимера с двойными зажимными крышками по 60-120 шт, индивидуальная упаковка типа «саше»



ПЕДИКУЛИЦИДНЫЕ СРЕДСТВА СЕРИИ «МЕДИЛИС»

СХЕМА РОТАЦИИ ПЕДИКУЛИЦИДОВ



● ГОЛОВНОЙ ПЕДИКУЛЕЗ

● ПЛАТЯНОЙ ПЕДИКУЛЕЗ

● ЛОБКОВЫЙ ПЕДИКУЛЕЗ

● ДЕЗИНСЕКЦИЯ
ПОМЕЩЕНИЯ ОТ ВШЕЙ
И ЧЕСОТОЧНЫХ КЛЕЩЕЙ

WWW.MEDILIS.RU

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

