

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ



медцинских сестёр России

№ 1/55 2022



ВЫЯВИТЬ И ОБЕЗВРЕДИТЬ:
Медицинские сестры Тюменской области проводят акцию по раннему выявлению рака кожи



стр. 24

**ПОДБОР ОЧКОВ
ПРИ АМЕТРОПИИ:**
медицинские сестры осваивают
современные методы



стр. 12

СПАСАЯ ЖИЗНИ:
О непростой работе
фельдшеров скорой медицинской
помощи



стр. 8

**ОБРАЗОВАНИЕ
СОВЕРШЕНСТВУЕТ ПРАКТИКУ:**
Девиз операционных
медицинских сестер



«КЛИНДЕЗИН® ИЗО» ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ:

- удаления влаги из полостей ИМН и эндоскопов
- сушки изделий после обработки в МДМ
- экстренной дезинфекции небольших поверхностей
- дезинфекции изделий медицинского назначения

«КЛИНДЕЗИН® ИЗО»:

- обладает широким спектром антимикробного действия
- предотвращает появление коррозии при хранении и консервации обработанных медицинских изделий и эндоскопов
- обезжиривает поверхности
- не оставляет разводов и следов на обрабатываемой поверхности
- продлевает срок службы оборудования в процессе эксплуатации

ДЕЙСТВУЮЩЕЕ ВЕЩЕСТВО:

ИЗОПРОПИЛОВЫЙ СПИРТ

НЕ ПОДЛЕЖИТ ПРЕДМЕТНО-КОЛИЧЕСТВЕННОМУ УЧЁТУ

Соответствует микробиологической чистоте категории 2 (табл. 1 раздела 1 "Рекомендаций к установлению норм микробиологической чистоты лекарственных препаратов, субстанций и вспомогательных веществ для введения в нормативные документы" (Изменение 3 к статье "Методы микробиологического контроля лекарственных средств", ГФ XI, вып. 2, 187 с.) и соответствует требованиям МУ 3.1.3420-17 «Обеспечение эпидемиологической безопасности нестерильных эндоскопических вмешательств на желудочно-кишечном тракте и дыхательных путях. Методические указания».

«Клиндезин® ИЗО» предназначен: для медицинских организаций любого профиля в соответствии с п. 3699 СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».



«Мы будем говорить о нашей профессии и показывать ее героев. Мы будем публично выступать единым голосом РАМС, чтобы укрепить голос каждого из вас. Мы приложим все силы для того, чтобы консолидировать профессиональное сообщество и стать сплоченной организацией, в которой члены разделяют единые цели и задачи.



Уважаемые коллеги, дорогие читатели «Вестника».

Приветствуем вас в первом выпуске журнала в юбилейном для Ассоциации медицинских сестер России 2022 году.

Три десятилетия назад небольшая группа лидеров впервые собралась в Москве, чтобы создать объединение специалистов для формирования идеологической основы профессии и прокладывания пути для ее будущего.

За эти десятилетия нам удалось сплотить немало специалистов. В регионах одно за другим создавались региональные объединения медицинских сестер, вырабатывались основы для нашего взаимодействия внутри страны, для создания РАМС и ее участия в формировании политики в сестринском деле в России, в международном общении и обмене опытом, в создании мировых стратегий поддержки нашей профессии.

В этом году мы обязательно вспомним, как начинался путь общественной организации, какой была наша профессия 10, 20, 30 лет назад, какими были мы, что нам удалось сделать за эти годы. А еще мы приложим все силы для того, чтобы консолидировать профессиональное сообщество и стать сплоченной организацией.

Развитие сестринского дела требует самых разных ресурсов, в том числе, а возможно и в первую очередь, общественных. Чтобы изменить вектор развития профессии полутора миллионов человек, профессии, которая является жизненно необходимой для всей страны и обеспечивает жизнедеятельность всей системы здравоохранения, необходимо единство взглядов самих профессионалов. Специалисты могут иметь разные точки зрения на те или иные практические вопросы, вопросы образования, прохождения практики, организации помощи, но для большой реформы важно, чтобы подавляющее большинство специалистов и лидеров профессии смотрели в одном направле-

нии, одинаково трактовали и разделяли цели развития профессии. А еще важно, чтобы каждый лидер, каждый профессионал осознал свою роль в этом процессе, понимал, что многое зависит от его отношения к профессии, к своему делу, к своим пациентам на своем рабочем месте.

Тяжелые испытания, с которыми столкнулось все сестринское сообщество еще в 2020, дают о себе знать. Из системы здравоохранения ушли многие представители старших поколений, которые ранее перекрывали большие участки работы, молодежь не спешит пополнять ряды медицинских работников, даже получив диплом. Нужен выход из ситуации, который покажет перспективы молодым людям, откроет второе дыхание у тех, кто имеет за плечами достойный опыт, и который даст необходимую поддержку старшему поколению. Давно забытый девиз «Молодым – везде у нас дорога, старикам – везде у нас почет» сегодня актуален, как никогда. И всем и каждому сегодня дороги внимание, уважение и признание.

Какими средствами мы постараемся достичь этой цели?

Во-первых, мы будем публично обсуждать наши совместные завоевания – глобальные стратегии укрепления сестринского и акушерского дела, чтобы каждый специалист разбирался в тонкостях политики и, по возможности, способствовал переменам к лучшему.

Во-вторых, мы будем освещать работу всех специалистов среднего звена в социальных сетях – говорить о вашей ежедневной работе, о вашем отношении к профессии, к коллегам и пациентам. Мы будем публично выступать единым голосом РАМС, чтобы укрепить голос каждого из вас.

В-третьих, мы будем встречаться с теми, кто стоял у истоков сестринской ассоциации. И мы обязательно будем приглашать к разговору тех руководи-

телей, которые поддерживали и поддерживают ассоциацию, были привержены идеям максимальных инвестиций в сестринское дело тогда, тех, кто сегодня верит в сестринское дело, доверяет специалистам сложные задачи и, тем самым, вносит бесценный вклад в движение сестринского дела вперед.

В-четвертых, мы будем встречаться с вами в многочисленных городах и регионах страны, приезжая с лучшими лекторами, обсуждая актуальные вопросы практики и не забывая о вопросах политики, стремясь поддержать коллективы в большинстве регионов, включившихся в проект «Выездные школы РАМС».

В-пятых, мы долго страдали от того, что СМИ мало интересуются историями профессиональных побед в борьбе сестринского персонала за жизнь и здоровье пациентов. Зато ими очень интересуемся мы. В этом году мы выпустим первую серию коротких видеороликов о работе сестер, акушеров, фельдшеров, руководителей, преподавателей... Мы будем говорить о нашей профессии и показывать ее героев.

Скажу честно, выпуск Вестника, который вы держите в руках, был полностью готов до тех событий, которые развернулись сейчас. Принимая на себя удар глобальных политических процессов, мы тем более должны сплотиться, чтобы выстоять морально, физически и профессионально. Хочу напомнить всем коллегам об этической ответственности всего сообщества: «Перед лицом нарастающих социальных, экономических, культурных и иных вызовов профессиональное сообщество медицинских сестер декларирует как фундаментальную этическую ценность единство профессионального сообщества во взаимоотношениях с обществом». Будьте сильными, дорогие коллеги, и каждый день, каждую минуту помните о своем профессиональном предназначении и миссии сестринского дела!



На обложке: медицинские сестры ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город», г. Тюмень

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ	
4 февраля – Всемирный день борьбы против рака	стр. 3
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ	
30 лет вместе – открытое письмо РАМС	стр. 20
ЗНАКОМСТВО С ПРОФЕССИЕЙ	
Спасая жизни. О непростой работе фельдшеров скорой медицинской помощи	стр. 12
Основные факторы эффективного развития лидера	стр. 34
УРОКИ ПАНДЕМИИ	
Психологическая поддержка по месту работы. Опыт Ленинградской областной клинической больницы по поддержке сестринского персонала в период пандемии	стр. 31
ГЕРОИ ПРОФЕССИИ	
Гордость Якутии – Гордость России	стр. 4
Серафимовская сестра милосердия среди нас	стр. 6
СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ	
Священный подвиг – священная слава	стр. 21
КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Современные методы подбора очков при аметропии. На что обратить внимание медицинской сестре диагностического кабинета офтальмологической клиники	стр. 26
Психосоматические расстройства у детей: задачи медицинской сестры	стр. 39
ОПЫТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ	
Здоровая улыбка. Стоматологическое просвещение в «Школе здорового зуба»	стр. 16
НЕПРЕРЫВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ	
Образование совершенствует практику: Европейский день операционной медицинской сестры	стр. 8
ИННОВАЦИОННАЯ ПРАКТИКА	
Выявить и обезвредить: медицинские сестры Тюменской области проводят акцию по раннему выявлению рака кожи	стр. 24

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 04.03.2022. Отпечатано в ООО «Аллегро». Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28. Заказ № 1049. 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, контактный телефон, количество экземпляров, номер(-а) выпуска «Вестника», на который вы подписываетесь. Заявку следует направить по адресу: julia@medsestre.ru

Подобная информация о подписке и размещении публикаций – на сайте РАМС: www.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

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
Корректоры – Марина Водолазова, Екатерина Гайдель

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»

РЯБКОВА В.В. – главная медицинская сестра ФГБУ ФЦТОЭ МЗ РФ, президент Смоленской региональной общественной организации «Ассоциация специалистов сестринского дела»

4 февраля – Всемирный день борьбы против рака

По данным Всемирной организации здравоохранения, онкологические заболевания – вторая причина смертности, ежегодно рак уносит жизнь каждого шестого жителя планеты.

В России борьба с онкологическими заболеваниями является одним из приоритетов государственной политики в сфере здравоохранения. Поэтому в рамках национального проекта «Здравоохранение» с 2019 года реализуется отдельный федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями», который имеет разноплановые точки приложения. И первое, на что он направлен, – это снижение показателей смертности от онкологических заболеваний путем развития первичного звена, укрепления кадрового потенциала онкологической службы и внедрения современных технологий.

Рак – это коварное заболевание, у которого нет различий ни по полу, ни по возрасту. Согласно статистике ВОЗ, ежегодно злокачественные опухоли диагностируют у 350 тысяч детей – от новорожденных до 18-летних. Наиболее распространенные формы онкологии среди детей – рак кроветворных органов (лейкозы, злокачественные лимфомы, лимфогранулематоз), реже встречаются опухоли центральной нервной системы, костей и мягких тканей.

Не секрет, что лечение рака подразумевает под собой длительное стационарное лечение, особую диагностику и лечение. Несмотря на то, что маленькие пациенты находятся на лечении вместе с родителями, они не всегда понимают, почему им приходится испытывать сильную боль, редко общаться со сверстниками и проводить длительное время в больницах.

Профессиональные объединения специалистов сестринского дела не стоят в стороне от проблем, с которыми сталкиваются медицинские службы, стараются использовать свои ресурсы,



чтобы оказать пациентам дополнительную поддержку.

Ивановская областная общественная организация по защите прав и интересов специалистов со средним медицинским образованием – одна из многих общественных организаций, которая провела 4 февраля акцию, посвященную Всемирному дню борьбы против рака.

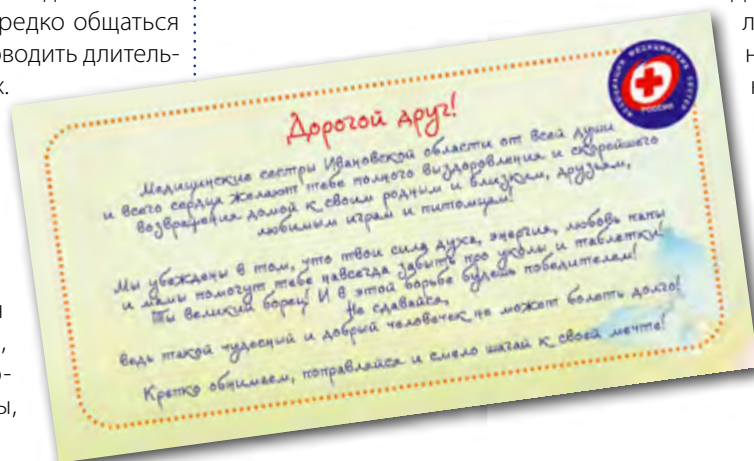
Время проведения акции было сопряжено с небывалым подъемом очередной волны новой коронавирусной инфекции в Ивановской области. С учетом соблюдения всех антиковидных мер пациентам и близким родственникам детей, находящихся на лечении в отделении гематологии, химиотерапии и онкологии ОБУЗ «ИвОКБ», были вручены памятные открытки с наилучшими пожеланиями скорейшего выздоровления, сладкие

подарки и красно-розовые шары, как вечные символы здоровья и надежды.

«Выздоровливай, никогда не сдавайся и смело шагай к своей мечте!» – это именно те слова, что каждая медсестра желает сказать каждому своему пациенту.

В мероприятии приняли участие руководитель Ивановской ассоциации медицинских сестер, заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом ОБУЗ «ОКПБ «Богородское» – С.В. Виноградов, исполнительный директор Ивановской ассоциации, заместитель главного врача по управлению сестринской деятельностью ОБУЗ «ИвОКБ» – И.Г. Кузнецова, заместитель главного врача по медицинской части по детству, заведующий отделением гематологии, химиотерапии и онкологии для детей ОБУЗ «ИвОКБ», главный внештатный детский специалист ДЗО Ивановской области гематолог-онколог – В.Н. Фокин, палатная медицинская сестра отделения гематологии, химиотерапии и онкологии для детей ОБУЗ «ИвОКБ» – Е.В. Горова.

Не остался без поздравлений и коллектив отделения, выполняющий свой профессиональный долг на протяжении многих лет, который, несмотря на многие трудности, остался предан своему делу – делу спасению жизни!





«ГОРДОСТЬ ЯКУТИИ – ГОРДОСТЬ РОССИИ»

ЗАСЛУЖЕННУЮ НАГРАДУ ЖИТЕЛИ РЕСПУБЛИКИ РЕШИЛИ ВРУЧИТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ

■ Яковлева А.В.

Президент РОО «Ассоциация средних медицинских сестёр Республики Саха (Якутия)»

Среди нас есть профессионалы, которые любят жизнь, людей в их окружении и полностью отдают себя выбранной профессии. К числу таких относится наша коллега Айсена Егорова.

Трудовую деятельность Айсена Валерьевна начала в 1989 году санитаркой ЛОР-отделения Республиканской больницы, будучи студенткой третьего курса медучилища. В том же году ее заметили старшие коллеги и пригласили работать хирургической медицинской сестрой.

С 2003 года работала главной медицинской сестрой городской поликлиники № 1, являлась главным внештатным специалистом по сестринскому делу, членом городской аттестационной комиссии по среднему медицинскому персоналу. В сентябре 2007 года Айсену Валерьевну приглашают работать в Министерство здравоохранения Якутии на должность руководителя об-

щего отдела, где она проработала до 2010 года. За период работы в Министерстве здравоохранения внесла вклад в развитие документооборота, архивной службы.

С 2013 года по настоящее время работает главной медицинской сестрой ГАУ РС (Я) «Медицинский центр г. Якутска». Общий трудовой стаж в медицинских учреждениях – 32 года.

Выбрав после окончания школы свой путь, она верно и преданно, с честью и гордостью несет свою профессию. Сегодня является организатором здравоохранения, руководителем средних медицинских сестер крупного лечебного учреждения города Якутска, вносит большой вклад в развитие сестринского дела Республики Саха (Якутия), член Правления РОО Ассоциации средних медицинских работников Республики Саха (Якутия).

Айсена Валерьевна в первую очередь харизматичный лидер, а только потом руководитель по должности. Для нее характерен определенный способ поведения и мышления, который заставляет окружающих прислушиваться и соотносить свое поведение с оценкой лидера. Айсена – на-

стоящий оптимист, для нее не бывает безвыходных ситуаций. Все вопросы по работе, да и по жизни решает с улыбкой. И, конечно же, Айсена Валерьевна – настоящий профессионал с огромным багажом знаний и практическим опытом. Как руководитель большого коллектива принимает важные стратегические решения в условиях крайне плотного графика работы.

У современного руководителя сестринской службы десятки задач особой важности, на счету у Айсены Валерьевны немало решенных на «отлично». Это и управление большим коллективом, и разработка стандартных операционных процедур, их адаптация и внедрение в работу, и реализация проектов, нацеленных на повышение качества, доступности медицинской помощи и удовлетворенности пациентов. Вопреки и несмотря на пандемию, за последний год удалось разработать и внедрить сразу несколько таких инициатив. Среди них: «Доврачебный прием акушерки», «Самостоятельный прием фельдшера», «Помощник оператор».

В городской поликлинической службе не предусматривалась медицинская помощь в виде приема аку-

шерки и фельдшера. Проект позволил разгрузить врачей акушера-гинеколога и терапевта, увеличить время приема на одного пациента, повысить качество оказываемой помощи, дополнительно выделить определенное время для оформления документации.

Специалисты приняли на себя новые функции:

– акушерка проводит прием для постановки на учет беременной (на-

ческой стороны, мониторинга устойчивости достигнутых в работе улучшений.

Айсена Валерьевна для медицинских сестер не только наставник и коллега, но и близкий человек, к которому можно обратиться в любой ситуации – поддержит и поможет. Своим колоссальным профессиональным и жизненным опытом она делится с ними, а они в свою очередь со своими коллегами «по цеху».

профессии». Вручая награду, президент Ассоциации Валентина Саркисова подчеркнула: «Как хорошо, что в России такие замечательные медицинские сестры – специалисты, асы своего дела, обладающие энциклопедическими знаниями, красивые, улыбающиеся, от которых исходит столько добра!»

Несмотря на обилие рисков и трудностей, профессия медицин-



правление на анализы, запись к специалистам, антропометрия), оформляет индивидуальную карту беременной, информирует о подготовке к исследованиям, проводит беседу о правильном питании; ведет прием диспансерных пациенток, выписывает рецепты на лекарственные препараты хроническим и диспансерным пациентам, берет контрольные анализы, записывает на прием к врачу-гинекологу к моменту готовности анализов, вносит все результаты исследований, не проведенных через ЛИС;

– фельдшер, в основном, работает с диспансерными пациентами, отвечает за выписку рецептов, оформление санаторно-курортных карт, направление на контрольные анализы или исследования, запись на консультацию к специалистам по результатам исследований.

Цель проектов достигнута. Осталось поделиться опытом с коллегами после картирования процесса, некоторых подсчетов с экономической и статисти-

«Моя работа дала возможность стать частью истории развития сестринского дела в республике и не только. Горда тем, что имела возможность показать деятельность медицинских сестер России и нашей республики на международных форумах стран БРИКС в Пекине, Нью-Дели, Санкт-Петербурге, где я участвовала в качестве делегата от Ассоциации медицинских сестер России. Мне всегда хотелось показать нашу специальность с положительной стороны, содействовать повышению престижа профессии. Всегда говорю, что я люблю свою работу и я на своем месте. Считаю это важным в жизни», – поделилась с нами Айсена Егорова.

В нашей республике уже третий год проводится ежегодный проект народной премии «Гордость Якутии». Идея проекта – рассказать о людях, которые живут среди нас: каждый день ходят на работу и просто хорошо делают свое дело. И сказать этим людям «спасибо». В номинации «Медицинский работник» в этом году премию получила главная медицинская сестра ГАУ РС (Я) «Медицинский центр г. Якутска» Айсена Валерьевна Егорова.

А еще в 2021 году ее наградили почетным знаком РАМС «За верность

сестры для Айсены Валерьевны Егоровой остается любимой и единственной. Она с успехом продолжает традиции милосердия и заботы о людях, а также готовит молодых руководителей сестринского дела, передавая им опыт и практические знания.

Будем надеяться, что престиж нашей профессии будет расти и оставаться на высоком уровне. А мы поспособствуем этому своим примером профессионализма, оптимизма и милосердия, которые в тренде всегда.

Серафимовская сестра милосердия среди нас

Елена Александровна БАРАНОВА

Старшая медицинская сестра
организационно-методического
кабинета ГБУЗ «ГВВ № 2 ДЗМ»,
председатель специализированной
секции «Анестезиология
и реаниматология» РООМС, г. Москва

В 2021 году Благотворительным фондом преподобного Серафима Саровского при поддержке Фонда президентских грантов впервые был организован конкурс среди медицинских работников в номинациях «Серафимовский врач» и «Серафимовская сестра милосердия».

Идейная основа данного конкурса состояла в обращении к личности преподобного Серафима Саровского, ставшего для миллионов людей признанным нравственным авторитетом, примером служения людям, образцом бескорыстного самопожертвования. Эти качества в полной мере присущи людям, посвятившим свою жизнь медицине. Конкурсанты должны были продемонстрировать свои заслуги в профессиональной деятельности, сопричастность православной традиции, эмпатию к пациентам, представить применение современных методов лечения и ухода за больными, а также рассказать о взаимоотношениях с коллегами и о наставничестве в своей практике.

Секцию «Анестезиология и реаниматология» РАМС достойно представила медсестра-анестезист отделения анестезиологии-реанимации БУЗ УР «ГКБ № 7 МЗ УР» города Ижевска Нина Васильевна Никифорова.

В медицину она пришла работать после окончания медицинского училища в 1993 году. И вот уже более 25 лет Нина Васильевна работает медицинской сестрой-анестезистом, успев за это время получить диплом Ижевской государственной медицинской академии (ИГМА) по специальности «Менеджер сестринского дела», закончить интернатуру по управлению сестринской деятельностью.

С 2006 года Нина Васильевна – активный член Российской ассоциации медицинских сестер (РАМС) и сейчас



На награждении в Нижегородской епархии

участвует в работе специализированной секции «Анестезиология и реаниматология» РАМС, делится опытом в качестве докладчика на многочисленных конференциях и семинарах.

В основе победы в состоявшемся конкурсе – безусловные практические достижения Нины Васильевны, материалы, разработанные для своих коллег, молодых специалистов и, конечно же, пациентов. С ее участием в отделении были разработаны и внедрены алгоритмы по уходу за респираторным трактом в условиях ИВЛ, обработке аппаратов ИВЛ, гигиенической и хирургической обработке рук, про-

филактике пролежней. В практику специалистов Республики Удмуртия внедрены методические рекомендации для сестринского персонала отделений анестезиологии-реанимации «Инфекционная безопасность в МО», «Методические рекомендации по работе с наркозно-дыхательной аппаратурой». Заботясь о состоянии пациентов после перевода из отделения реанимации, стремясь поддержать действия по уходу за ними ближайших родственников, Нина Васильевна создает специальные памятки по кормлению тяжелобольных в домашних условиях, профилактики внебольничной пневмонии,



Наставник медсестра-анестезист Н.В. Никифорова проводит занятие с коллегами

уходу за пациентом с высоким риском развития пролежней и многим другим вопросам сестринской помощи, сестринской заботы о пациенте.

Современная медицинская сестра – это медсестра-исследователь, которая применяет научный поиск, чтобы выявить слабые места в процессе оказания помощи и усовершенствовать практику, сделать ее максимально соответствующей ожиданиям и потребностям пациентов. Нина Васильевна провела целый ряд исследований по изучению удовлетворенности пациентов качеством сестринской помощи в условиях отделения анестезиологии-реанимации, анализу проблемы адаптации молодого специалиста сестринского дела, организации сестринского ухода за больными с внебольничной пневмонией в условиях детского стационара, профилактике пролежней у пациентов с нейрохирургической патологией. Статьи с результатами исследований регулярно публикуются в профессиональных сестринских изданиях.

Совместно с сотрудниками отделения анестезиологии-реанимации БУЗ УР «ГКБ № 7 МЗ УР» города Ижевска медицинская сестра-анестезист Н.В. Никифорова разработала и внедрила в работу сестринского персонала «Карту наблюдений за пациентами» в посленаркозном периоде, которая активно используется в палате пробуждения; «Карту учета взаимозависимых сестринских вмешательств», в которой медицинские сестры отделения ежедневно заполняют лист проведенных манипуляций тяжелобольным пациентам; усовершенствовала «Лист сестринского наблюдения за пациентами с риском развития пролежней». С ее участием в отделении анестезиологии-реанимации внедрен бригадный метод ухода за тяжелобольными пациентами с нейрохирургической патологией. К основным функциям бригады относятся: индивидуальный уход за тяжелыми пациентами, выполнение индивидуальных медицинских назначений, обучение родственников, опекунов и самих пациентов основным принципам ухода. Чтобы закрепить знания специалистов по профилактике пролежней, Нина Васильевна разработала программу занятий с медицинским персоналом отделения по уходу за больными, имеющими риски развития пролежней. Во время занятий медсестры могут обмениваться своим



В процессе работы в отделении анестезиологии-реанимации

мастерством, опытом, обсуждать проблемы ухода, находить ответы на интересные вопросы. Благодаря проведенным мероприятиям риск возникновения пролежней у пациентов с нейрохирургической патологией был сведен к минимуму.

С участием Нины Васильевны в отделении было разработано «Положение о наставничестве», которое легло в основу документа о начислении стимулирующих выплат наставникам и молодым специалистам, закрепленного впоследствии в Коллективном договоре ГКБ № 7 Минздрава Республики Удмуртия. Привлечению молодых кадров в анестезиологию-реаниматологию Нина Васильевна всегда уделяла особое внимание, принимала участие в адаптации для них «Справочника по терминологии медсестры-анестезиста».

А еще в ее копилке немало побед на многочисленных конкурсах – Всероссийском фотоконкурсе РАМС 2014 года «Своей профессией горжусь», где Никифорова Нина Васильевна заняла первое место в номинации «Сестринское исследование и обучение» и второе место в номинации «Сестринское дело» в конкурсе Ассоциации по разработке методических рекомендаций для сестринского персонала.

В 2018 году коллектив медицинской организации единогласно выдвинул Нину Васильевну Никифорову для участия во Всероссийском конкурсе «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием» в номинации «Лучшая медицинская сестра-2018». С учетом значимых результатов работы, многочисленных исследований, разработанных и внедренных в практику рекомендаций ко-

миссия признала ее одной из лучших медицинских сестер России, присвоив второе место.

Помимо основной работы Никифорова Нина Васильевна занимается благотворительностью, организует сбор финансовых средств больным коллегам, нуждающимся людям, а также детям с врожденной патологией, делится вещами и продуктами с малоимущими. Организовала в домашних условиях пункт для передержки больных, бездомных и брошенных животных.

Ежегодно участвует в акции «Бессмертный полк», посвященной победе советского народа в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. В социальных сетях состоит в группе «Братские могилы Второй мировой», которая занимается розыском без вести пропавших солдат, поиском могил и захоронений советских воинов. Помогает родственникам с организацией посещения могил павших солдат.

В свободное от работы время Нина Васильевна участвует в волонтерском движении по консервации и восстановлению храмов в Удмуртской Республике, оказывает материальную помощь по возрождению и восстановлению православных святынь.

Вот так в работе, в наставничестве, во всей своей жизни Нина Васильевна трудится каждый день и каждую минуту, чтобы помочь людям преодолеть болезнь, чтобы сохранить в поколениях память и укрепить на своей земле православные ценности. Профессионализм, милосердие, человеколюбие – вот те качества Нины Васильевны, которые были отмечены жюри и за которые ей присвоено почетное звание «Серафимовская сестра милосердия».

Образование совершенствует практику

ЕВРОПЕЙСКИЙ ДЕНЬ ОПЕРАЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ:



Ольга Викторовна ФИЛАТОВА
Старшая операционная медицинская сестра операционного блока № 1 ОКБ, г. Омск



Татьяна Федоровна МОИСЕЕВА
главная медицинская сестра ОКБ, г. Омск

15 февраля отмечался Европейский день операционной медицинской сестры. В этом году по решению Европейской ассоциации операционных медицинских сестер он прошел под девизом «Образование совершенствует практику». Этот девиз отражает требования к профессиональным знаниям, опыту, ответственности операционной медицинской сестры, раскрывает новые направления развития специальности, где научно-исследовательская деятельность приобретает особое значение. Девиз подчеркивает вклад операционных медицинских сестер в оперативное лечение пациентов и роль образования в обеспечении высокого уровня медицинской помощи, предоставляемой специалистами операционного дела.

Ассоциация медицинских сестер России также обозначила этот день как профессиональный праздник. Во всех медицинских организациях нашей страны в этот день проведены мероприятия, посвященные Дню операционной медицинской сестры.



Европейская ассоциация операционных медицинских сестер обратилась к нам с просьбой поделиться своими мыслями, ответить на вопрос: «Чего может достичь сообщество операционных медицинских сестер с помощью образования?»

Развитие операционного дела всегда напрямую зависело от уровня развития хирургии. Современные тенденции таковы, что постепенно происходит изменение старых стереотипов, операционная медицинская сестра сегодня – это настоящий ассистент хирурга, его партнер. Чем сложнее и технологичнее специальность, тем выше должна быть квалификация сестринского персонала.

Из сферы научной фантастики в практическую деятельность уже переместилась так называемая интеллектуальная хирургия, в основе которой лежит применение роботов, микророботов и телеоперационных систем, хирургия «без разрезов» с использованием транслюминальных доступов. Это дает возможность дистанционного выполнения самых различных операций через минимальный оперативный доступ. Продолжается внедрение современных технологий в эндоскопии, рентгенхирургии, сосудистой хирургии, травматологии, нейрохирургии и других направлениях, что требует от операционной медицинской сестры постоянного совершенствования своих знаний,

умения работать в команде с хирургами профильных отделений.

Становление и формирование отделения операционного блока № 1 Областной клинической больницы как наиболее сложного подразделения происходило поэтапно.

В 1920 году в больнице царил дух высокой требовательности. Особенно это чувствовалось в хирургической клинике. Операционные находились на базе хирургических отделений. Во времена, когда еще не было антибиотиков, успех хирургических вмешательств зависел от соблюдения асептики и антисептики операционными медицинскими сестрами.

В 1974 году в Областной клинической больнице был организован централизованный операционный блок. Централизация была проведена для осуществления правильного планирования, концентрации и рационального использования дорогостоящего оборудования, равномерного распределения нагрузки на персонал, эффективного применения профильной специализации сестринского персонала.

В настоящее время в состав операционного блока № 1 входит 17 операционных, согласно профилю хирургических отделений. Ежегодно здесь выполняется свыше шести тысяч операций, увеличивается количество высокотехнологичных оперативных вмешательств.

Операционные снабжены системой кондиционирования с подачей стерильного воздуха. Вытекающие приточные струи воздуха, опускаясь вниз непосредственно в рабочую зону (над операционным столом) ламинарными низкоскоростными струями через потолочную панель площадью 9 м² с HEPA-фильтрами (H14) со степенью очистки 99,995 % через встроенные ультрафиолетовые облучатели, создают воздушную завесу вокруг операционного стола. Операционная медицинская сестра при обеспечении любой операции должна четко знать все этапы и возможные осложнения данного вмешательства, и сразу взять все инструменты и расходные материалы. Это выполняется для исключения нарушений воздушной ламинарной завесы при хождении за дополнительным инструментом.

Герметичные двери с датчиками движения позволяют экономить время операционной бригады, уменьшить риск передачи контактной инфекции, обеспечить контроль герметичности потока воздуха из зоны повышенного давления (операционная) в зону пониженного, с повышенными требованиями к чистоте и стерильности помещения. Регулируемая скорость открывания и закрывания створок ограничивает воздухообмен между двумя зонами (помещениями), предотвращая перекрестное загрязнение. Каждая операционная медицинская сестра прошла техническое обучение по работе с настройками автоматических дверей и может переключать режимы ручного открытия, блокировки двери при уборке или транспортировке оборудования в операционную. Знает, что после сбоя электроэнергии дверь будет полно-

стью настраиваться сама автоматически и при отключении питания (при пожаре) будет открываться вручную.

В операционных имеются медицинские консоли с потолочным креплением, с возможностью дополнительного размещения медицинской аппаратуры. Это оборудование операционные медицинские сестры используют с учетом требований безопасности, поскольку здесь исключен «человеческий фактор» – штекер одного газа к клапану другого подключить невозможно. Клапаны и штекеры каждого газа имеют разную форму (замок) и обозначены разными цветами.

Консоль вращается вокруг оси, это позволяет выбрать удобное положение во время операции для операционной медицинской сестры, анестезиолога, хирурга, с учетом зон стерильности.

Для возможности проведения телеконсультаций в пяти операционных установлены бестеневые лампы с видеонаблюдением и переговорным устройством. Эта система позволяет ограничить доступ в операционные, дает возможность операционной медицинской сестре во время операции больше внимания уделять своей работе, не отвлекаясь для контроля за правильным поведением и соблюдением стерильных зон студентами. Во всех операционных установлены современные бестеневые лампы, позволяющие хирургу самостоятельно регулировать направление освещения, что улучшает техническое обеспечение операций.

Для оперативной и своевременной работы с медицинской документацией организована комната с унифицированной системой электронного документооборота.

На базе операционного блока функционирует палата пробуждения, в ко-

торой динамическое наблюдение и уход за пациентом осуществляет медицинская сестра – анестезист. Организация палаты пробуждения позволила оптимизировать работу всего операционного блока, увеличить нагрузку на один операционный стол на одну треть, уменьшить количество ранних послеоперационных осложнений, повысить качество оказания помощи в раннем послеоперационном периоде.

В операционном блоке № 1 с внедрением в клиническую практику современного оборудования, разработкой новых методик оперативных вмешательств появилась возможность выявлять и лечить заболевания на начальной стадии развития. Значительно снизить травматичность доступа, сроки послеоперационного периода, количество используемых расходных материалов позволяет внедрение эндоскопических операций, – для этого отделение оснащено 10 эндоскопическими стойками. В абдоминальной хирургии проводят оперативные вмешательства из мини-доступа на желчном пузыре и печени, что является менее травматичным для пациента. В торакальной операционной успешно освоено новое оперативное вмешательство – чрезкожная пункционная дилатационная трахеостомия. В колопроктологии и хирургии при операциях на печени для остановки кровотечения используется генератор Liga Sure, Force Triad, Harmonic. Операционные медицинские сестры освоили современные гемостатические средства, позволяющие сократить время гемостаза: BioGlue, EVICEL, Surgicel, Surgicel fibrillar, Тахокомб, гемостатическую пудру и т.д.



В нейрохирургии совместно с хирургами операционные сестры освоили сложное оборудование: систему жесткой фиксации головы пациента «Mayfield», хирургического микроскопа «Omni Pentero», нейронавигационной системы «Strayker», интраоперационного мобильного рентген-аппарата типа С-дуги «Eneo», трепана нейрохирургического высокоскоростного «Stryker» с набором дрелей различного диаметра, ультразвукового дезинтегратора CUSA и др.

Высокотехнологичные методы оперативного лечения ежегодно совершенствуются. Вслед за ними идет развитие техники, расходных материалов, технологий, требующих специальных знаний и навыков. В настоящее время базового образования для этого уже недостаточно, акценты в сестринской практике изменились. Сегодня операционная медицинская сестра должна знать не только ход оперативного вмешательства, но и обладать некоторыми техническими знаниями для работы с высокотехнологичной аппаратурой и инструментами.

Чтобы оставаться на высоком профессиональном уровне, операционной медицинской сестре приходится периодически пересматривать как оснащенность операционной, так и ее функциональный дизайн с учетом развития технологий. При накрытии стерильного стола операционная сестра должна так расположить дополнительные стерильные насадки оборудования, чтобы обеспечить требования

асептики. При сегодняшней загруженности операционной оборудованием это не просто и требует от персонала специальных навыков.

Исторические тенденции и их анализ позволяют во многом прогнозировать требования к операционным будущему. В настоящий момент становится очевидной тенденция к уменьшению инвазивности хирургических вмешательств на фоне повышения точности диагностических возможностей. Одновременно с этим отмечаются миниатюризация и компьютеризация как диагностического, так и лечебного оборудования. Указанные тенденции диктуют необходимость применения инновационных подходов в подготовке и обучении с учетом требований практического здравоохранения.

Операционные медицинские сестры повышают свой профессиональный уровень путем обучения по дополнительной профессиональной программе в Центре повышения квалификации работников здравоохранения, посещая обучающие семинары, конференции, мастер-классы. При внедрении новых операционных технологий практическое обучение в отделении проходит совместно с хирургами.

Подготовка молодых специалистов проводится по индивидуальным планам, что способствует более качественному освоению профессии.

С первых дней работы каждой операционной медицинской сестры за ней закрепляется опытный наставник – опе-

рационная медицинская сестра с квалификационной категорией. Она обучает ее непосредственно на рабочем месте. Наставники передают не только накопленный профессиональный опыт своим преемникам, но и любовь к профессии, отношение к пациентам и коллегам. Старшей операционной медицинской сестрой проводятся занятия с молодыми специалистами по разделам деятельности, особое внимание уделяется регламентирующим приказам. Через год все молодые специалисты проходят аттестацию на рабочем месте.

Для специалистов операционного дела разработаны стандартные операционные процедуры, которые базируются как на национальных, так и на международных правилах и руководствах. Методические рекомендации разработаны в соответствии с современными требованиями, предъявляемыми к подготовке специалистов операционного дела, которым необходимо максимально активно использовать все возможности получения новых профессиональных знаний. Большой вклад в развитие специальности вносит Омская профессиональная сестринская ассоциация, все операционные медицинские сестры отделения являются ее членами. В помощь специалистам выступает непрерывное медицинское образование и аккредитация.

Ведущая роль обучения инновационным подходам к работе принадлежит обмену опытом, который осуществляется как на рабочих местах, так и на иногородних базах.





Актуальным является обучение высоким технологиям не только врача, но и операционных медицинских сестер, так как достижение высокого результата возможно только в команде.

В нашем учреждении это реализуется следующим образом. Например, для внедрения в отделении методики трансфеноидального удаления аденомы гипофиза операционные медицинские сестры прошли специальную подготовку:

1. Старшая операционная сестра провела техническую учебу по анатомии зоны турецкого седла, составу набора микрохирургических инструментов, особенностям их дезинфекции, стерилизации, подготовки к работе эндоскопического оборудования;

2. Врач-нейрохирург, прошедший обучение в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (г. Санкт-Петербург) на цикле «Эндоскопическая хирургия», провел техническую учебу, подробно осветив вопросы обеспечения эндоскопической операции, ход оперативного вмешательства, особенности доступа, гемостаза, работы с синтетическим имплантом «Реперен-СТ», возможные осложнения;

3. Разработана стандартная операционная процедура для операционных медицинских сестер «Обеспечение операции – трансфеноидальное удаление аденомы гипофиза».

Все это позволило внедрить методику «Трансфеноидальное удаление аденомы гипофиза» с помощью обучения, улучшающего практику, повысить качество подготовки для обеспечения оперативного вмешательства.

Оперативные вмешательства всегда сопряжены с повышенным риском повреждения хирургических перчаток, которое может привести к взаимному инфицированию гемоконтактными инфекциями пациента и хирургического персонала. В связи с этим на базе отделения операционного блока № 1 проведено сестринское исследование «Эффективность применения двойных перчаток с системой индикации проколов с целью снижения риска передачи гемоконтактных инфекций». Во время хирургического вмешательства при использовании одинарных перчаток персонал замечает лишь 7,5 % от общего числа повреждений.

При использовании системы двойных перчаток с индикацией прокола выявляемость повреждений выше более чем в 10 раз – 77 % повреждений были замечены в ходе операции, причем в 92,3 % случаев повреждалась только внешняя перчатка, следовательно, кровь пациента не попадала на кожу рук оперирующей бригады, за исключением одного сквозного прокола внешней и внутренней перчатки.

Использование систем двойных перчаток с индикацией прокола ведет к достоверно лучшему выявлению нарушений их целостности и снижению вероятности попадания крови пациента на кожу рук оперирующего персонала в ходе хирургических вмешательств.

По результатам исследования в отделении внедрено применение двойных перчаток с системой индикации прокола, что в результате повысило инфекционную безопасность пациентов и сотрудников.

Команду отделения операционного блока составляют квалифицированные специалисты, 100 % операционных медицинских сестер имеют сертификаты специалиста, 94 % имеют квалификационную категорию по специальности «Операционное дело».

Повышенный уровень образования по специальности «Медицинская сестра – организатор» имеют три операционные медицинские сестры. Высшее образование по другим специальностям получили семь сотрудников отделения. Двое прошли обучение в «Образовательном центре высоких медицинских технологий» г. Казани на цикле «Сестринское дело в оказании высокотехнологичной медицинской помощи». В отделении постоянно проводится работа по повышению профессионального уровня операционных медицинских сестер.

В современных условиях операционная медицинская сестра служит основным связующим звеном между хирургом и всем процессом деятельности операционного блока. Девиз 2022 года «Образование совершенствует практику» выбран Европейской ассоциацией операционных медицинских сестер не случайно. Он как зеркало отражает реалии современных операционных медицинских сестер – ведь мы постоянно учимся чему-то новому.

Операционные медицинские сестры 30 лет вместе с Ассоциацией медицинских сестер России ведут непрерывное профессиональное развитие, постоянно работают над совершенствованием практики и повышением качества помощи нашим пациентам.

СПАСАЯ ЖИЗНИ

О НЕПРОСТОЙ РАБОТЕ ФЕЛЬДШЕРОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



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

Герои в белых халатах

«Скорая медицинская помощь» – передовая линия фронта всей медицины, где изо дня в день на страже жизни и здоровья стоят те, кто героями себя не считают, но без сомнения ими являются.

Если посмотреть на труд фельдшеров со стороны, то любому станет ясно, что эти люди ежедневно совершают чудо, ставшее привычной ежедневной работой, где нельзя сработать в полсилы, отложить на потом или отказаться выполнять, ведь на кону стоит самое дорогое – человеческая жизнь.

День фельдшера России стал для нас прекрасным поводом, чтобы провести один день на месте базирования бригад скорой помощи – Центральной подстанции ЦМК и СМП г. Астрахани, чтобы изнутри увидеть, как проходят «обычные» будни фельдшеров «скорой медицинской помощи».

На подстанцию мы пришли рано и застали тот самый момент, когда ночная смена сдаёт дежурство утренней – фельдшера проверяют укладки, из рук в руки отдают наркотические лекарственные средства и психотропные медицинские препараты. Медицинские специалисты передают информацию о выездах, «непростых» больных, которым следует уделить пристальное внимание при возможном повторном вызове, обсуждают и прочие важные рабочие моменты.



И ровно в девять утра начинается трудовой день новой смены фельдшеров, а точнее рабочие сутки.

В этот день на дежурство заступили фельдшер Мария Владимировна Давыдова, медбрат Иван Владимирович Самойличенко и водитель Николай Николаевич Коняшкин (вечером его сменил другой водитель – рабочая смена водителя скорой помощи длится 12 часов (в день, в ночь) и двое суток на отдых). И мы были «прикреплены» к этой бригаде.

В какие приметы верят работники «скорой помощи»

В профессиональной медицинской среде традиций не меньше, чем на свадьбе. Есть свои особые традиции и приметы и у специалистов «скорой помощи».

– Да, есть у нас особые приметы, традиции, заведенный задолго до нас порядок – обязательно всей бригадой позавтракать до девяти утра, иначе день будет напряженным. Заступая на смену, каждый в душе надеется и верит, что день пройдет более-менее спокойно, что у нас все получится и непременно всем поможем, везде успеем. – Так что не надо портить тради-

цию, садитесь за стол, – с улыбкой, но убедительно сказала Мария Владимировна после нашего отказа составить им компанию. Аргумент убедительный, поэтому пришлось присоединиться, ведь становиться причиной «суматошной» смены не хотелось.

Карету мне, карету «скорой помощи»

9:20 – первый вызов. Фельдшер Мария Давыдова внимательно выслушала рапорт о случившемся: кто «наш» пациент, какие симптомы испытывает, как давно они начали проявляться, как прогрессируют, и еще ряд сведений, необходимых для подготовки к выезду. Предварительный диагноз – гипертонический криз. Бригада оперативно начала собираться. С интересом и не без волнения мы последовали в спецавтомобиль за бригадой медиков, Мария Владимировна и Иван Владимирович были абсолютно спокойны и сосредоточены.

Знания медицинских работников «скорой помощи» очень обширны и затрагивают абсолютно все разделы медицины: они разбираются в педиатрии и гинекологии, могут спасти человека при внезапных сердечно-сосудистых

заболеваниях и синдромах, они должны понимать, что такое кровотечение и как его остановить. Они должны диагностировать и правильно оказать помощь. Это не просто. Но со временем сотрудники СМП набираются опыта и чувствуют себя в своей профессии, как рыба в воде.

Мария Владимировна считает, что медицинский работник не может состояться как профессионал не только без знаний, но и без таких качеств, как вежливость и умение общаться: «На дежурстве всякое случается. Бывает, приезжаешь на вызов, а там у кого-то умер близкий человек, и наша задача кроме медикаментозной помощи суметь утешить и поддержать, чтобы человек взял себя в руки».

Водитель «скорой» – больше, чем водитель

На вызов приехали за считанные минуты. В квартиру мы, конечно же, не пошли, да нас бы и не взяли – врачебная тайна. И пока ждали медиков, успели немного пообщаться с водителем.

– Ждать всегда приходится по-разному – от тридцати минут и дольше, смотря что с человеком случилось, да и помимо оказания помощи больному фельдшер заполняет много всякой документации. Порой требуется и наша мужская помощь, это в тех случаях, когда в квартире слишком узкие коридоры или нет грузового лифта, позволяющего вывезти пациента на специальной каталке. А если больной с избыточным весом, а в составе бригады частенько только женщины-медики,

то приходится «организовывать транспортировку» с помощью соседей и тех окружающих, кому не чужды сострадание и готовность помочь. При этом фельдшер следит за состоянием пациента в момент транспортировки, а значит, нести носилки он уже не может.

А уж если не нашлось желающих помочь и в бригаде медиков только женщины, несем больного на носилках втроем. Девчата наши одни точно не справятся, а бывает важна каждая минута, – поделился особенностями своей работы Коняшкин Николай Николаевич.

Этот вызов прошел спокойно, пожилой женщине оказали помощь и вернулись на базу.

И снова в путь

Какое-то время было спокойно, но вот поступил звонок, – содержание вопросов, выражение лица фельдшера, – и нам стало понятно, что это обращение требует предельного внимания – высокая температура и симптомы острого респираторного заболевания. К такому выезду нужно подготовиться особым образом.

Для бригад «скорой помощи» введен особый режим обслуживания пациентов с респираторными симптомами.

Работа по «особому» режиму с пациентом, который жалуется на симптомы респираторной инфекции, начинается со звонка в Службу «103». У диспетчеров есть список вопросов, которые они задают пациенту при поступлении вызова. Если при опросе выясняется, что у больного повышенная темпера-

тура, что недавно он вернулся из страны, неблагополучной по ситуации с коронавирусом, то к нему выезжает бригада в специальных костюмах, защищающих от инфекционных заболеваний.

Бригада, с которой мы курсировали все утро, уехала. Оставшись на подстанции, нам удалось пообщаться с фельдшерами других бригад, ожидающих вызов.

Специфика работы

– Когда заступаешь на смену, никогда не знаешь, что тебя ждёт, но морально готов к любой ситуации, – говорит Татьяна Куприянова. – Работаем сутки напролёт, в экстремальных условиях. За смену не один десяток вызовов, из них четверть, когда жизнь пациента буквально висит на волоске. Нам, работникам «скорой помощи», приходится выполнять профессиональный долг везде и всюду: в квартире, на улице, в общественном месте. Увеличение вызовов стабильно наблюдается в весенне-летний период, когда в наш регион приезжают иногородние на рыбалку, на базы отдыха, и когда местные дачники начинают окупивать свои участки, – пояснила Татьяна Вячеславовна.

– Доехать к больному всегда стараемся по возможности быстро, но бывает и такое, когда мы на месте уже через 15–20 минут, а родственники всё равно недовольны, упрекают, что долго ждать пришлось. В такие моменты мы ничего не доказываем и не объясняем, а просто делаем своё дело. Мы же понимаем: ко-



Давыдова М.В.



Самойличенко И.В.



Куприянова Т.В.



Коняшкин Н.Н.

гда плохо близкому человеку, эмоции над людьми порой зашкаливают.

Сейчас очень непростая эпидемиологическая ситуация, и порой на вызов уходит от двух до четырех часов. Например, у пациента подозрение на инсульт, а маршрутизация построена таким образом, что сначала мы должны доставить пациента в одно медицинское учреждение, чтобы сделать томографию легких и исключить коронавирусную инфекцию (КТ признана основным методом диагностики коронавируса), и только после этого возем больного в сосудистый центр на компьютерную томографию головного мозга.

Все наши действия регламентированы стандартами и протоколами лечения, а это подразумевает выполнение ряда обязательных процедур и заполнение документации.

«Скорую» вызывают разные пациенты...

Ситуации на выезде случаются разные – пациенты, к которым спешат медицинские работники на помощь, бывают в состоянии наркотического или алкогольного опьянения, аффекта или шока. И каждая такая ситуация требует своего подхода. Нужно суметь успокоить как самого больного, так и его родственников, убедить, что приехали «с миром» для оказания помощи. Когда есть угроза, что пациент и его окружение неадекватны, медики созваниваются с полицией, чтобы бригаду сопровождал страж порядка. Много зависит и от работы диспетчера, который после каждого принятого вызова остав-



Марченко Н.

ляет комментарии. В них он может указать, что на месте не совсем спокойная обстановка. По словам нашей собеседницы, в них и табуреты кидали, и гантели, и всё, что было под рукой.

Это сейчас Татьяна Куприянова вспоминает с грустной улыбкой на лице, но когда находишься в эпицентре такой ситуации, совсем не до улыбок.

Родовой экстрим

– Роды в «карете скорой помощи» это самое волнительное для медицинского работника, – улыбаясь, говорит Пономарева Евгения Евгеньевна. – И мне на этот счет очень везет – как моя смена – так роды, у меня за 30 лет работы такой богатый опыт принятия родов в машине скорой помощи, хоть книгу пиши.

Это сейчас, набравшись опыта, я более-менее спокойно воспринимаю та-



Пonomарева Е.Е.

кие ситуации, хотя доля внутреннего волнения все равно присутствует. Оказание скорой медицинской помощи при родах вне стационара, а особенно в машине – это большой риск. Как бы хорошо не был обработан салон спецавтомобиля, стерильности, как в родовом зале нет. А особенно боишься, если у роженицы возникнут осложнения (нарушение сократительной активности миометрия, сильный болевой синдром, который может привести к потере сознания, кровотечение) в процессе родовой деятельности, а это напрямую влияет на течение и исход родов.

Самый первый вызов к роженице запомнился на всю жизнь.

Шел седьмой месяц моей трудовой деятельности на «скорой» после окончания медицинского училища. Приняли вызов к роженице с признаками начавшейся родовой деятельности. Вторая беременность. Отошли воды...

Включив сирену и спецсигналы, машина направилась в роддом. Движение на дороге было затруднено из-за пробки. Я сидела рядом с роженицей и наблюдала за ее состоянием. Неожиданно начались интенсивные схватки, я поняла, что до роддома доехать не успеем. Женщина начала рожать. Думаю, не трудно представить состояние девушки, еще совсем недавно сидевшей на студенческой скамье, а в тот момент готовой принять новорожденного прямо в машине.

И этими новорожденными были двойняшки – девочки, которым я помогла родиться на свет. Можно сказать это было мое «боевое» крещение, про-



Табакова Т.

верка своих навыков на практике. Не зря же говорят: «Тяжело в учении – легко в бою»!

И с тех, самых первых родов, которые фельдшер Пономарева приняла в машине скорой помощи, как будто запустился какой-то неведомый механизм. Евгения Евгеньевна по воле судьбы, вот уже много лет принимает роды в экстремальных условиях, заработав славу акушерки.

Достаточно одного взгляда, чтобы правильно разобраться в обстановке

– Самые непредсказуемые и страшные вызовы связаны с ДТП, – объясняет Татьяна Табакова. – С мигалками и сиреной мчимся на место аварии, не представляя, что нас ждет. Сведения, поступающие в случае ДТП, почти никогда не бывают точными. Люди, попавшие в аварию, случайные свидетели обычно находятся в состоянии шока, сильного волнения, не могут сразу осознать и адекватно оценить случившееся, хотя диспетчерская служба проводит опрос по всем правилам и в соответствии с протоколом. Пока машина «скорой помощи» летит на всех парусах к месту происшествия, стараемся подготовить все необходимое, чтобы «аварийные» средства были под рукой – раскладываем бинты, жгуты, шприцы по карманам. В таких ситуациях голова «холодно» работает больше чем на 100 %, так как нужно трезво оценить состояние каждого пострадавшего, чётко определить, в какой последовательности оказывать помощь.

Когда пострадавших много, бригады в экстренном порядке снимаются с вызовов и отправляются на подмогу.

Я, наверное, не ошибусь, если отвечу не только за себя, но и за всех моих коллег со «скорой помощи», что привыкнуть к угасанию жизни, особенно детской, невозможно. В такой ситуации утешением служит только одно, что со своей стороны ты сделал всё, что от тебя зависело.

Даже такие трагичные ситуации не уменьшают любовь фельдшеров к своей работе, к своей профессии. Ведь спасённых жизней значительно больше, и это даёт им силы работать дальше, будучи твердо уверенными

в том, что они приносят реальную пользу.

Проговорить пережитое

После всего услышанного вопрос напросился сам собой: как эмоционально не сгореть на работе?

В разговор вступает Надежда Марченко:

– Когда долгое время работаешь в эмоциональном перенапряжении, с тяжелыми болезнями, травмами, страдающими детьми, всё это оставляет свой негативный след. Порой так хочется спрятаться в «своей скорлупе» или просто выговориться.

Появляется какое-то хладнокровие. Может быть, это и неплохо, потому что главная задача медицинского работника – сохраняя спокойствие, быстро, без суеты оказать помощь нуждающемуся в ней. Со стороны может показаться, что мы бессердечные, что у нас отсутствует сострадание, но это не так. Ставить диагноз и оказывать помощь надо с холодной головой. В ситуациях экстренной помощи просто нет времени для наших эмоций.

Как правило, когда мы собираемся вместе, то зарекаемся, что не будем говорить о работе. Но говорим. Говорим, потому что нужно: когда рассказываешь, проговариваешь пережитое, становится легче. Человек не должен оставаться наедине со своими переживаниями.

К тому же очень важно обмениваться опытом. Особенно когда приходят молодые фельдшеры, они задают много вопросов. Одно дело, когда ты был студентом и видел картинку в учебнике, другое – увидеть реального пациента и оказать ему помощь. Тут очень важен практический опыт.

Медики любят и умеют шутить

Пообщавшись с фельдшерами и медицинскими сестрами, мы убедились, что люди они очень позитивные и весёлые. Медицинские работники, оказывающие скорую медицинскую помощь изо дня в день, сталкиваются с тяжелыми заболеваниями, смертью и безвыходными ситуациями. И вот в таких ситуациях их спасает железная воля и чувство юмора. Без него – никуда. А шутить медики любят и умеют.

Вот и мы получили порцию тонкого и немного специфического медицинского юмора.

Самая скорая помощь

Вот так за разговорами о специфике работы фельдшеров «скорой помощи», наш рабочий день подошёл к концу. Наша «смена» с медиками прошла спокойно. Уходя с «дежурства», мы договорились с фельдшером Давыдовой Марией созвониться утром, чтобы узнать, как прошло оставшееся, самое напряжённое время суток – вечер и ночь. То самое время, когда обостряются симптомы хронических заболеваний и симптомокомплексы острых недугов. Среди пациентов увеличивается количество тех, кто весь день терпел и думал, что само собой пройдёт и полегчает, а потом сил хватает только на то, чтобы набрать номер Службы «103».

– Вечер прошёл сравнительно спокойно, в основном выезды были на повышенное давление. Был выезд в фитнес-клуб – девушка на занятии потеряла сознание, – сообщила Мария Владимировна. – А ночью курсировали по постоянным «клиентам» – бабушкам и дедушкам, которые страдают от давления – кто от пониженного, кто от повышенного.

«Скорая помощь» – тяжёлая работа и благородная миссия

Пусть ненадолго и не в полной мере, но нам удалось увидеть работу фельдшеров «скорой помощи».

И, конечно, радует, что выросло их материальное обеспечение. У «Службы скорой медицинской помощи» появились новые, отлично оснащенные автомобили, новые лекарственные препараты и методики, которые помогают медицинским работникам качественно и эффективно оказывать пациентам скорую помощь.

И мы с гордой уверенностью говорим, что в этой сфере трудятся настоящие энтузиасты своего дела – люди, которые, кроме профессионализма, обладают стальными нервами и стойким терпением. А самое главное, они имеют доброе сердце, способное разделить чужую боль и с самым маленьким, и с самым возрастным пациентом.

ЗДОРОВАЯ УЛЫБКА

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ В «ШКОЛЕ ЗДОРОВОГО ЗУБА»



Екатерина Викторовна ПОЛИВОДА
Главная медицинская сестра
БУЗ Омской области
«Стоматологическая поликлиника»

Укрепление профилактической медицины является одной из самых актуальных задач здравоохранения. И медицинским работникам здесь отводится очень важная роль – убеждать пациентов вести здоровый образ жизни, мотивировать их на правильное гигиеническое поведение и демонстрировать такое поведение личным примером. Именно поэтому в БУЗ Омской области «Стоматологическая поликлиника» была открыта «Школа здорового зуба», которая работает под девизом: «Чистить зубы – это первое, что следует сделать утром, и последнее, что следует делать вечером».

Стоматологическое просвещение – это неотъемлемая часть деятельности всех медицинских работников, и я хочу поделиться опытом работы своих медицинских сестер в «Школе здорового зуба». Стоматологическое просвещение в «Школе здорового зуба» начинается с предоставления нашим пациентам возможностей для самооценки и выработки правил поведения и привычек, максимально исключающих факторы риска возникновения заболеваний и поддерживающих приемлемый уровень стоматологического здоровья.

Цели «Школы здорового зуба», работающей на базе нашей медицинской организации, составляют:

- активное информирование пациентов о здоровом образе жизни;
- обучение методам сохранения здоровья, предупреждения заболеваний;



- формирование устойчивых убеждений и действий наших пациентов на основании приобретенных ими знаний.

Основные задачи «Школы здорового зуба» сводятся к следующему:

- разъяснение пациентам значения состояния зубов и полости рта для организма, роли гигиены и питания в профилактике стоматологических заболеваний;
- информирование об известных факторах риска возникновения стоматологических заболеваний и доступных методах их предупреждения;
- убеждение в необходимости отказа от вредных привычек, ведения здорового образа жизни и рационального использования стоматологической помощи.

Участие в стоматологическом просвещении является профессиональной обязанностью всех медицинских работников, согласно ст. 30 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах здоровья граждан», где говорится о том, что профилактика неинфекционных заболеваний осуществляется на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях органами государственной власти, органами местного самоуправления, рабо-

тодателями, медицинскими организациями, образовательными организациями и физкультурно-спортивными организациями, общественными объединениями путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, а также на снижение риска их развития, предупреждение и устранение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды, формирование здорового образа жизни.

В стоматологическом просвещении должны участвовать помимо врачей-стоматологов и стоматологических гигиенистов, психологи и, конечно, педагоги школьных и дошкольных учреждений.

Наша «Школа здорового зуба» работает по трем направлениям стоматологического просвещения:

- пропаганда знаний о здоровом образе жизни, путях и методах сохранения здоровья, профилактики заболеваний;
- агитация населения за соблюдение правил и методов здорового образа жизни и профилактики путем воспитания и убеждения;

- гигиеническое воспитание и обучение.

При организации и проведении стоматологического просвещения в системе профилактики стоматологических заболеваний акцент делается на детей и их родителей. Санитарно-просветительская работа и гигиеническое воспитание среди детей проводится строго дифференцированно по целям и содержанию в зависимости от возраста. Основной формой воздействия на ребенка в «Школе здорового зуба» является обучение с повседневным повторением при обязательном личном примере взрослых. Чем меньше возраст ребенка, тем легче формируется гигиенический навык по уходу за полостью рта, переходящий в стойкую привычку. Поэтому работа медицинских сестер с нашими пациентами в «Школе здорового зуба» начинается с санитарно-просветительской профилактики с родителями, а также педагогами школьных и дошкольных учреждений. Необходимо не только привлечь внимание этой категории взрослых к состоянию зубов и органов полости рта у детей, но и приобрести таким образом убежденных помощников.

Ведущей формой работы с взрослым населением в «Школе здорового зуба», конечно же, являются убеждение и пропаганда. Наиболее популярная форма (92 %) санитарно-просветительской работы в «Школе здорового зуба» – индивидуальные беседы, которые проходят во время приема у врача-стоматолога, но словесная форма не-



эффективна у детей младшего возраста и может быть рекомендована для людей 20–45 лет. Редко медицинские сестры в «Школе здорового зуба» читают лекции, чаще и эффективнее здесь работает наглядная информация – стенды и санитарные бюллетени.

Медицинские сестры в своей работе используют устный, печатный, наглядный и комбинированный методы стоматологического просвещения. Проведя анализ работы «Школы здорового зуба», я сделала вывод, что самая эффективная работа с пациентами включает: беседы, лекции, ответы на вопросы, «уроки здоровья», игры, распространение печатных и иллюстрированных материалов и др.

Вводные занятия в «Школе здорового зуба» начинаются с беседы, которая обязательно проводится для контроля

знаний пациентов о гигиенических навыках. Особенно сложно «работать» нет, не с детьми, а с взрослыми и разумными пациентами, у которых сформировались свои взгляды и привычки по вопросу ухода за полостью рта. Приходится убеждать, что каждый зуб в нашей широкой улыбке – это звено в зубной цепи. Каждая группа зубов выполняет свою функцию. Когда нет правильного ухода за зубами, когда у пациента имеются серьезные хронические заболевания, которые влияют на состояние зубов, рано или поздно придется зуб удалять или он выпадает, форма зубных рядов и челюстей меняется. Зубы начинают смещаться и заполнять освободившееся пространство. В дальнейшем это может вызвать затруднения при протезировании. Нередко приходится объяснять, что даже самая лучшая зубная паста в мире не вылечит больной зуб, что жевательная резинка лишь восстанавливает кислотно-щелочной баланс, нарушенный во время еды. В «Школе» мы не устанем убеждать пациентов проходить обследование и выполнять профессиональную гигиену у стоматолога не реже 1–2 раза в год, – такая профилактика поможет выявить и эффективно устранить патологию на начальных этапах ее развития.

Работа с детьми – это работа с родителями. И как раз здесь «Школа здорового зуба» помогает внушить, рассказать, объяснить, показать, донести до родителей доступными нам способами информацию о потенциальных угрозах здоровым зубкам, если они свое-





временно не будут посещать стоматолога. А родители в домашних условиях должны правильно, аккуратно и осторожно настроить ребенка на первое посещение стоматолога, чтобы, придя на прием к врачу-стоматологу первый раз в своей жизни, ребенок правильно отреагировал на врача.

Самое интересное содержание в работе «Школы здорового зуба», по мнению медицинских сестер, представляют упражнения. Упражнения – планомерное повторное выполнение пациентом заданных действий для освоения и повышения качества их выполнения (миогимнастика, контролируемая чистка зубов). Сущность этого метода состоит в том, что учащиеся производят многократные действия, т. е. тренируются (упражняются) в применении усвоенного материала на практике и таким образом углубляют свои знания, вырабатывают соответствующие умения и навыки, а также развивают свое мышление и творческие способности.

Проверка и оценка знаний, умений и навыков пациентов, обучающихся в «Школе здорового зуба», является важным структурным компонентом стоматологического просвещения и, в соответствии с принципами систематичности, последовательности и прочности обучения, осуществляется в течение всего периода обучения. Этим обуславливаются различные виды проверки и оценки знаний. Основные из них – контролируемая чистка зубов, чистка зубов с помощью

флосса, удаление зубного налета с помощью ирригатора и др.

Давая нашим пациентам знания, мы не забываем их периодически проверять – тестирование позволяет оценить качество усвоения материала и закрепить его. При обучении дошкольников и школьников медицинские сестры нередко задают домашнее задание, которое очень нравится нашим маленьким пациентам. Это могут быть стихи о зубах, сочинения, рисунки, поделки и др. При повторном посещении в «Школе здорового зуба» наши пациенты демонстрируют выполненное ими домашнее задание.

Медицинские специалисты в «Школе здорового зуба» работают по утвержденному на год плану санитарно-просветительской деятельности по профилактике стоматологических заболеваний. Медицинскими сестрами ведется журнал, в котором отмечаются мероприятия, количество часов, названия лекций, бесед, количество слушателей. Темы стоматологического просвещения используются разнообразными, подходящими возрасту пациента:

- «Взаимосвязь заболеваний полости рта и общего состояния здоровья детей»;
- «Значение питания в обеспечении здоровья полости рта и правила приема пищи»;
- «Роль оздоровительных мероприятий для развития и состояния органов и тканей полости рта»;
- «Гигиенический уход за полостью рта»;

- «Предупреждение заболеваний полости рта»;
- «Выявление и устранение вредных привычек для предупреждения пороков развития зубочелюстной системы у детей».

Количество занятий в «Школе здорового зуба» равняется числу посещений пациентом врача-стоматолога, наша школа строго индивидуальна. Специально записываться в «Школу здорового зуба» не нужно, во время приема родителям маленьких пациентов предлагается пройти такие занятия, медицинская сестра рассказывает суть работы и очень важно, чтобы желание было как у родителей, так и у маленьких пациентов.

По итогам года медицинские сестры составляют отчет о проделанной работе, анализируют достигнутые результаты. Конечно, мы стремимся к росту показателей, привлечению большего числа пациентов на занятия. С учетом пандемии считаем, что нам удалось сохранить темпы работы нашей школы.

Годовой отчет «Школы здорового зуба» по стоматологическому просвещению за 2019–2020 г.

Тема	Количество детей		Количество часов	
	2019	2020	2019	2020
Кариес зубов и питание	60	68	44	44
Когда, как и чем чистить зубы	63	69	44	44
Как правильно подобрать зубную щетку. Методы чистки зубов	65	69	44	44
Контроль и закрепление знаний и умений	63	69	44	44

В связи с развитием новых технологий в стоматологической практике просвещение в последние годы приобретает особую актуальность. Развитие «Школ здорового зуба» необходимо для наших пациентов, оно позволяет реализовать один из основополагающих принципов реформирования здравоохранения – обеспечение партнерства медицинских работников и пациентов в достижении качества и эффективности оказываемой медицинской помощи.

AESCLAP Aicon®

Инновационная система для стерилизации, хранения и транспортировки



reddot winner 2020*

* Международная премия промышленного дизайна



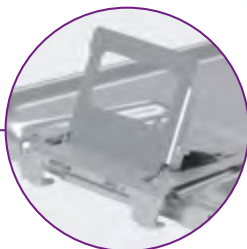
Извлечение инструментов в гарантированно стерильном состоянии

Благодаря специальной конструкции силиконовой прокладки ободок и верхняя часть поверхности контейнера при вскрытии остаются стерильными



Эргономичный дизайн ручек и новая конструкция замка

Требуется значительно меньше усилий, чтобы открыть и закрыть контейнер. Ручки плотно прилегают и не бьются о корпус



Инновационное устройство для отвода конденсата (EDS) сокращает время обработки

Удаляет весь конденсат в процессе стерилизации — инструменты почти сухие еще до начала фазы сушки!



Новый уровень в обработке и обращении инструментов в клинике

ООО «Б. Браун Медикал» | www.bbraun.ru

196128, Санкт-Петербург, а/я 34, e-mail: office.spb.ru@bbraun.com
Тел./факс: +7 (812) 320-40-04

117246, Москва, Научный проезд, д. 17, оф. 10-30
Тел.: +7 (495) 777-12-72

30 ЛЕТ ВМЕСТЕ

РАМС ПРИЗЫВАЕТ ВСЕХ СПЕЦИАЛИСТОВ
ОБЪЕДИНИТЬСЯ



Уже три десятилетия Ассоциация медицинских сестер России прокладывает путь для современного сестринского дела. Нельзя сказать, что этот путь легок, — на каждом шагу сопротивляется устойчивое, укоренившееся отношение к профессии, как к вспомогательной. В одних направлениях практики и медицинских организациях сестры

берут все новые и новые вершины мастерства, начинают работать на более высоком уровне, становятся признанными и полноправными партнерами врачей, в других мы порой наблюдаем пренебрежение сестринским персоналом.

Осознавая 30-летний путь, пройденный профессиональным сообществом и ответственность за будущее профес-

сии и медицины в целом, Ассоциация медицинских сестер России считает своим долгом предпринять конкретные шаги к общему объединению и обращается к руководителям профессиональных ассоциаций средних медицинских работников, руководителям сестринских коллективов, всем специалистам, заинтересованным в развитии сестринского дела.

ОТКРЫТОЕ ПИСЬМО

Дорогие коллеги!

В 2022 году Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестер России» (РАМС) отмечает свое 30-летие.

Три десятилетия назад медицинские сестры впервые сделали первые совместные шаги по защите интересов специалистов сестринского дела, созданию основ для непрерывного обмена опытом, разработке важнейших отраслевых документов, методических рекомендаций для практикующих специалистов.

Сейчас мы подошли к тому рубежу, когда прогрессивные идеи по развитию сестринской помощи могут и должны быть реализованы повсеместно, — в каждом уголке страны, в каждой медицинской организации, на каждом рабочем месте. В конце 2021 года Минздравом России были приняты принципиальные решения по вопросу управления сестринской деятельностью и передаче полномочий в этой сфере медицинским сестрам; министерствами всех стран была принята Глобальная стратегия укрепления сестринского дела и акушерства, регионами России накоплен колоссальный опыт перемен и преобразований, тысячи специалистов вовлечены в систему профессионального развития. Тысячи, но не все.

Мы убеждены, что все специалисты сестринского дела, акушерки, фельдшеры, лаборанты нашей страны имеют равное

право на профессиональное развитие и участие в общественной работе той организации, которая им интересна, которая отражает их взгляды на профессию.

Единство профессионального сообщества определено, как высшая ценность в Этическом Кодексе медицинской сестры России.

Мы, сестринское сообщество страны, должны вместе определять ориентир развития профессии, стратегию движения вперед, разрабатывать лучшие и единственно верные регламентирующие документы, профстандарты, методические рекомендации и руководства. У нас нет права на простой и ожидание.

Сегодня, когда наша страна столкнулась с беспрецедентными сложностями, единство профессионалов отрасли приобретает критически важное значение.

Осознавая жизненную необходимость профессиональной солидарности, РАМС обращается ко всем специалистам сестринского дела.

Мы приглашаем все ассоциации объединиться в составе РАМС для совместных действий по сохранению и развитию нашей профессии. Мы готовы открыть для вас все ресурсы Ассоциации и предоставить возможность активного участия в действующих и разворачивающихся инициативах, среди которых общедоступная программа психологической поддержки, проект непре-

рывного медицинского образования, исторический марафон РАМС, проект «30 лет — 30 добрых дел», многочисленные акции и публикации.

Мы призываем лидеров и членов действующих региональных ассоциаций вернуться к истокам создания профессионального сестринского объединения, переосмыслить пройденный путь, принять взвешенные решения относительно будущего сестринского дела в России.

Мы призываем сестринские коллективы, корпус главных специалистов, главных сестер в регионах, где не сформированы профессиональные ассоциации, провести встречи с коллективами, обсудить возможности создания организации, оценить имеющийся потенциал, профессиональный интерес и потребность специалистов и обратиться в РАМС за необходимой поддержкой по созданию общественной организации.

Мы призываем все профессиональное сестринское сообщество объединиться в составе Ассоциации во благо сохранения и развития нашей профессии. Работая вместе, мы сможем добиться большего.

Мы призываем всех медицинских сестер, акушеров, фельдшеров, лаборантов — всех профессионалов, имеющих среднее профессиональное образование, к глобальному объединению во имя движения вперед всей профессии и каждого специалиста.

СВЯЩЕННЫЙ ПОДВИГ, СВЯЩЕННАЯ СЛАВА



■ **Тамара Васильевна ДРУЖИНИНА**

Президент Ассоциации медицинских сестер 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.



В.Е. ПОЛУХИНА (СЯГЛО)

Была санитарным инструктором 847-го стрелкового полка 303-й Верхнеднепровской стрелковой дивизии. Приводим отрывок из текста воспоминаний о войне, которое женщина прислала в 1969-м году в партархив КПСС. В нем много имен тех, кто так и не вернулся с фронта

...18-летней комсомолкой я окончила курсы медсестер и была зачислена в 847-й стрелковый полк. И вот полк погрузился в эшелоны. Заиграл на перроне оркестр. Провожающие нам наперебой кричали, что-то советовали, называли... У многих, как и у меня в то время, глаза были на мокром месте. Поехали. «Дом позади, фронт впереди» – так шутили девчата санроты, занимавшие один из вагонов эшелона. За долгую дорогу много было спето песен – и грустных, и веселых. Помню, чаще всех мы пели старую солдатскую: «Черный ворон, черный ворон, что ты выешь – ся надо мной?»

...Дивизия разгрузилась из эшелонов в Липецке в середине июля 1942 г. На фронт, под Воронеж, шли два дня. Дни стояли жаркие. Палило солнце. Дороги покрылись пылью. Всюду неубранные поля спелого урожая. Вечером 18 июля наша санчасть разбила палатки в лесу, недалеко от одинокого домика на Лысой горе. Мимо нас все шли и шли ба-

тальяоны дивизий, шли на передний край. Рано утром 19 июля дивизия перешла в наступление. В санчасть начали поступать раненые, и так много, что вся поляна на Лысой горе около палатки была похожа на красный мак. Возле носилок склонилась Мария Шамаева. Подхожу к ней. Она мне говорит: «Помоги, пожалуйста, остановить кровь у этого раненого. Ни один жгут не помогает». Посмотрела я на раненого, а у него перебиты обе ноги выше колен. Общими усилиями остановили кровотечение. Но от большой потери крови он так ослаб, что не мог говорить, а видно, что сказать что-то хочет, глазами показывает на карман гимнастерки. Отстегнув клапан кармана, я вынула конверт с письмом. Когда вынимала письмо, из него выпала на окровавленную гимнастерку бумажечка, на которой карандашом была обведена детская ручонка, как будто тянувшаяся к своему родному отцу. Я показала раненому этот рисунок, спросила его, что мне делать с его письмом, но ответа не дождалась. В этот же день меня, Елену Козлову, Тоню Березину, Шамаеву Марию, Шаламову Шуру направили на передний край оказывать помощь раненым на поле боя, так как там не хватало медработников. Больше всего мне пришлось быть в овраге, а впереди, на возвышении, недалеко находилась областная больница. Здесь мы оказывали первую помощь раненым, которых выносили с поля боя.

...И вот я снова ползу по бурьяну. Где ползу, а где перебегаю. Убит Иванов Иван Петрович, комиссар полка. Прямое попадание снаряда в тело комиссара, и осталась от него только нога. Страшно было смотреть на изуродованное тело адъютанта и обнажившуюся кость изуродованной ноги комиссара. Много погибло наших девушек под Воронежем. Хаустова Августа при вынесении раненых с поля боя. Гутя была тяжело ранена в живот. На второй день она скончалась. Вогайцева Аня, до войны училась в Гурьевске в 10-й школе, комсомолка, санитарка 847-го стрелкового полка, в который вступила добровольцем. Погибла при освобождении Воронежа. За героизм, проявленный при спасении раненых во время боя, посмертно награждена орденом Красного Знамени. Сидельникова Нина погибла под Воронежем. Замечательной души человек. В трудную минуту она всегда с товарищем. Веселая, энергичная, живая, подвижная. Вот такой она осталась в моей памяти. Погибла на поле боя при выносе раненого. Страшная ее была гибель. Оторвало голову снарядом. Кунинская Мария, Власова Нина – эти девушки остались лежать навечно у северной окраины Воронежа. Маркова Лиза погибла трагически у села Ковпоковка. Была тяжело ранена. Мария Шамаева оказала ей помощь, но вынести с поля боя Лизу было невозможно. Наши оставляли село. Осталась и Лиза. При появлении фашистов в селе Ковпоковка Лиза, преодолевая боль, расстреливала из автомата фашистов. Остался в диске один патрон. Он был для Лизы. Так погибла отважная комсомолка Лиза Маркова. А в одном из боев фашисты прорвались к месту, где оказывалась помощь раненым советским воинам. Расстреляв раненых и медицинский персонал, фашисты жестоко издевались: выкололи глаза, вырезали груди и, полуживую, истерзанную, облили бензином военврача Туманову и сожгли.

АННА ИВАНОВНА КУЗНЕЦОВА-КОЛОКОЛЬЦЕВА

Была санитаркой 845-го стрелкового полка 303-й сибирской стрелковой дивизии. Фрагмент ее воспоминаний о фронте был опубликован в 1986-м году. Вот некоторые цитаты из него.

– Мы были молоды и ничего-то кроме песен да мечтаний о будущем не знали. А тут сразу грохот боев, пожары, кровь... У солдат, вернувшихся с передовой, мы пугливым шепотом спрашивали: «А девушек там убивают?» Солдаты смеялись и говорили: «Становись повыше, чтоб виден был красный крестик, тогда не тронут». Скоро, очень скоро убедились, что для фашистов не было ничего святого. Не скрою – от первого же увиденного на поле боя раненого я бросилась наутек. Потом опомнилась и ужаснулась своему поступку. Что же я делаю? Ведь это дезертирство! Ринулась назад. Дрожа от страха и стыда, перевязала я солдата. А военфельдшер Тимошенко говорит: «Ну, теперь ты настоящий санитар». Однажды случилось так, что наш санпункт оказался между своими и немцами на так называемой «нейтралке». Ночью к нам приполз лейтенант Тимошенко и сказал, что надо выбираться. «Подождите, – добавил он, – я разведваю обстановку, а потом и вас выведу». Через несколько минут услышали глухой выстрел. Выглянули мы из-под разбитого танка, где укрывались, и видим – наш военфельдшер лежит недвижим, а на нем верхом сидит какой-то детина и выбрасывает из его карманов все содержимое. Кое-что кладет себе в карман. Вот и наган забрал. Нам показалось это подозрительным. Мы с Аней Федоровой подползли незаметно к детине и набросили на него плащ-палатку да потуже затянули ее. Он оказался как бы в мешке. За веревки мы потащили этот мешок к себе под танк. В это время к нам подполз санинструктор Чуприков. С помощью Чуприкова мы покрепче связали неизвестного. А когда разрезали его гимнастерку, увидели под ней мундир немецкого офицера. Под огнем немцев мы доставили свой трофей в штаб полка. Он оказался вражеским разведчиком. На допросе фашист нагло заявил, кивнув в нашу сторону: «Если бы не эти птички, я бы втерся в вашу разведку». За находчивость я и Аня Федорова были представлены к награде и получили по ордену Красного Знамени.

МАРИЯ КИРИЛЛОВНА ЯКУНИНА

Родилась в 1922-м году в шахтерской семье в деревне Плотниково. В 1940-м окончила восемь классов и поступила в медицинское училище в городе Ленинск-Кузнецкий. В 1942-м выпустилась с фельдшерского отделения и сразу же поехала на фронт: ее ждал госпиталь воинской части № 880, который специализировался на приеме бойцов с ранениями верхних и нижних конечностей. Раненые поступали беспрерывно: отдыхать молодым сестрам было некогда, о сне забыли. В марте 1943-го госпиталь переименовали в эвакогоспиталь № 3905 и отправили поездом на запад страны в город Петровск Ярославской области. Профиль тоже сменился: теперь лечили других раненых – контуженных, глухих, немых и эпилептиков. А в ноябре 1943-го вновь последовала передислокация – теперь в город Рыбинск, где Мария Кирилловна уже проработала до конца войны. За свои

заслуги перед Отечеством была награждена медалью «За Победу над Германией». В Рыбинске медсестра познакомилась со своим будущим мужем Якуниным Иваном Никифоровичем. После войны уже вместе они перебрались в город Кемерово. Мария Кирилловна устроилась работать на станцию скорой медицинской помощи, а в 1952-м году перевелась в 3-ю поликлинику в травматологический кабинет. В 1978-м году снова сменила место работы – пришла в травматологическое отделение 5-й поликлиники, где и трудилась до 1984-го года. Уже оттуда ушла на заслуженный отдых.



МАТРЕНА АЛЕКСЕЕВНА СОЛДАТОВА

В 1938-м году окончила Прокопьевскую фельдшерско-акушерскую школу и сразу возглавила медпункт совхоза «Октябрьский». В этом совхозе всю жизнь трудились ее отец Алексей Кузьмич и старшая сестра Александра. У

Матрены было довольно слабое здоровье, и она имела право остаться в тылу. Но сама решила идти на фронт в 1942-м. Вначале ей поручили сопровождать воинские эшелоны на фронт, а затем направили в 140-ю отдельную стрелковую бригаду. Сразу же по прибытию на передовую пришлось участвовать в страшных боях под Волховом, посмотреть в глаза смерти. Медсестра вытаскивала раненых бойцов с поля боя, помогала им прямо под обстрелом немецких орудий. После кровопролитного боя за деревню Смердынь Матрене Алексеевне вручили именное оружие – маленький пистолет. А отцу героической девушки командование направило письмо с благодарностью за воспитание дочери – бесстрашной патриотки.

Медсестра Солдатова прошла фронтовыми дорогами Воронеж, Борисполь, Киев, Польшу. Победу встречала в Берлине в звании лейтенанта медицинской службы. Была удостоена высоких наград – ордена Красной звезды и ордена Великой Отечественной войны 2 степени, четырех медалей.

Поле войны Матрена Алексеевна вернулась в родной совхоз «Октябрьский». Именное оружие, как положено, сдала в воинскую часть. Вновь взялась за работу в медпункте и трудилась там, не переставая двадцать лет, пользуясь большим уважением коллег и всех местных жителей. Потом переехала в Кемерово, где работала в санпропускнике на станции скорой помощи Центральной больницы Кемеровского района.



НАДЕЖДА ГОРШКОВА

Родилась в Щегловске в 1924-м году. До войны трудилась на хлебокомбинате, а в 17 лет была призвана в ряды Рабоче-Крестьянской Красной армии. В 1943-1944 годах на фронтах Великой Отечественной войны была санитар-

кой в составе Краснознаменной ордена Кутузова танковой бригады. Выдержала и бомбежки, и ранения, и контузии, и смерть боевых друзей-однополчан у нее на руках.

После войны вернулась в родной Кемерово и работала в 3-м детском костно-туберкулезном санатории. Удостоилась почетного звания «Ударник коммунистического труда». Многие юные пациенты вспоминали ее всю жизнь с благодарностью.

Надежда Горшкова скончалась в 2002-м году. Память о матери бережно хранит ее сын Сергей, выбравший профессию учителя, кемеровчанин.



АНАСТАСИЯ НИКИТИЧНА ОРЛОВСКАЯ (КОВАЛЕВА)

Уроженка Щегловска, после средней школы поступила в фельдшерско-акушерскую школу, окончила ее в 1940-м и собиралась поступать в Томский медицинский институт. Планы девушки перечеркнула война. На следующий день после объяв-

ления Германией войны СССР Анастасию уже призвали на военную службу. Медработников отправлены поездом в составе 669-го полевого передвижного госпиталя на Западный фронт, в район города Ржева. Состав остановился на западной границе Московской области. И тут произошло первое боевое крещение юной медсестры: вражеский авианалет, бомбардировка... Часть вагонов сгорела и эшелон так и не добрался до места назначения. Госпиталь расположился на знаменитом Бородинском поле. Шли ожесточенные бои, немцы все ближе продвигались к Москве. Бородинское поле из прифронтовой полосы превратилось в линию фронта. Пришлось сворачивать госпиталь и отступать. Тяжелораненых тогда отправляли в тыловые госпитали на грузовых машинах – одну из них поручили сопровождать Анастасии. А тех, кто был ранен легко, погрузили на поезд вместе с основным оборудованием госпиталя. Позже Анастасия узнала, что этот поезд был прямо на станции захвачен фашистами...

Девушке предстояла отправка на новое место службы в военно-санитарный поезд 11-11. Но пока состав формировался, она прошла хорошую практику в московском госпитале им. Бурденко. А уже 31 декабря 1941 года ВСП 11-11 отправили в первый рейс – на Калининский фронт. Там медсестра получила ранение и контузию, два месяца лечилась в госпитале. А выздоровев, получила направление в сортировочный эвакуационный госпиталь в городе Калинин, в стороне от прифронтовой полосы. Новая работа оказалась не менее тяжелой: нужно было делать экстренные перевязки, накладывать гипс, чистить раны, давать наркоз, делать прямое переливание крови. Там медсестра впервые сама стала донором крови, позже она продолжила сдавать кровь – до самого пенсионного возраста. Затем Анастасия Никитична вновь оказалась на фронте – участвовала в освобождении Белоруссии и Прибалтики. Победа застала ее в латвийском городе Даугавпилс.

Домой в Кемерово фронтовая медсестра вернулась осенью 1945-го года: здесь жить и осталась. За свои боевые и трудовые заслуги она была удостоена многих наград, а также звания «Заслуженный донор СССР».

ВЫЯВИТЬ И ОБЕЗВРЕДИТЬ

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ПРОВОДЯТ АКЦИЮ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ РАКА КОЖИ



■ **Елена Витальевна ТАРАСОВА**

Главная медицинская сестра ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город», председатель специализированной секции ТРОО ТОПСА «Сестринское дело в онкологии»



■ **Наталья Леонидовна ПЛЕСОВСКИХ**

Старшая медицинская сестра гинекологического отделения медицинской и хирургической службы ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город»

С 2021 года в Тюменской области проходит уникальная, не имеющая аналогов в России акция, посвященная Всемирному дню борьбы с онкологическими заболеваниями, под названием **«МЫ МОЖЕМ, Я МОГУ»**. В рамках акции ключевую роль при выявлении рака кожи играют непосредственно сами медицинские сестры, как амбулаторно-поликлинического звена, так и работающие в стационарных подразделениях медицинских организаций города и области.

Профессиональный челлендж медицинских сестер Тюменской области, зарегистрированный на общемировом сайте Дня борьбы с раком как мероприятие, проводимое в России, превзошел ожидания организаторов. Данная работа в 2021 году была отмечена сертификатом Союза по международной борьбе с раком, получив высокую оценку сообщества.



Идея акции, можно сказать, просто «лежала на поверхности». Расширение роли современных медицинских сестер позволило не только подчеркнуть актуальность проблемы ранней диагностики, но и продемонстрировало смелость при ее решении. Решив отойти от привычной формы проведения большинства акций, подразумевающих раздачу памяток, буклетов, организацию флешмобов, медицинские сестры Тюменской области совершили своеобразный прорыв в развитии онкологической службы, решив применить более масштабные методы работы.

Не зря есть такое выражение: все гениальное – просто. Так и в нашем случае в качестве помощника для раннего выявления онкологических заболеваний кожи было решено использовать мобильный телефон, ежедневно применяемый каждым из нас для мультимедийной коммуникации. А почему бы этому доступному гаджету не начать приносить реально ощутимую пользу пациентам? Ведь сделав фотографию, **МЫ МОЖЕМ** поделиться информацией, насторожившей медицинскую сестру, и в дистанционном режиме провести быструю и квалифицированную диагностику.

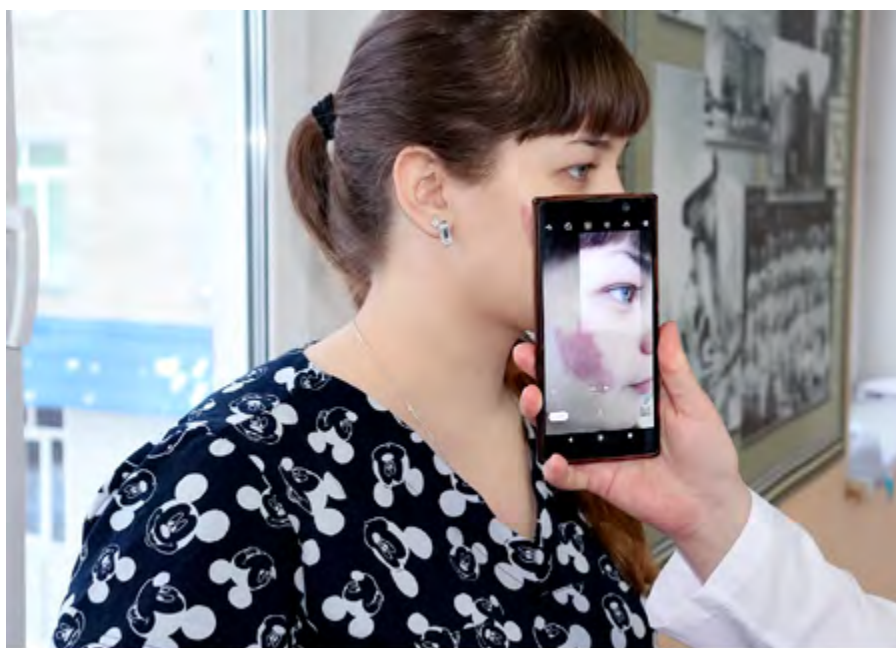
Рак кожи – коварное заболевание, которое входит в число самых распространенных злокачественных образований во всем мире. Опухоль может располагаться на любых участках тела,

но чаще поражаются именно открытые участки тела. Среди злокачественных новообразований наружной локализации наиболее распространенными являются рак кожи и меланома. Самое печальное то, что пациенты не обращают внимания на изменение состояния кожи, на изменения родинок, настораживающие признаки и симптомы, и обращаются с этой проблемой к медикам, когда может быть уже слишком поздно. Запущенные стадии болезни трудно поддаются лечению.

В рамках акции медсестры-организаторы призывали сообщество медицинских сестер Тюменской области обращать внимание на кожу пациентов – на пигментацию, родинки, родимые пятна. Любые изменения их формы, размера и цвета должны настораживать и быть сигналом для немедленного обращения к врачу. Сестринским персоналом «Медицинского города» была подготовлена подробная видеоинструкция о том, как дифференцировать новообразование – доброкачественное от злокачественного – и как правильно сделать фотографию родинки.

В видеоинструкции были приведены характеристики, которым необходимо уделить особое внимание, используя систему ABCDE:

- асимметрия (форма – возвышающаяся над уровнем кожи);
- край;
- цвет, оттенок;



- диаметр, размер;
- динамика (изменчивость: цвета, формы, размера).

Видеоинструкция также содержала требования к съемке фотографии. Чтобы снимок получился качественным, очень важно близкое расположение камеры, – врачу-онкологу должны быть видны всевозможные доступные для обозрения элементы. Фокус камеры должен быть четким, чтобы были видны объективные контуры. Соблюдение данных правил было особенно важно и значимо для дальнейшей работы специалистов онкологической службы.

По условиям челленджа на протяжении месяца, начиная с 4 февраля, медицинские сестры из 25 медицинских организаций Тюменской области, заподозрив у пациента, знакомых, близких, родных людей или у себя онкологическое новообразование кожи, могли сделать фотографию этого образования и направить ее на специальную электронную почту для изучения опытным врачом – онкологом-дерматологом «Медицинского города». Каждое фото получало специальный шифр, и персональные данные пациента были известны только медицинской сестре, переславшей фото. Результат изучения каждого случая направлялся обратно медицинской сестре с инструкцией по работе с конкретным пациентом. Следуя алгоритму, она направляла пациента на дополнительные обследования, а в даль-



нейшем сообщала о результатах онко-дерматологу.

Медицинскими сестрами г. Тюмени и области была проведена колоссальная работа: выполнено и направлено специалисту 1098 снимков, более ста пациентов прошли дополнительные обследования, из них 32 человека на протяжении нескольких месяцев наблюдались врачами-онкологами. У 6 человек была выявлена доброкачественная опухоль, 10 пациентам поставлен диагноз «базальный рак кожи». Медицинские сестры постоянно сопровождали каждого из пациентов, сообщая им результаты индивидуально по телефону либо при очной встрече.

Сложно умалить масштаб выполненной медицинскими сестрами работы, ведь именно благодаря их участию, внимательности, настороженности удалось спасти многие жизни! Каждая медсестра – участник челленджа решила: «Я МОГУ», – и своими действиями помогла приблизить специализированную онкологическую помощь к пациентам, которые даже не задумывались о том, чтобы уделить внимание своим родинкам.



Но не стоит думать, что медицинские сестры онкологической службы Тюменской области теперь будут довольно поживать на лаврах. Добившись высоких результатов, они полны новых планов, идей и не допускают мысли на этом останавливаться. Только сообща, объединившись во имя большой и важной цели, огромная гвардия медицинских сестер, акушерок, фельдшеров сможет привлечь внимание населения к проблеме онкологических заболеваний.

Пришло время всем вместе включиться в непримиримую борьбу с этим грозным и серьезным заболеванием. Профилактическая работа, проводимая тюменскими медицинскими сестрами, может сыграть роль индикатора, расширив степень доверия к знаниям и опыту медицинских сестер, продлевая жизнь пациентам. В этом году медицинские сестры Тюменской области вновь провели эту акцию и в ближайшее время подведут ее итоги. Присоединяйтесь! Если мы смогли, вы тоже обязательно сможете реализовать столь важную инициативу для своих пациентов!

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПОДБОРА ОЧКОВ ПРИ АМЕТРОПИИ

НА ЧТО ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО КАБИНЕТА
ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ



■ **Плотникова О.А.**

Старшая медицинская сестра
диагностического центра ЧФ ФГАУ
«НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза»
им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава
России



■ **Перцева С.Н.**

Руководитель специализированной
секции РАМС «Сестринское дело
в офтальмологии», преподаватель
ЧОУ ДПО «Академия медицинского
образования им. Ф.И. Иноземцева»

8 октября 2019 г. ВОЗ впервые опубликовала Всемирный доклад о проблемах зрения (World report on vision) (рис. 1). Согласно отчету, основными причинами нарушения зрения являются нескорректированные аномалии рефракции (88,4 млн) и катаракта (94 млн). Ежегодный ущерб от снижения производительности труда, обусловленного только некорректированной близорукостью и пресбиопией, по оценкам, составляет более 244 млрд долл. [1].

Одним из факторов столь широкого распространения нарушений рефракции глаза является низкая доступность офтальмологической помощи во многих странах мира. Подбор очков для коррекции зрения чрезвычайно ответственное дело. Неправильно подобранные очки могут принести значительный вред здоровью и значительно ухудшить зрение.

В соответствии с профстандартом «Специалист в области медицинской оптики и оптометрии», утвержденным приказом Министерством Здравоохранения РФ от 31.05.2021 № 347н, который

вступит в силу с 1 марта 2022 г., подбор очковой коррекции зрения, средств коррекции слабовидения взрослым пациентам, подбор МКЛ (мягких контактных линз), выполнение транспозиции при измерении и подборе астигматических линз являются необходимыми профессиональными навыками медицинского работника, осуществля-



Рис. 1

ющего профессиональную деятельность по специальности «Медицинская оптика» [2].

Новый стандарт является прорывным и долгожданным в области медицинской оптики, предоставляя специалистам со средним профессиональным образованием весьма широкие профессиональные полномочия. До появления данного документа должностные обязанности медицинского оптика-оптометриста регулировались положениями, прописанными в Едином Квалификационном справочнике (ЕКС). Благодаря профстандарту трудовые функции специалистов стали более четкими и определенными. Кроме того, в отличие от ЕКС, в перечне трудовых действий специалиста появились такие функции как:

- работа на диагностическом офтальмологическом оборудовании, использование медицинских изделий, предназначенных для обследования взрослых и детей с рефракционными нарушениями и признаками зрительной дезадаптации;
- оформление направления пациентов на консультацию к врачу-офтальмологу и (или) врачу-специалисту.

Также расширились требования к необходимым навыкам и умениям, которые ранее не упоминались в ЕКС:

- проведение кератотопографии;
- назначение, принцип и методика работы на диагностическом офтальмологическом оборудовании, с медицинскими изделиями для обследования пациента.

Наличие профстандарта поможет определить требования руководителей к своим сотрудникам, а в дальнейшем обеспечить актуальные учебные программы повышения квалификации для медицинских работников.

Для обеспечения доступности медицинской помощи и удовлетворения потребностей пациента требуется постоянное обучение персонала, оказывающего медицинскую помощь по профилю «офтальмология».

С целью повышения квалификации и расширения знаний в области офтальмологии в ЧФ ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России для персонала диагностического центра

проводятся регулярные лекции. Современные методы коррекции аметропии – одна из тем, изучаемых в рамках специальности «Медицинская оптика».

Глаз человека представляет собой сложную оптическую систему. Преломление света в любой оптической системе обозначается термином «рефракция». Единицей измерения рефракции является диоптрия. Оптическая система глаза включает в себя: роговую оболочку с преломляющей силой 38–44 дптр, хрусталик – с преломлением 17–22 дптр, а также влагу передней камеры и стекловидное тело – в общей сложности 2–3 дптр. Общая сила преломляющей способности глаза составляет 58,82 дптр [3].

Аметропия представляет собой нарушение рефракции, при которой изображение предметов, находящихся на бесконечном удалении от глаза, получается на сетчатке нечетким, в кругах светорассеяния.

Определяют следующие виды аметропий:

- миопия;
- гиперметропия;
- астигматизм;
- пресбиопия;
- анизометропия, то есть состояние, при котором рефракция правого и левого глаза различается.

Очковая коррекция – это самый безопасный и распространенный способ коррекции аметропий. Очки можно носить с любого возраста (0+), это зависит от состояния глаз. Для подбора очков специалистам требуется высокий уровень знаний и практических навыков, которые они используют в своей работе.

Зрение пациента может быть исправлено помещением линз перед глазом: при гиперметропии – выпуклых (положительных) (рис. 2а), при миопии – вогнутых (отрицательных) (рис. 2б). Линзы перемещают задний фокус глаза на сетчатку и делают изображение предметов резким.

Дефекты зрения различаются не только по виду, но и по степени. Чем

дальше находится фокус от сетчатки, тем выше степень аметропии. Степень аметропии измеряют преломляющей силой линзы, корригирующей дефект зрения, т.е. помещающей фокус на сетчатку.

Следует отметить, что сложности в работе у медицинских специалистов вызывают особенности коррекции зрения у маленьких пациентов. Соблюдение несложных правил при подборе очков поможет достичь существенного повышения остроты зрения.

Дети до 1 года

Корригируется высокая степень миопии и только после 6–8 мес.

Дети от 1 года до 3,5 лет

Подбираются очки для постоянного ношения при миопии 2,5–3,0 дптр и выше. Допускается недокоррекция в 1,0–3,0 дптр.

Дети от 3,5 лет до 6–7 лет

В этом возрасте уже есть возможность проверки остроты зрения, поэтому происходит полная коррекция. При отсутствии амблиопии – подбор очков необходим до достижения Vis 0,5–0,6. При амблиопии – коррекция миопии в этом возрасте соответствует общим правилам: самым слабым из равно улучшающих минусовых стекол до максимальной остроты зрения (очки для постоянного ношения). В последующем ослабление коррекции происходит после поднятия остроты зрения.

Начиная с 7 лет

При миопии слабой степени до 1,5–2,0 дптр пациенты в очковой коррекции не нуждаются.

При миопии средней степени от 2,0–4,5 дптр назначаются очки для дали до достижения Vis 0,6–0,7.

При миопии высокой степени от 5,0 и более дптр подбираются очки для постоянного ношения до достижения Vis 0,5–0,6 каждым глазом.

Следует отметить, что коррекция близорукости у взрослых происходит по принципу подбора средств коррекции для детей 7-летнего возраста.

При коррекции гиперметропии и отсутствии косоглазия у маленьких пациентов рекомендовано придерживаться следующих принципов работы.

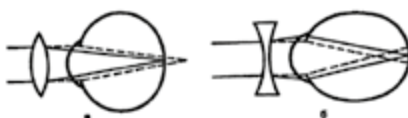


Рис. 2. Коррекция аметропии при гиперметропии (а) и миопии (б)

Дети от рождения до 3 лет

При гиперметропии до 2,5 дптр в очковой коррекции не нуждаются. При гиперметропии от 3,0 до 3,5 дптр и при отсутствии офтальмологического контроля 1 раз в 6 мес. производится подбор очков с возможной недокоррекцией до 1,5 дптр. Детям с гиперметропией от 3,5 дптр и более назначаются очки для постоянного ношения с возможной недокоррекцией в 1,5–2,0 дптр в зависимости от степени аметропии.

Дети от 3,5 лет до 12–14 лет

Основной принцип коррекции в этом возрасте – максимальное из равноулучшающих плюсовых стекол, обеспечивающих максимальную остроту зрения. При отсутствии признаков декомпенсации (амблиопия, снижения Vis) очки не показаны. В случае декомпенсации – оптимальная коррекция по правилам коррекции гиперметропии для постоянного ношения.

К дефектам зрения, также корригируемым стигматическими линзами, относится пресбиопия, или возрастное ослабление аккомодации. При пресбиопии невозможно получение на сетчатке четкого изображения близко расположенных предметов. Обычно речь идет об объектах зрительной работы – текстах, мониторах компьютеров. Для того чтобы сделать объект четким, перед глазом ставят положительную (выпуклую) линзу. Она перемещает фокус на сетчатку. Эта линза (обычно силой от 0,5 до 3,0 дптр) берет на себя сначала часть, а затем всю работу по аккомодации. При работе с такими пациентами помогает простая таблица подбора пресбиопических очков (табл. 1).

Таблица 1

Таблица для подбора пресбиопических очков в связи с возрастом (по Кацу)

Возраст	Корригирующее стекло (в дптр)
40	+0,75
45	+1,5
50	+2,0
55	+2,5
60	+3,0
65	+3,25
70	+3,25

Следует учесть, что пресбиопические очки применяют только для работы на близком расстоянии. Для одно-

временного зрения вдаль и вблизи применяют специальные линзы, имеющие разную рефракцию в разных частях, – бифокальные, трифокальные, мультифокальные.

Время диктует свои условия, и использование компьютера является рутинной практикой среди населения РФ. При проведении просветительской деятельности с пациентами центра медицинские сестры объясняют, что работа за монитором компьютера не должна выполняться в контактных линзах! Оптимальным способом будет использование очков или отказ от каких-либо средств коррекции. При напряженной и длительной работе за компьютером снизить число зрительных нарушений (развитие ранней пресбиопии, псевдомиопии, расстройство бинокулярного зрения, астенопии) помогут правильный подбор оптической коррекции

Во время работы за компьютером не следует использовать контактные линзы! Лучше заменить их на очки либо вовсе обойтись без средств коррекции зрения.

и оптимизация условий зрительной работы. Контраст на компьютере ниже, чем у печатного текста, а изображение на экране мелькает, что дает дополнительную нагрузку на аккомодационный аппарат пользователя. Поэтому подбираются очки со специальными светофильтрами. Подбор оптической коррекции необходимо проводить для расстояния 60–70 см. При подборе очков вначале определяют рефракцию объективными методами, затем субъективным методом определяют оптимальную коррекцию для дали.

Коррекции требует также астигматизм глаза. Астигматизм может сопутствовать и эметропии, и аметропии. Это бывает, когда преломляющие поверхности оптических сред (роговицы и хрусталика) имеют не сферическую, а эллиптическую или торическую форму. В этом случае в глазу сочетается как бы несколько рефракций: если по-



Рис. 3. Рефракция в разных меридианах астигматического глаза

смотреть на астигматический глаз спереди и мысленно расщепить его плоскостями, проходящими через передний полюс роговицы и центр вращения, то окажется, что рефракция в таком глазу плавно изменяется от самой сильной в одном из сечений до самой слабой в другом сечении, перпендикулярном первому (рис. 3).

Внутри каждого сечения рефракция остается постоянной (этим правильный астигматизм отличается от неправильного). Сечения (меридианы), в которых рефракция является наибольшей и наименьшей, называются главными меридианами астигматического глаза.

Оптическая коррекция астигматизма производится астигматическими цилиндрическими и сфероцилиндрическими линзами. При простых видах астигматизма медицинская сестра – оптометрист помещает перед глазом цилиндрическую линзу, ось которой параллельна эметропическому меридиану. В результате в этом меридиане лучи продолжают сходиться на сетчатке, а во втором меридиане они сводятся на сетчатку с помощью линзы. Конус превращается в конус, изображение на сетчатке становится четким.

При сложном и смешанном видах астигматизма коррекцию производят комбинацией сферической и цилиндрической линз. Вначале перед глазом ставят сферическую линзу, компенсирующую аметропию в одном из меридианов (обычно в том, который имеет меньшее абсолютное значение аметропии), затем к ней добавляют цилиндрическую линзу, соответствующую астигматической разности, ось помещают параллельно ранее корригированному меридиану.

Отсюда следует, что ход лучей в астигматическом глазу можно корригировать двумя комбинациями сфе-



рической и цилиндрической линз: в каждой из них сферическую линзу выбирают по рефракции одного из главных меридианов. Из этих комбинаций при сложном астигматизме следует выбирать ту, в которой сферическая и цилиндрическая линзы имеют одинаковый знак, а при смешанном астигматизме – ту, в которой значение сферического компонента меньше.

В функциональные обязанности медицинской сестры диагностического центра входит проведение всех необходимых методов диагностики. Оптимальным перечнем диагностических методов определения нарушения рефракции считается:

- визометрия (по возможности у детей);
- авторефрактометрия или скиаскопия;
- подбор оптической коррекции;
- измерение межзрачкового расстояния.

Для получения корректных результатов перед проведением авторефрактометрии следует учитывать проходимость света сквозь роговицу, а также наличие симптомов «сухого глаза». Дело в том, что процедура будет бесполезна, если наблюдается помутнение роговицы или другой части глаза, а присутствие у пациента дискомфорта в виде «сухости» может повлечь искажение результатов исследования.

При интенсивной работе специалистов и большом пациентопотоке

нередко наблюдаются ошибки при диагностике. Допущенные ошибки могут повлиять на качество жизни человека, обратившегося за помощью и в некоторых случаях ухудшить состояния рефракции. При определении остроты зрения (визометрии) необходимо придерживаться следующих правил:

1. Не исследуемый глаз не должен быть полностью закрыт и погружен в темноту. Погружение в темноту закрытого глаза вызывает расширение зрачка, а значит, и рефлекторное расширение зрачка открытого глаза. Это может привести к снижению зрения исследуемого глаза. Поэтому при определении монокулярного зрения следует использовать щиток (заслонку). При этом прикрывать правый глаз нужно, держа щиток в правой руке, а левый глаз – в левой руке.

2. Если же пациент пришел в контактных линзах, то сначала определяем зрение с привычной коррекцией (в линзах), затем пациент снимает линзы, отдыхает 15–20 минут, затем определяем зрение без коррекции.

3. Рекомендуемое время представления опто типа – 1–2 секунды, пациент не должен подолгу и мучительно разглядывать опто типы в надежде что-то прочитать. Нельзя показывать несколько раз один и тот же знак, добиваясь верного ответа, нельзя сообщать пациенту, какой знак он назвал верно, а какой ошибочно. Можно лишь сказать ему окончательный результат измерения зрения.

4. Во время исследования нужно следить, чтобы пациент сидел прямо, не вытягивал шею, не наклонял голову, не шурился.

5. Для выявления рефракции необходимо подбирать слабейшую отрицательную и сильнейшую положительную из сферических линз, дающих максимальную остроту зрения.

«Прекрасные глаза – каждому!» – таков был девиз С.Н. Федорова. И для соответствия той высокой планке, которую поставил перед нами величайший врач-офтальмолог, следует непрерывно обновлять свои профессиональные знания. Постоянная и планомерная работа с персоналом, участие медицинских сестер в региональных и межрегиональных конференциях, круглых столах обеспечивают необходимый уровень квалификации и слаженную, эффективную работу диагностического центра ЧФ ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России.

ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирный доклад о проблемах зрения. ВОЗ, 2019.
2. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2021 года № 347н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области медицинской оптики и оптометрии».
3. Клиническая оптика и коррекция зрения / И.Ю. Рожко, Е.А. Тарасюк [и др.] : // учеб. пос. Гомель, 2017.



С юбилеем!

От имени армии специалистов сестринского дела, от лица Правления Ассоциации медицинских сестер России поздравляем с юбилеем профессиональные сестринские ассоциации, которые прошли серьезный путь в своем становлении, оказывали и оказывают значимое влияние на развитие сестринского дела в своих регионах и в России в целом, и каждый день стоят на защите интересов специалистов.

В этом году свое 30-летие отмечают региональные ассоциации Москвы и Мурманской области, а 20-летний рубеж перешагнули ассоциации Тюменской, Брянской, Костромской областей, Республик Марий Эл и Саха (Якутия).

В копилке общественных достижений юбиляров колоссальная работа в поддержку сестринского персонала, результатом которой стали участие и значимые завоевания и победы специалистов во всероссийских и международных конгрессах, проектах и конкурсах; десятки публикаций, собственные научные исследования, мастер-классы и симпозиумы, на которых «яблоку негде было упасть» в доковидное время, и где онлайн-платформа не всегда может вместить всех желающих, ибо число их превосходит тысячу и более человек.

Наши юбиляры – это многолетний опыт, помноженный на глубокие знания и возведенный в степень бесконечной любви к своей профессии!

Желаем вам дальнейшего роста и развития, многочисленных союзников, соратников и партнеров, новых масштабных проектов, значимых побед, успехов в важнейших начинаниях, предпринимаемых во благо сестринского дела!



ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ПО МЕСТУ РАБОТЫ

ОПЫТ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ
ПО ПОДДЕРЖКЕ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ



■ **Людмила Юрьевна ДВОРЯШИНА**
Психолог ГБУЗ «Ленинградская
областная клиническая больница»

В профессиональной деятельности медицинских сестер стрессов всегда было достаточно. Но пандемия стала настоящей лавиной стресса. Как поддержать специалистов, как помочь им сохранить эмоциональное состояние, сохранить работоспособность в ситуации, когда потребность в помощикратно возросла?

В условиях резко возросших рабочих и психологических нагрузок к осени 2020 года в ГБУЗ ЛОКБ назрела необходимость внедрения программы, направленной на предупреждение эмоционального и профессионального выгорания основного персонала.

Актуальность

Работа в условиях угрозы распространения коронавирусной инфекции повлияла на привычные алгоритмы профессиональной деятельности медицинских работников, что сказалось в том числе на привычном образе и укладе жизни всех участников лечебного процесса.

Старшими медицинскими сестрами отделений ГБУЗ ЛОКБ была замечена выраженная напряженность в межличностных отношениях, как в рабочих коллективах, так и между подразделениями.

Возросшая потребность в психологическом консультировании у персонала была отмечена и штатным психологом Л.Ю. Дворяшиной. Проведенные индивидуальные консультации показали, что у медицинских сестер наблю-

даются выраженные признаки тревожности. Основные запросы на психологическую помощь включали жалобы на усталость, раздражительность, апатию и астению, чувство безнадежности. Медицинские сестры опасались факта заражения себя и своих близких, делились страхом человеческих потерь при оказании медицинской помощи из-за риска совершить ошибку. Сотрудники выражали опасения, что ошибки по причине усталости /нервозности/ тревожности могут повлечь за собой соответствующие санкции со стороны администрации и непосредственных руководителей.

Перечисленные жалобы являются следствием работы в условиях неопределенности, социальных ограничений и высоких рабочих нагрузок, оказывают влияние на работоспособность медицинских сестер, вовлеченность персонала в выполнение функциональных обязанностей и на эффективность деятельности лечебной организации в целом. Кроме того, уровень удовлетворенности пациента качеством оказываемой медицинской помощи зависит в том числе от психологического состояния медицинского работника и социально-психологического климата в рабочем коллективе.

Для восстановления психоэмоционального состояния медицинских сестер, длительное время работающих в условиях угрозы распространения коронавирусной инфекции, главной медицинской сестрой Щербаковой О.В. и старшей медицинской сестрой стационара Л.Г. Ореховой была сформирована заявка на имя штатного психолога Л.Ю. Дворяшиной на разработку программы психологической реабилитации для медицинских сестер ГБУЗ ЛОКБ.

В рабочую группу вошли психолог, главная медицинская сестра и старшая медицинская сестра стационара.

Реализация программы

В связи с угрозой распространения новой коронавирусной инфекции, следуя рекомендации эпидемиологов больницы и руководствуясь распоряжением главного врача ГБУЗ ЛОКБ, наполняемость всех обучающих групп была сокращена до 5 человек.

Учитывая ограничения, наложенные эпидемиологической обстановкой, организаторы программы устраивали учебные аудитории и использовали возможности других подразделений.

Программа психологической реабилитации предполагала охватить три





основных психологических ресурса: тело, эмоции и мысли. Исходя из поставленной задачи, было решено включить в программу три последовательных этапа реабилитации, каждый из которых состоит из пяти сеансов, что позволит уделить внимание всем участникам.

Длительность каждого сеанса лимитировали в 60 минут, так как сеансы проводились в рабочее время.

Для получения быстрого и эффективного результата периодичность групповых сеансов определили в три посещения за неделю (по понедельникам, средам и пятницам). Медицинские сестры стационара начинали занятия с 10:00 и с 13:00, работники консультативной поликлиники – в конце рабочего дня, с 15:30.

Таким образом, продолжительность программы для одной группы составляла пятнадцать сеансов в течение пяти недель.

Включив в рабочую группу старшую медицинскую сестру физиотерапевтического отделения Т.Ю. Морозову, мы разработали алгоритм посещения сотрудниками галокамеры. Первый этап реабилитации запланировали проводить в галокамере (объединить физиотерапевтическую процедуру и сеанс аутотренинга), второй и третий – в учебной комнате симуляционного центра.

Для отслеживания динамики психологического состояния сотрудников была выбрана методика Ч.Д. Спилбергера по выявлению личностной и ситуативной тревожности (адаптирована на русский язык Ю.Д. Ханиным).

После согласования программы реабилитации с главным врачом ГБУЗ ЛОКБ штатный психолог презентовала программу на Конференции старших медицинских сестер, и старшие сестры отделений приступили к формированию групп из своих подчиненных.

Содержание программы

Программа включает реабилитацию трех основных психологических ресурсов: соматического, эмоционального и интеллектуального.

На первом этапе психологической реабилитации сотрудники овладевают техниками, направленными на снижение мышечного напряжения (используются техники релаксации) и быстрого восстановления тонуса (используются дыхательные техники). Сеансы прохо-

дят в галокамере под аудиозапись, созданную психологом ГБУЗ ЛОКБ.

На втором этапе психологической реабилитации сотрудники с помощью арт-терапевтических техник выравнивают эмоциональное состояние, снижая внутреннее напряжение. Занятия проходят в учебной аудитории, оснащенной столами, стульями, учебной доской, цветными мелками и карандашами, канцелярией. Используются арт-терапевтические методики с элементами из техник нейрографики (основатель метода П. Пискарев), создания цифровой мандалы и/или антистресс-раскрасок.

На третьем этапе сотрудники знакомятся с собственными стереотипами мышления, используя технику «Шесть шляп мышления». Данная техника помогает использовать (подключить) ресурсы мышления, направленные на снижение зависимости от так называемого туннельного мышления, восстанавливает творческий потенциал и облегчает поиск способов разрешения трудных ситуаций. Занятия проводятся в той же аудитории, но для создания психологического пространства убраны столы, стулья расставлены в круг.

На первом и последнем сеансе участники заполняют бланк тестового материала, направленный на выявление уровня ситуативной и личностной тревожности, что позволяет отслеживать динамику психологического состояния сотрудников, посетивших сеансы психологической реабилитации.



Результаты тестирования

За период с сентября 2020 года по октябрь 2021 года сеансы психологической реабилитации посетили 74 сотрудника, сформированные в 15 групп.

В тестировании приняли участие 70 человек из 74, ниже представлены результаты 50 опрошенных участников (в силу дефицита времени обработано 50 заполненных бланков).

Использовалась методика Ч.Д. Спилбергера на выявление личностной и ситуативной тревожности (адаптирована на русский язык Ю.Д. Ханиным). Шкала Спилбергера в силу своей относительной простоты и эффективности широко применяется в клинике с различными целями: определение выраженности тревожных переживаний, оценка состояния в динамике и др.

Что же такое ситуативная и личностная тревожность?

Состояние **реактивной (ситуативной)** тревоги возникает при попадании в стрессовую ситуацию и характеризуется субъективным дискомфортом, напряженностью, беспокойством и вегетативным возбуждением. Естественно, это состояние отличается неустойчивостью во времени и различной интенсивностью в зависимости от силы воздействия стрессовой ситуации. Ситуативная тревожность обладает большей реактивностью по сравнению с личностной, повышение уровня безопасности влечет за собой снижение уровня ситуативной (реактивной) тревожности.

Личностная тревожность представляет собой конституциональную черту, обуславливающую склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций. При высокой личностной тревожности каждая из этих ситуаций будет обладать стрессовым воздействием на субъекта, и вызывать у него выраженную тревогу. Личностная тревожность сложнее поддается коррекции, требует большего времени и усилий со стороны как носителя повышенной тревожности, так и специалистов, занятых в сфере здоровья. Данный вид тревожности напрямую связан с личностными характеристиками, психологическими особенностями, жизненным опытом, ценностными ориентациями, детско-родительскими от-

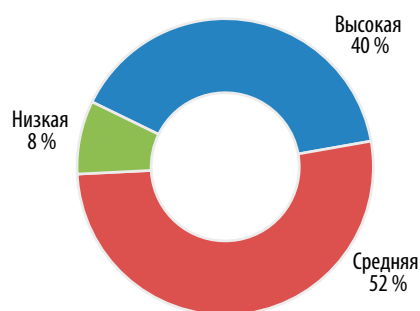


Рис. 1. Ситуативная тревожность «до»

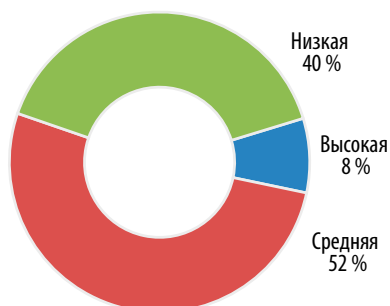


Рис. 2. Ситуативная тревожность «после»

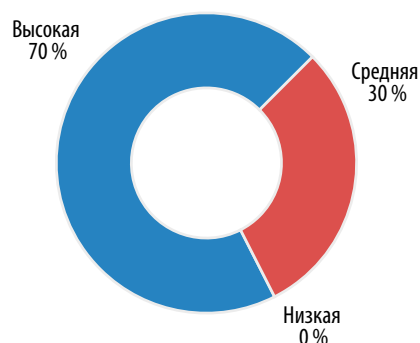


Рис. 3. Личностная тревожность «до»

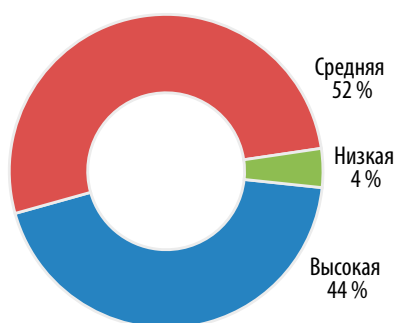


Рис. 4. Личностная тревожность «после»



Рис. 5. Диаграмма динамики ситуативной тревожности

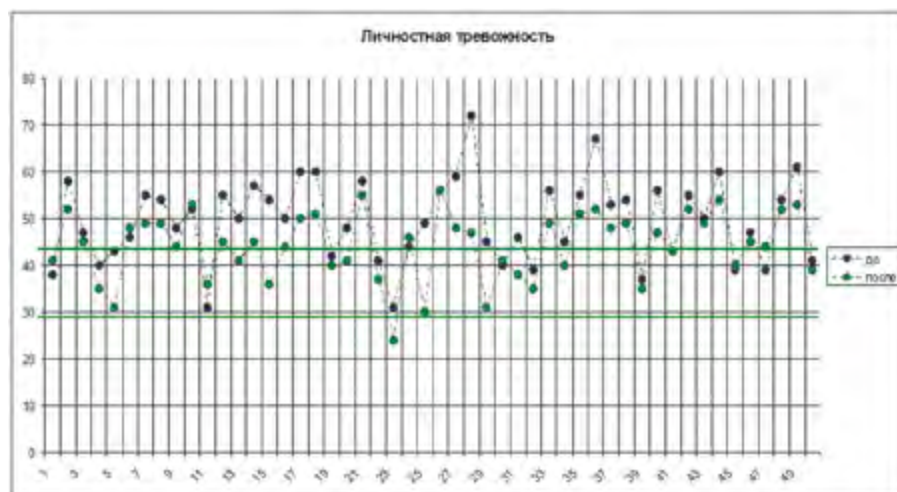


Рис. 6. Диаграмма динамики личностной тревожности

ношениями и т.д. Тем с большим удовлетворением можно отметить, что действующая в ГБУЗ ЛОКБ экспресс-программа психологической реабилитации влияет не только на уровень ситуативной (реактивной) тревожности, но и на уровень личностной тревожности сотрудников нашей больницы.

При интерпретации показателей можно использовать следующие ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов – низкая, 31–44 балла – умеренная; 45 и более – высокая.

Круговые диаграммы (рис. 1–4), показывают динамику состояния тревожности участников «до» и «после» посещения сеансов психологической реабилитации в процентном соотношении.

Диаграммы показывают, что за время посещения сеансов психологической реабилитации процентное соотношение участников с низким и средним уровнем тревожности значительно повысилось, а доля медицинских сестер с высоким уровнем тревожности значительно снизилась.

Не нужно забывать, что кроме долевого соотношения, существует еще и количественная динамика, представленная в числах. На графиках выше (рис. 5–6) представлена динамика количественных показателей ситуативной и личностной тревожности, опирающаяся на ориентировочные оценки тревожности.

Графики подтверждают изменение долевого соотношения участников с высоким уровнем тревожности: тревожность понижается.

Таким образом, результаты тестирования, при сравнении показателей «до» посещения сеансов психологической реабилитации и «после», показали динамику снижения уровня тревожности (ситуативной и личностной) у подавляющего большинства респондентов.

Вывод

На наш взгляд, подобные программы необходимы каждому учре-

ждению здравоохранения Российской Федерации.

Помимо непосредственной пользы для психического и соматического состояния работников, данная программа имеет вторичные выгоды – как для руководителей подразделений, так и для самих участников.

А именно:

- старшая медицинская сестра, рекомендуя посещение данной программы подчиненному сотруднику, проявляет и демонстрирует заботу о его благополучии, личную внимательность (и вовлеченность) к социально-психологическому климату во вверенном подразделении;
- участники групп, состоящие из сотрудников разных отделений, за время посещения сеансов (15 встреч) расширяют круг общения, знакомятся с сотрудниками других отделений, что ведет к укреплению горизонтальных связей между отделениями.

Основные факторы эффективного развития лидера



Яна Александровна ГРИШИНА
главная медицинская сестра ГБУЗ
«Брянская межрайонная больница»

Слово лидер образовано от англосаксонского корня «lead» в переводе на русский – «дорога, путь», который происходит от глагола «leaden», что значит «путешествовать», «идти». Будучи мореплавателями, англосаксы использовали это название и для обозначения курса судна в море. Таким образом, лидерами назывались люди (или суда), которые указывали путь. Обобщенно лидер – это человек, способный вдохновлять людей и вести их за собой. Не удивительно, что лидеры пользуются огромным авторитетом среди окружающих, умеют распо-



лагать к себе людей и внушать доверие, обладают развитой харизмой и большим влиянием.

Какие качества отличают лидера

Перечислим главные качества, которыми должен обладать лидер:

- ответственность;

- решительность;
- уверенность в себе;
- гибкость;
- коммуникативность;
- дисциплина и трудолюбие;
- организаторские способности.

Готовность принимать на себя ответственность за совершаемые поступки – черта зрелого, самостоятель-

ного, сильного духом человека. Привычка прислушиваться к советам других, но принимать окончательное решение, основываясь на собственном мнении, опыте и ощущениях, – одно из значимых условий для развития истинно лидерских качеств. У многих есть привычка искать козла отпущения: «Я тебя тогда послушал, и вот что вышло!» Это признак инфантильной личности, что недопустимо для лидера: только он в ответе за то, что происходит с ним, он – хозяин собственной жизни. Такая установка позволяет не только обрести жизненный опыт, но и придает уверенность в своих силах, в правильности совершенного выбора.

Другие черты ответственного человека и лидера – умение держать данное слово, соблюдать сроки и условия, быть пунктуальным, не забывать о встречах и договоренностях.

Чтобы стать решительным человеком, потребуются две вещи. Первая: собственно способность принять решение. Вторая, более сложная: умение не возвращаться к принятому решению мысленно, не жалеть о нем, не ругать себя, даже если оно окажется неправильным. Развить решительность помогает постановка конкретных и четких целей. А затем, чтобы начать действовать, просто сделайте первый, хотя бы небольшой шаг. Не можете сесть за написание квалификационной работы? Пропишите ее план. Это недолго, но у вас будет чувство, что вы уже начали, сделали шаг в нужном направлении. Дальше будет проще.

Невозможно себе представить неуверенного, застенчивого лидера. Это взаимоисключающие вещи. Обретение уверенности в себе – непростая задача, требующая волевых усилий и непрерывной работы над собой. Главное, что поможет, – осознание причин вашей неуверенности. Возможно, таким вы сформировались под влиянием родителей или окружения, которые приносили вашу самооценку. А может, застенчивость – ваша наследственная черта. В любом случае, есть ряд простых рекомендаций, с которых можно начать работу над собой:

- Следите за осанкой и походкой. Вы можете удивиться, когда заметите, насколько лучше ощущаете



себя с прямой спиной и высоко поднятой головой.

- Составьте список своих положительных черт – они у вас точно есть.
- Отдельно проработайте те хорошие черты, которые помогут вам стать лидером.
- Хвалите себя за достижения. Порадуйтесь за себя и продолжайте двигаться дальше.
- Поддерживайте зрительный контакт при разговоре.
- Не завидуйте. Следите только за собственными успехами.

Каждый лидер должен уметь общаться. Если хотите развить коммуникативные навыки, в первую очередь перестаньте избегать общения. Завязывайте разговор везде, где это уместно и удобно. Поначалу будет трудно, но зато это еще и отличный способ бороться в себе нерешительность и неуверенность. Изучите культуру small talk и пользуйтесь ее приемами. Кроме того, учитесь делать не шаблонные комплименты, работайте над языком тела (позами, походкой, жестикуляцией, выражением лица). И обязательно чаще улыбайтесь: в мире мало более надежных способов расположить к себе собеседника. Главное, чтобы улыбка была искренней.

Дисциплинированности нас учат еще в детстве, но многие годами про нее забывают. А зря: организованность повседневной жизни необходима для физического и эмоционального комфорта. Четко распределяйте свое

время и не забывайте про первое качество лидера – ответственность. Если наметили для себя задачи, не пренебрегайте ими, тренируйте решительность.

Одно из основных качеств эффективного лидера – это умение правильно определять свои цели и способность на них фокусироваться, не забывая, «Когда человек не знает, к какой пристани он держит путь, для него никакой ветер не будет попутным». При этом важно помнить, что какие бы цели мы себе ни ставили, они должны основываться на универсальных человеческих принципах. А эти принципы – законы бытия в человеческом обществе – они неизменны на протяжении столетий. Их невозможно нарушить или обойти. Можно сравнить цели с берегом, к которому стремится корабль, а принципы – с маяками, указывающими вам путь.

Но мало определить цели и принципы их достижения, нужно еще быть эффективным при движении по выбранному пути.

Можно ли научиться лидерству

Специалисты предполагают, что может существовать определенный ген лидерства, однако его существование не доказано. Что же может помочь в формировании лидерских качеств?

Прежде всего это образование и самообразование. Для того чтобы развивать лидерский потенциал, необходимо получить образование, не специ-

альную или профессиональную подготовку, а именно образование. Профессиональная подготовка дает возможность развить навыки и приемы, необходимые в вашей узкой сфере деятельности, а образование дает знания и информацию, которые помогают приобрести понимание мироустройства и даже мудрость. Образованный человек не только интеллектуален, но и сострадателен, он знает цену труду и уважает его – эти качества нужны хорошему руководителю.

Немаловажен и жизненный опыт. Будущему лидеру необходимо приобрести опыт руководства уже в начале своей карьеры. Этот опыт развивает у человека определенные подходы и навыки и позволяет понять, что лидерство – это постоянный труд. Опытный человек понимает, что одними лишь приемами управления результатов не достичь, нужно уметь адаптировать свою команду к динамично меняющейся среде. Человек с опытом всегда понимает и знает свои слабые и сильные стороны, а также недостатки и достоинства всех членов своей команды.

Многие лидеры в начале своей карьеры настолько полно погружаются в порученную работу, что буквально не спят по ночам, теряют покой, что приводит, конечно, к ошибкам, в том числе и из-за перенапряжения. Это и плохо, и хорошо, так как известно, что люди лучше учатся на своих ошибках. Эти уроки никогда не забываются, а полученный опыт делает человека более ответственным, но и понимающим важность четкого планирования работы и отдыха.

Развитие лидерства процесс длительный. Предрасположенность к лидерству закладывается в детстве, основные знания приходят с получением образования. Мудрость исходит из применения знаний на практике и анализа успешного опыта коллег. Профессиональная подготовка доводит поведение человека в определенной ситуации до блеска.

Но отсутствие или недостаточность какого-либо из этих этапов в вашей жизни не повод опускать руки. Все это не отрицает возможности стать руководителем, ведь главное значение имеет целостность личности, а не отдельные ее фрагменты.

Целостность личности достигается путем развития лидерского потенциала. При этом должен создаваться определенный план развития лидерства.

Личный план каждого человека по развитию лидерских качеств должен содержать в себе конкретные и реалистичные идеи, реализация которых не требует запредельного временного срока и зависит от самого лидера.

Подобный план может выглядеть следующим образом:

- постановка ясных и конкретных целей;
- достижение изменений в лучшую сторону;
- фиксация любых возможностей;
- нацеленность на результат;
- приемлемый риск в нестандартных ситуациях;
- готовность учиться у других и обучать самому;
- внимательность и наблюдательность;
- способность учиться на своих ошибках и неудачах;
- осознание необходимости приносить пользу команде, в которой работаешь.

Для успешного становления и развития процесса необходима команда, которая формируется целенаправленно. И от действий лидера зависит, насколько быстро команда сформируется и заработает в полную силу.

Лидер и его команда

Ни для кого не секрет, что являться формальным лидером в коллективе – не значит быть им по существу. Только от вас зависит отношение к вам как к лидеру. На личном примере, готовности развиваться и совершенствоваться можно строить работу коллектива и предсказать ее результат. Каждый руководитель стремится создать свою идеальную команду, которая бы работала слаженно и четко в одном направлении, взаимодействуя друг с другом. Но ни один даже самый талантливый руководитель в одиночку не может управлять системой и решать все проблемы.

Команда, которую вы создаете, – это организованная для определенной цели группа людей, понимающих необходимость сотрудничества, взаимозависимость всех частей команды, имею-

щих твердую установку на совместную эффективную деятельность.

Не из каждой группы людей можно сформировать команду. От вас лично и от ваших лидерских качеств и умений зависит наличие команды и ее сплоченность в работе.

Вы должны быть готовы к разрешению внутренних и внешних конфликтов, нормализации отношений и пояснению роли каждого члена команды. Вы должны знать все слабые и сильные стороны членов команды, чтобы нормализовать работу. Вы должны уделять внимание взаимоотношениям между членами команды, уметь ставить задачи и мотивировать их выполнение, подводить итоги, в том числе в торжественной обстановке, наконец, поощрять сотрудников, чтобы каждый член команды испытывал удовлетворение от проделанной работы.

Лидер и постановка целей

Для начала необходимо представить себе конечный результат, которого нужно добиться, определить сроки, в которые этот результат должен быть достигнут. Нужно помнить, что необходимо время, чтобы убрать все те привычки, которые формировались в вас на протяжении всей жизни. Чтобы достичь этого, нужно упорно стараться и систематически работать над стереотипами своего поведения. «Дорогу осилит идущий» – утверждают древние мудрецы.

Нужно быть готовым к упорной работе, определить признаки, по которым будут судить все ваши успехи, так вы сможете контролировать свой прогресс в достижении целей и задач и вносить новшества в ваш личный план по развитию эффективного лидерского потенциала. Формирование лидерства всегда сопровождается постоянным самосовершенствованием и тяжелым трудом. На первых порах стоит хвалить себя даже за скромные достижения. Успех порождает успех, а большая удача складывается из мелких. Все будет зависеть от вашего желания.

Часто бывает так, что развитие лидерского потенциала и продвижение по карьерной лестнице дают человеку уверенности в себе, ведут к достижениям и к успеху. Меняется все: приори-



теты, рост личной компетентности, что может вызвать враждебность и зависть окружающих. Личностный рост может привести к изменениям взаимоотношений с вашим окружением – друзьями и коллегами. Например, им может не понравиться появление в вашем характере лидерских качеств, особенно если вас привыкли воспринимать как незаметную серую мышку. Нужно быть готовым к различным поворотам. Гладко никогда не бывает.

Успех лидера будет складываться и из неудач, потому как человек рискует и экспериментирует каждый день, при этом, делая ошибки и спотыкаясь, он быстрее продвигается вперед. Как говорится: «Хороший наездник не тот, кто никогда не падал». Наоборот, человек не станет выдающимся наездником, ни разу не упав с лошади, так как он никогда не испытывал поражения, и как только это с ним произойдет, он может показать себя с наихудшей стороны, ведь это для него будет чем-то новым и шокирующим. В результате неудачи и поражения станут вашими лучшими учителями, научив в том числе вас скромности и уважению. Как сказал вице-президент крупной транснациональной компании: «У меня достаточно достижений, чтобы не впадать в отчаяние, и достаточно неудач, чтобы сохранить скромность».

О вашем лидерском потенциале больше будут судить не по словам, а по делам. Все люди скептически относятся к тем, кто разбрасывается торжественными заявлениями и гладкими

речами, которые не подкрепляются делами. Всегда старайтесь понимать послыл заявлений окружающих и судить их по делам.

Личный опыт

Теория без практики мертва, поэтому позволю себе привести пример развития лидера в конкретной сфере на личном опыте. После окончания Брянского медицинского училища по специальности «Анестезиология и реаниматология» я работала в отделении анестезиологии и реанимации в должности медсестры-анестезиста. Общий стаж работы 26 лет.

С 2013 года стала старшей медсестрой отделения анестезиологии и реанимации. Мой потенциал заметил заведующий отделением, когда я замещала старшую медсестру. После ее ухода на заслуженный отдых он предложил мне эту должность.

Изначально было очень тяжело, потому что фронт работ был очень обширным и ответственным. Я смогла сработаться с коллективом. Могу утверждать, что у нас получилось создать свою команду. Мы вместе решали все проблемы.

Были в моей работе и недостатки, и неудачи, и бессонные ночи, но я справлялась, ведь поставленная цель мне была ясна и желанна. И я ее достигла. Каждая победа и каждое поражение на пути делали меня еще сильнее. А когда я проходила очередной трудный этап моей жизни (напри-

мер, различные проверки контролирующих органов), когда набивала «шишки», но получала результат, то я осознавала, что все равно справлюсь. И справлялась. И поняла, что мой успех невозможен, не полон без этих «шишек». Я приняла это как должное, рассматривая ошибки и неудачи как неотъемлемую часть пути, учась на них. Данный подход превратился в полезный ресурс. Даже неудачи являлись фактором для развития лидерского потенциала.

В дальнейшем я уже твердо стояла на ногах, зная нормативную базу, санитарно-эпидемиологические требования, законы, конституцию – и от этого я еще больше полюбила свою профессию. На работу приходила с удовольствием, а от моего позитива заряжался энергией и весь коллектив. На этом мое продвижение по карьерной лестнице не закончилось.

Уже четвертый год как я работаю в должности главной медицинской сестры. Первые полгода было очень тяжело, но я не сдавалась. Помня, как я проходила первый этап старшинства, как мне было нелегко, я применила проверенную методику – поставила себе цель и достигла ее. С коллективом было легко взаимодействовать, так как он был дружный и сплоченный, понимающий меня. Мои старшие медсестры, не побоюсь этого слова, настоящие помощники. Я могу положиться на них, зная, что все будет в порядке, а это дорогого стоит. Уже с годами я понимаю, что медицина и лидерство в ней – это запредельно тяжелый труд, в который я вкладываюсь изо всех сил и неизменно получаю результат. И это меня вдохновляет.

Развитие, главным образом, зависит от вас. В итоге мы сами определяем свою судьбу и отвечаем за нее. В жизни каждого человека рано или поздно встает выбор: сдаться и оставить все как есть или рискнуть, полагаясь на свой жизненный опыт, научиться чему-то новому. Эффективность человека и лидера определяется умением распорядиться ходом своей жизни, сделать результат своего труда значимым, чтобы в конце гордость его достижениями разделили окружающие.

Удачи нам всем в этом нелегком деле!

Предлагаем на апробацию!

под гарантию и за счёт производителя (доставка, расходные материалы, ...)

ВРЕМЯ

7

МИНУТ

ОБРАБОТКИ

ОБЪЁМ

130

М³

ПОМЕЩЕНИЯ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ

99,9%

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

НОВЫЙ ЭРГОНОМИЧНЫЙ ДИЗАЙН
ПРОВЕРЕННАЯ ВРЕМЕНЕМ КОНСТРУКЦИЯ
ВЫСОКАЯ ЭКОНОМИЧНОСТЬ ЭКСПЛУАТАЦИИ

ПРИМЕНЕНИЕ

Обеззараживание воздуха и поверхностей
помещений всех категорий в отсутствие людей.

НАЗНАЧЕНИЕ

Основной цикл дезинфекции — 7 минут:

Обеззараживание 130 м³ воздуха с бактерицидной
эффективностью 99,9% и поверхностей на расстоянии 3 метра
с бактерицидной эффективностью 100% по золотистому
стафилококку (*St. Aureus*).

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



30 ЛЕТ
НА РЫНКЕ

Лидер технологий дезинфекции в России

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



ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ: ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ



■ **Татьяна Валериевна ЮРЧУК**
участковая медицинская сестра,
психоневрологического диспансера
г. Орехово-Зуево

*Лучший способ сделать
ребенка счастливым –
стать счастливым самому.*

В педиатрической практике специалисты нередко сталкиваются с пограничными ситуациями, когда симптомы соматического заболевания присутствуют, но соматический диагноз поставить невозможно – за ним скрывается что-то другое.

Зачастую врач-педиатр лечит патологии органов и систем, не связывая причину заболевания с психогенными факторами. Не так много у врача времени на приеме для сбора подробного анамнеза, выявления всех возможных причин. Мешает и отсутствие взаимосвязи между узкими специалистами – врач не может посмотреть на ситуацию с разных сторон. Бывает, что результатом нехватки такого целостного взгляда на пациента и его семью становится направление на консультацию к психиатру, – своеобразие взаимодействия психического и соматического в норме и при патологии не учитывается.

Поток таких пациентов, попадающих на прием к врачу-психиатру, неуклонно

растет. Психические отклонения диагностируются в исключительных случаях. Между психическими и соматическими диагнозами остаются пациенты, которым не смогли уделить достаточного внимания. Пациенты, в отношении которых речь идет о «психосоматических расстройствах».

Психосоматика – направление в медицине, которое изучает связь души и тела: «психос» – душа, а «сомос» – тело, она определяет воздействие психологических факторов на состояние здоровья – «спрятанные эмоции приводят к появлению физических болезней».

Восполнить дефицит такого внимания, обратить более пристальное внимание на проявления психосоматических расстройств, вполне под силу медицинским сестрам.

Участковая медсестра, патронирующая семью, должна обратить внимание на жалобы, которые чаще всего носят длительный характер, повторяются во времени, но не имеют под собой клинического подтверждения, уметь выделить в семейных взаимоотношениях патологические стороны, негативные моменты, которые могли повлиять на здоровье ребенка и симптоматику. Ведь рано или поздно в отсутствие правильного вмешательства психосоматическое расстройство может перерасти в реальное хроническое заболевание.

Давайте рассмотрим роль негативных психосоциальных факторов, которые могут вызывать патологии со стороны органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы и влияющих на нейрогенные процессы функций головного мозга, определим роль и задачи среднего медицинского персонала в ра-

боте с пациентами, испытывающими такое негативное воздействие.

Ф. Александер, один из создателей психосоматической медицины, полагал, что «выбор органа обусловлен характером подавляемых или вытесненных стремлений или переживаний вследствие специфических интрапсихических конфликтов. Этот выбор опосредован реакцией вегетативной нервной системой: при хроническом подавлении определенных эмоций происходит активация симпатической или парасимпатической нервной системы, что повышает вероятность развития соматических заболеваний. Так, например, к расстройствам сердечно-сосудистой системы предрасполагает хроническое подавление гнева, а тревога, вызванная фрустрированной потребностью в любви, повышает вероятность развития бронхиальной астмы и расстройств ЖКТ».

Важно помнить, что телесный симптом может закрепиться, проявляться во всех схожих обстоятельствах, усиливаясь с каждым разом, а потом из временного превратиться в постоянный. Другими словами, адаптируясь к негативной психологической ситуации, организм может прийти к реальному заболеванию.

Незаменимую и бесценную роль в профилактике таких заболеваний могут сыграть участковые медицинские сестры, работающие на приеме с врачом-педиатром, своевременно выявляя негативные факторы, влияющие на формирование возможного заболевания. Сбор информации о семье ребенка, об образе жизни его близких может способствовать своевременному реагированию со стороны, например, не только медицинских работников, но и органов опеки и попечительства. Информация патронажной медицин-

ской сестры способствует полноте картины анамнеза для врача-педиатра (психиатра), а значит, поставленный им диагноз, назначения и обследование будут более точны и конкретны.

Участковая и патронажная сестра за свою профессиональную деятельность сталкивается с сотнями и тысячами семей, количество детей, растущих у нее на глазах, – делающих первый поворот на животик, пришедших на очередную прививку, получающих допуск сначала в детский сад, а потом в школу, неисчислимо. И ситуации, когда что-то не так, настораживают. Не будучи врачом, не ставя диагноза, медицинская сестра интуитивно понимает, что конкретный ребенок в конкретной семье требует внимания со стороны медиков, и может подсказать врачу, дав исчерпывающую информацию и поделившись своей настороженностью. В сомнительных ситуациях это поможет в определении верного диагноза, формировании врачом плана лечения. Учитывая собранную участковой медицинской сестрой информацию, проведенную ею первичную диагностику, а также опираясь на лабораторные и инструментальные исследования, врач сможет определить первопричину болезни, направленность патологии.

Какие ситуации могут послужить причиной для психосоматического расстройства? К ним можно отнести: развод, рождение брата или сестры, переезд, смерть близкого человека, расставание с любимой няней, начало детского сада, школы, строгость воспитания или чрезмерная любовь родителя или обоих, вовлечение ребенка в конфликтные ситуации между мамой и папой, а также других родственников.

К сожалению, готовность родителей признать возможные отклонения в психическом развитии своего ребенка, влияние внутрисемейных отношений на физическое состояние часто отсутствует. Позднее обращение к специалисту способствует несвоевременному лечению, заболевание становится хроническим, со стойкими изменениями, закрепленными на уровне головного мозга.

Возвращаясь к профессиональной роли участковой медицинской сестры, стоит подчеркнуть значимость доверительных отношений между ребенком, медработником и матерью. Именно доверие способствует своевременной медицинской помощи, а оно возможно лишь при

корректном, доброжелательном поведении медицинской сестры.

Медицинская этика предъявляет особые требования к медработникам, работающим с детьми. Ведь в их профессиональную деятельность входит не только прямое общение с маленькими пациентами, но и общение с ближайшими родственниками, чаще всего с матерью ребенка, психоэмоциональное состояние которой, в силу переживаний за здоровье ребенка, может отличаться неадекватностью. Несмотря на загруженность, медицинская сестра должна найти время спокойно и неторопливо ответить на возможные вопросы со стороны родных. При этом в своих ответах не нарушить рамки своей компетенции, например, давать ответы на вопросы о возможном прогнозе заболевания, выставленном диагнозе и т.п. В этом случае мы должны направить родителей к лечащему врачу или заведующему отделением. В то же время, мягкость в общении не должна вести к выполнению медицинской сестрой необоснованных требований со стороны родителей, например, по прекращению или изменению назначений врача.

Тактика общения с родителями должна способствовать психологическому равновесию между медицинским работником, ребенком и его родителями.

К счастью, не все дети подвержены воздействию негативных эмоций, таких как страх, тревога, а также развитию психосоматического расстройства. Проявятся они или нет, зависит от многих факторов, например, способность ребенка преодолевать трудности, его адаптационные особенности, порог чувствительности к некомфортным для него ситуациям (ссора близких, смена деятельности, жестокости и пр.).

Поэтому медицинской сестре необходимо разъяснить родителям, что они должны быть внимательными к своему ребенку, его реакциям на взаимоотношения с близкими и с чужими людьми, обращать внимание на изменения его поведения при смене привычной обстановки, окружения; его эмоциональную реакцию на волнительную (нестандартную) ситуацию, например, первое посещение детского сада, школы.

Рассказать о возможных проявлениях психогенных заболеваний, таких как: диспепсические явления (тошнота, снижение аппетита, в том числе возникновение **нервной анорексии**, диарея), кожные проявления (дерматиты). Предупредить о невротических симптомах, к которым относятся все виды нарушения сна, вегетосудистая дистония, мимические и респираторные тики, плаксивость, пугливость, страхи различной природы, в том числе и вредные привычки, например, раскачивание, сосание пальца и другие.

Всё перечисленное относится к первым сигналам организма на психотравмирующую ситуацию, так называемое пограничное состояние. Раннее выявление таких сигналов, родителями или медицинским работником, способствует прерыванию цепочки: ситуация – симптом (ссора родителей – страх темноты). А своевременная медикаментозная терапия позволит не допустить закрепления перечисленных реакций организма (способов реагирования) на существующие негативные факторы в окружении ребенка. Детская медицинская сестра должна рассказать о рисках возникновения постоянных изменений и их закреплении в случаях, когда родители отказываются своевременно обращаться к врачу. В таких случаях слова: «Это все пройдет, ребенок это перерастет», – неуместны.

Интересные факты:

- Заболевания органов дыхания – затяжные бронхиты, бронхиальная астма – связывают с гиперопекой матери к ребенку – вспомните выражение: «душит его своей заботой». В то же время такое воспитание порождает неуверенность и страхи у несовершеннолетнего перед новым, непривычным.
- Постоянное чувство тревоги и неуверенности в себе приводит к нарушению со стороны органов пищеварения: колит, гастрит, дуоденит или к так называемым расстройствам пищевого поведения.
- Невозможность ребенка открыто выразить свой протест родителю может привести к ангине (ассоциативно: речь – горло).
- Неприятие ситуации, давление на личность может привести к заболеваниям кожи, например, аллергические реакции (кожа выступает как щит между внешним и внутренним миром).

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, ECHO; 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»



Интрокан Сэйфти 3

Многолетние традиции производства и стремление к совершенству



В 1962 году Компанией Б. Браун было организовано первое в мире промышленное производство полимерных периферических катетеров под маркой Braunüle.

Сегодня мы предлагаем полный ассортимент венозных и артериальных катетеров для периферического доступа.

Безопасные катетеры Б. Браун — это:

- защита от укола иглой,
- предупреждение контакта с кровью пациента,
- минимум повторных попыток,
- снижение риска осложнений,
- комфорт для пациента.

Флагманская линейка катетеров Интрокан Сэйфти 3 — это безопасные внутривенные катетеры со встроенным гемостатическим клапаном, препятствующим вытеканию крови при постановке катетера и последующих манипуляциях

- **Четкая диагностическая визуализация**
Катетеры от 18 до 24 G подходят для применения с автоматическими инжекторами при максимальном давлении до 20 бар (300 psi)
- **Непрерывный мониторинг артериального давления**
Используемый при изготовлении катетера полиуретан минимизирует ослабление сигнала, обеспечивая достоверные и точные результаты
- **Безопасное введение лекарств**
Вместе с безыгольными портами/удлинительными линиями Б. Браун Интрокан Сэйфти 3 образует закрытую систему, которая эффективно предупреждает контаминацию и разбрызгивание крови

