

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

РАМС



медицинских сестёр России

№ 2/56 2022



ОРИЕНТИР НА УСПЕХ:

Опыт сетевого взаимодействия
организаций здравоохранения
и образования в Республике Саха (Якутия)



стр. 33

**ИННОВАЦИИ В ПРАКТИКЕ
ФЕЛЬДШЕРА-ЛАБОРАНТА:**
ДНК-технологии для диагностики
наследственных заболеваний



стр. 26

**АДАПТАЦИЯ МОЛОДОГО
СПЕЦИАЛИСТА:**
Программа наставничества
ДКБ № 52 города Москва



стр. 7

**ПРИЛЕТИТ
ВДРУГ ВОЛШЕБНИК:**
Как медики астраханской
санавиации спасают жизни



ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ



САНИМЕД ЭКСПРЕСС

АНТИСЕПТИК №1 ДЛЯ БЫСТРОЙ ОБРАБОТКИ

Гигиеническая обработка рук – 10 сек
Обработка инъекционного поля – 15 сек
Обработка перчаток, надетых на руки персонала – 1 мин
Экспресс дезинфекция медицинского оборудования и датчиков диагностического оборудования (в т.ч. УЗИ)

Действующие вещества: изопропиловый и н-пропиловый спирты, ЧАС, феноксиэтанол

КОЖНЫЙ АНТИСЕПТИК

ФОРПОСТАН

Гигиеническая обработка рук – 20 сек
Обработка инъекционного поля – 20 сек
Обеззараживание внутренней поверхности обуви
Эффективен в отношении коронавирусных инфекций

Действующие вещества: изопропиловый спирт, ЧАС



КЛИНДЕЗИН 2000 ЭКСПРЕСС

УНИВЕРСАЛЬНЫЙ АНТИСЕПТИК

Гигиеническая обработка рук - 30 сек
Обработка инъекционного поля - 30 сек
Обработка перчаток, надетых на руки персонала - 1 мин
Экспресс дезинфекция датчиков диагностического оборудования (УЗИ и т.п.)
Пролонгированное антимикробное действие до 3х часов

Действующие вещества: н-пропиловый и изопропиловый спирты, ЧАС

ЛОКТЕВОЙ ДОЗАТОР ИНГАСЕПТ 26

Анодированный алюминиевый корпус с бактериостатическим покрытием
Удобная замена насоса - не требует демонтажа дозатора со стены
Возможность применения сменной помпы
Возможность регулирования дозировки
Регистрационное удостоверение Росздравнадзора





«Инвестируйте в профессию, уважайте ее права, чтобы обеспечить здоровье во всем мире.



Уважаемые коллеги, дорогие читатели «Вестника».

Этот выпуск выходит в тревожное для нашей страны время. Еще вчера тысячи специалистов работали в «красной зоне», а сегодня многие оказывают помощь в условиях боевых действий, спасая и заслоняя собой раненых солдат, рискуя при этом своей жизнью, своим здоровьем. Перед лицом разворачивающихся событий многое выглядит иначе, чем в мирное время. Второстепенными становятся разногласия, а самым главным единство и взаимная поддержка.

Под таким лейтмотивом Ассоциация провела первое очное мероприятие 2022 года – совещание Координационного совета. Мы старались поддержать моральный и боевой дух региональных ассоциаций, особенно наших коллег из Донбасса, которые на протяжении 8 лет являются индивидуальными членами РАМС. Первым и главным вопросом совещания стала помощь медицинским сестрам. Все регионы России сегодня занимаются сбором гуманитарных грузов, но для нас было важно помочь тем, чего не хватает именно сестринскому персоналу Республики. По прошествии месяца с момента проведения совещания нам известно, что ценный груз уже прибыл на Донецкую землю и вот-вот поступит в те организации, где особенно остро ощущается нехватка расходных материалов. Мы от всего сердца желаем нашим коллегам мира и безопасности, возможности каждый день жить и работать без оглядки на звуки сирен и разрывы снарядов, без страха за жизнь своих близких, пациентов и коллег.

Вместе мы обязательно преодолеем все трудности и станем только сильнее! В ответ на разворачивающиеся события РАМС объявила собственную мобилизацию. Мы готовы принять в состав Ассоциации те региональные ассоциации, которые сегодня в нее не входят, поддерживать инициативы по созданию региональных ассоциаций. Мы уже видим отклики на открытое обращение РАМС,

опубликованное в первом выпуске «Вестника» за 2022 год, надеемся, что специалисты сплотятся, чтобы добиваться перемен для профессии. Тем более что с каждым днем поводов для совместной работы у нас все больше и больше. Вслед за совещанием Координационного совета впервые после долгого перерыва перед специалистами открываются двери очных мероприятий. Буквально в конце апреля прошла первая очная встреча участников проекта «Лидерство в сестринском деле», призванного способствовать и укреплению ассоциаций, и распространению передовых практик. С успехом стартовали первые очные занятия «Выездных школ РАМС», – это наш новый проект, в рамках которого ведущие в своих областях практики эксперты побывают во множестве регионов с обучающими циклами и практическими занятиями. Пока что в рамках «школ» определены три направления: ключевые вопросы санитарно-эпидемиологического режима; эффективные перинатальные практики и совершенствование сестринской помощи пациентам с туберкулезом, а в будущем число тематических направлений обязательно будет расти в ответ на пожелания членов Ассоциации.

В этом году Ассоциации медицинских сестер России исполняется 30 лет. В истории РАМС были и сложные времена, и периоды больших надежд, и ситуации, когда приходилось доказывать необходимость тех или иных изменений годами... Историю организации делали лидеры и члены из многочисленных региональных ассоциаций, которые сформировали уникальную систему взаимодействия и такой мир внутри профессии, в котором каждый может найти ответы на свои вопросы, выразить мнение, получить поддержку. О таких специалистах и работе региональных ассоциаций мы расскажем в рамках исторического марафона РАМС, старт которого уже совсем близко.

Оглядываясь в прошлое, мы не оста-

вшего дня. Средства массовой информации редко вспоминают о специалистах сестринского дела, как будто это не мы охраняем здоровье на селе, стоим за тем самым операционным столом, где проводится уникальная операция, выживаем пострадавшего в ДТП, обеспечиваем профилактику грозных заболеваний. Что ж, мы сами расскажем о себе – о той сложной, жизнеутверждающей и бесценной работе, которую каждый день выполняют специалисты сестринского дела. Не только расскажем, но и покажем!

В марте РАМС подвела итоги конкурса видеогрантов, разыгранного среди региональных ассоциаций, представивших сюжеты о специалистах сестринского дела. По итогам конкурса РАМС профинансирует создание небольших видеоисторий о героях нашей профессии, о работе медсестер, фельдшеров, акушеров, о работе в операционной и на ФАПе, на скорой и в отделении анестезиологии и реанимации. Уже к концу лета видеоистории будут готовы, а их премьерный показ пройдет в группе РАМС «ВКонтакте» и на сайте Ассоциации. Будем рады видеть всех читателей «Вестника» в числе первых зрителей! Причем не только в качестве зрителей – именно вам предстоит принять участие в зрительском голосовании и выбрать лучшие видеофильмы, максимально близкие вам по духу истории о своих коллегах!

И это далеко не все сюрпризы, которые мы для вас подготовили. Вот-вот наступит май, месяц, когда мы отметим Международный день акушерки и Международный день медицинской сестры. В этом году Международный совет медсестер определил в качестве ключевой повестки праздника призыв к инвестициям в сестринское дело, к уважению профессии и всех специалистов. Безоговорочно разделяя этот призыв, хочу пожелать вам профессиональных успехов, роста, признания и уважения, счастья и крепкого здоровья!



На обложке: воспитанники детского сада на экскурсии в Нерюнгринском медколледже, Республика Саха (Якутия)

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ	
Ориентир на успех: Опыт сетевого взаимодействия организаций здравоохранения и образования в Республике Саха (Якутия)	стр. 3
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ	
Сплоченность и профессионализм. Хроника совещаний Правления и Координационного совета РАМС	стр. 20
ЗНАКОМСТВО С ПРОФЕССИЕЙ	
Прилетит вдруг волшебник: Как медики астраханской санавиации спасают жизни	стр. 7
Я детская медицинская сестра	стр. 10
ГЕРОИ ПРОФЕССИИ	
Светить всегда, светить везде или как все начиналось	стр. 16
Подвиг в деяниях твоих	стр. 24
СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ	
Священный подвиг – священная слава	стр. 18
КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Шовный материал. Работа во время операции и вне ее	стр. 37
ОПЫТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ	
Организация школы пациента для людей, живущих с ВИЧ	стр. 35
С ЗАБОТОЙ О КАДРАХ	
Адаптация молодого специалиста: Программа наставничества ДКБ №52 города Москва	стр. 26
Как предотвратить профессиональное выгорание. Опыт организации и проведения постоянно действующих семинаров-тренингов программы «Антистресс» в Ленинградской областной клинической больнице	стр. 29
ИННОВАЦИОННАЯ ПРАКТИКА	
Медицинская сестра эндоскопического профиля. Особенности работы в России и в других странах	стр. 12
Инновации в практике фельдшера-лаборанта: ДНК-технологии для диагностики наследственных заболеваний:	стр. 33

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 28.04.2022. 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, контактных данных, фотографией автора, иными иллюстрациями в виде отдельных файлов JPEG по электронному адресу: RNA@medsestre.ru

ОФОРМЛЕНИЕ ПОДПИСКИ

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

УЧРЕДИТЕЛИ И ИЗДАТЕЛИ

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

РЕДАКЦИЯ

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

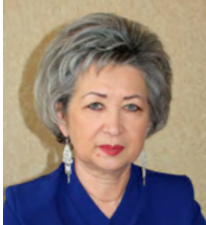
КУЛИКОВА Р.М. – президент Тюменской региональной общественной организации «Тюменская областная профессиональная сестринская ассоциация»

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, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Департамента по здравоохранению Смоленской области

ОРИЕНТИР – НА УСПЕХ, ИЛИ УЧИСЬ У ЛУЧШЕГО, СТАНЬ ЛУЧШИМ!



Татьяна Степановна ТЫДЫКОВА
Вице-президент РОО АСМР РС (Я)

В завершение 2021 года Ассоциация средних медицинских работников Республики Саха (Якутия) подготовила и провела конференцию, посвященную непрерывному взаимодействию организаций во имя профессионального образования в РС (Я) «ДОУ – Школа – Медколледж – Больница».

Открыла конференцию президент РОО АСМР РС (Я) Яковлева Аграфена Васильевна, рассказав о работе за 2021 год и о перспективах взаимодействия с РАМС на 2022 год.

Команда под руководством директора медицинского колледжа Адамовой Ирины Ивановны и председателя Ассоциации средних медицинских работников Тыдыковой Татьяны Степановны реализовали в Нерюнгринском районе совместный проект, направленный на профориентацию детей.

Инициаторами проекта была принята попытка вызвать у детей и школьников интерес к медицинской профессии.

Сетевое взаимодействие как форма совместной деятельности дошкольных образовательных учреждений, общеобразовательных школ, медицинского колледжа и центральной районной больницы начала внедряться с 2019 года.

Первым шагом нашего проекта стала разработка преподавателем медколледжа Кургановой Екатериной Михайловной студенческого проекта «Медицина – не работа, а призвание!». Мы провели профессиональные пробы для



школьников и тематические экскурсии для детей дошкольного возраста.

Дети дошкольного возраста по приглашению Доктора Айболита побывали на экскурсии в медколледже, попробовали свои силы в выполнении медицинских манипуляций на настоящих тренажерах. Сегодня экскурсии с Айболитом стали традицией для охвата дошкольных учреждений района.

Другим интересным направлением в проекте стало создание в школах медицинских классов. Заместитель директора по практической части Кравченко Людмила Семеновна сформировала профессиональную образовательную программу на основе интегративной программы школ и колледжа с учетом потребностей работодателей, где:

- программно-методическое обеспечение создается на основе межпредметных связей базовых дисциплин учебных программ школ и колледжа;
- исключается дублирование вопросов в программах смежных дисциплин;
- предусмотрена самостоятельная работа.

Форма обучения очная, продолжительность 1,5 семестра по 8 часов в неделю. Обучение проводится опытными преподавателями, главными и старшими медицинскими сестрами 1 раз в неделю на базе медицинского колледжа

в симуляционных кабинетах Центра медицинских компетенций.

В 2019–2020 гг. обучение прошел 51 учащийся. Успешно освоившие программу и сдавшие квалификационный экзамен в присутствии директоров школ, учащиеся получили свидетельства о профессии рабочего, должности служащего с присвоением квалификации «Младшая медицинская сестра по уходу за больными».

Эти ребята уже сделали свой выбор профессии, – поступили в медицинский колледж и институт.

О работе по развитию федеральных проектов WorldSkills Russia, «Абилимпикс» с участниками конференции поделилась преподаватель медколледжа Гречишкина Яна Александровна.

С появлением медицинских классов школьники стали привлекаться к участию в чемпионатах профессионального мастерства WorldSkills Russia, «Абилимпикс». Первыми участниками в данной категории выступили школьники в группе людей с ограниченными возможностями здоровья, результатом стали золотые медали Дугинова Фекла и призовое место Дмитриева Александра. В отборочном чемпионате России финалистом стал Батца Егор. На всероссийском чемпионате медицинская сестра Жесткая Марина завоевала бронзу. Григорьева Альбина, фельдшер Якутского автодорожного колледжа, принесла в копилку РС (Я) золотую ме-

даль в компетенции «Медицинский социальный уход» в Национальном чемпионате.

Подготовку к соревнованиям ребята проходили на базе симуляционных классов Нерюнгринского колледжа. «Учись у лучшего и стань лучшим!», – таков девиз, с которым преподаватели колледжа готовили своих медалистов, поделилась с участниками Яна Гречишкина.

Опыт работы фельдшеров школ в своем докладе представила старшая медицинская сестра по организации работы в школах Ткач Анна Сергеевна. Еще конце 2017 года на базе одной из школ города Нерюнгри в рамках внеурочной деятельности был организован кружок «Юный медик» среди 9–11-х классов. По окончании учебного года был проведен анализ влияния профориентации на выбор будущей профессии. К сожалению, на тот момент медицинскую профессию выбрали единицы – основная масса детей этой возрастной группы сделала свой выбор раньше.

Следовательно, профориентационную деятельность необходимо начинать практически с начальных классов, когда у детей только начинает формироваться самопознание и возрастает интерес к собственному «Я».

В сентябре 2020 года, учитывая послание Президента, приказ о профориентационной деятельности, а также проанализировав ранее допущенные ошибки, наша больница вновь начала вести профориентацию среди школьников через медицинских работников общеобразовательных учреждений.

Профориентационная работа в школе проводится в два этапа:

- Профессиональное просвещение, главная цель которого знания о медицинской профессии, а также тех требованиях, которые предъявляются профессией к человеку.
- Выбор профессии, определение направленности школьника, его интересов, склонностей и, конечно же, помощь в выборе профессии.

Чтобы определить интересы детей, узнать, кем они себя видят в будущем, их разделили на три возрастные группы: младший школьный возраст, средний и старший школьный возраст



и провели опрос через образовательную систему «Сетевой город» среди этих групп, с привлечением социального педагога. Для каждой из групп были подготовлены разные вопросы, но все были направлены:

- во-первых, на определение интересов и склонностей, т.е. условно это можно назвать «я хочу»;
- во-вторых, на оценку важных качеств: здоровье, способности, которые могут в дальнейшем определить профессиональную пригодность, а также возможности. Все это условно можно назвать «я могу»;
- в-третьих, на выявление предпочтений, того, кем школьник видит себя в будущем, какие профессии, по его мнению, пользуются спросом, какие из них перспективные, по каким профессиям наиболее востребованы специалисты. Одним словом, «что сегодня нужно обществу».

Медицина – это ответственность, поэтому только в том случае, если школьник сумеет совместить свое «хочу», «могу» и «надо», его профессиональный выбор будет удачным, и задача от такого специалиста в процессе медицинской деятельности будет на все 100%.

Анализ полученных данных показал: 55 % детей с 1-го по 4-й класс хотят стать врачами. В этом возрасте их привлекают «белый халат», «шприц», «фонендоскоп». В своей игровой деятельности они видят себя врачами.

В средней школе (5–8-й классы) 30 % отдадут предпочтение медицине. В этом возрасте они достаточно хорошо понимают, что такое медицина, но напри-

мую зависят в выборе профессии от мнения родителей.

В старших классах всего 15 % детей выбирают медицинские специальности. Это уже осознанный выбор. Подростки четко понимают сложность профессии, поэтому многие просто отказываются от этого выбора в силу предстоящих сложностей.

Хотелось бы обратить внимание на детей среднего школьного возраста, чьи родители являются медицинскими работниками. У них интерес к медицине выше по сравнению

Дети медицинских работников гордятся профессией своих родителей.

со своими сверстниками, можно сказать, что они ведут настоящую пропаганду медицины в своих коллективах. При беседе с этим контингентом детей мы выяснили, что ранее они особо не обращали внимания на профессию медицинского работника, относились к ней просто как к работе своих родителей. Но с появлением COVID-19 их мнение резко поменялось. Дети увидели, кто первым бросился на борьбу с коварной болезнью, кого не было дома неделями, месяцами напролет. Да, это были их родители – олицетворение медицины. Дети медицинских работников гордятся профессией своих родителей.

Нами были организованы три «кружка» – для начальной, средней и старшей школы. Проходили они по типу внеурочных занятий на базе



медицинских кабинетов школ под руководством школьных медиков.

«У истоков медицины» – курс для детей начальной школы. Большое внимание уделялось проведению мастер-классов, чтобы заинтересовать детей, дать им самим возможность продемонстрировать свои умения. Как оказалось, наибольшее впечатление дети получили от мастер-классов по правилам надевания и снятия защитной маски, а также обработке рук на гигиеническом уровне.

Школьники 5–8-х классов посещали кружок «Юный медик». Основой их практических занятий стало оказание первой помощи при различных острых заболеваниях, травмах, кровотечениях различного характера. Для этого в большей степени использовались тренинги, которые позволяли освоить различные приемы оказания первой помощи. Большое внимание уделялось наложению повязок и шин. Школьников ознакомили со стандартным набором аптечки, техникой оказания первой помощи и использования подручных средств при чрезвычайных ситуациях.

Программа профориентации для старшеклассников рассчитана на тех, кто задумывается о медицинской профессии. На занятиях они знакомятся с миром медицины, узнают о работе организма, наследственности, памяти и современных направлениях в медицине. В программу обучения входит посещение отделений Нерюнгринской больницы, где были организованы встречи с врачами, старшими медицинскими сестрами, на которых медицинские работники рассказывали, как они пришли в медицину.

Также делался уклон на то, чтобы подростки смогли научиться анализировать обстановку и правильно действовать при обострении заболеваний, несчастном случае, травме или отравлении. Был организован мастер-класс по проведению сердечно-легочной реанимации, безопасной транспортировки пострадавшего. Также рассматривались случаи неправильной и несвоевременно оказанной помощи и их исход.

Медицинский кабинет в школе оснащен всем необходимым, чтобы отработать полученные навыки. Этот курс полезен старшеклассникам, которые решили поступать в медицинские учебные заведения и хотят проверить свой профессиональный выбор, занимаясь с фельдшерами в медицинских кабинетах.

Кроме этого фельдшеры школ активно участвуют в практических занятиях по общеобразовательной программе «Основы безопасной жизни». Школьный фельдшер своим отношением к детям, общению с ними привлекает внимание к себе как к медицинскому работнику.

Они неустанно ведут профориентационную деятельность, посещая общешкольные родительские собрания, где стараются донести до родителей важность медицинской профессии и мысль о том, что дети – это будущее современной медицины.

В конференции приняли участие преподаватели Олекминского отделения медицинского колледжа Марыщенко Юлия Александровна и заведующая отделом практического обучения Тихомирова Лилия Сергеевна, которые поделились опытом волонтерского движения в период пандемии при активной

поддержке Олекминского отделения Ассоциации средних медицинских работников. Самоотверженный труд наших студентов не остался незамеченным, и многие были представлены к WorldSkills Russia, «Абилимпикс» к различным наградам от Ассоциации СМР РС (Я), от главы района, директора медицинского колледжа.



Тесное взаимодействие медицинского колледжа с лечебными учреждениями района по вовлечению кадров в систему здравоохранения прозвучали в докладе главной медицинской сестры Дзюба Елены Михайловны, которая рассказала о реализации практического обучения студентов на базе больницы.



О развитии наставничества как формы эффективной адаптации молодых специалистов в больнице рассказала член Правления Ассоциации СМР, старшая медицинская сестра Трухачева Ирина Владиславовна.

Для достижения поставленной цели при прохождении практических занятий на базах лечебных организаций Ассоциация на уровне главных и старших медицинских сестер призвана формировать и совершенствовать:

- высокий уровень функциональной грамотности;
- навыки коммуникативности, способности к кооперации, сотрудничеству, сотворчеству;
- приемы личной саморегуляции и выработки простейших правил психотерапии;

- умение работать в коллективе, способность нести ответственность за принятые решения;
- лучшие традиции, направленные на воспитание у обучающихся представлений о престижности выбранной профессии;
- комфортный психологический климат;
- деятельность по ознакомлению студентов с основами права – прививать правовую культуру, учить умению защищать свои права;
- качества конкурентоспособной личности через организацию коллективных творческих дел, деловых игр, психологических тренингов;
- систему мониторинга и менеджмента воспитательного процесса.

Внедрение в практическое здравоохранение высокотехнологичных видов оказания медицинской помощи, оснащение медицинских организаций современным оборудованием, повышение уровня требований к выпускникам колледжа со стороны работодателей способствовало внедрению в процесс обучения практико-ориентированных обучающихся технологий. Реализация данного направления нашла свое отражение в разработке методики проведения интерактивных обучающих рабочих семинаров, посвященных современным медицинским технологиям.

Главная медицинская сестра Якутского республиканского онкологического диспансера Гоголева Светлана Алексеевна осветила тему трансфера полученных передовых технологий в практическую деятельность онкодиспансера, отметив роль Ассоциации в подготовке молодых специалистов по проведению профилактических мероприятий по борьбе с онкологическими заболеваниями в республике.

Одной из важных тем в настоящее время для средних медицинских работников стала процедура аккредитации как для выпускников колледжей, так и для практикующих специалистов среднего звена. Об изменениях в законодательных документах участникам конференции рассказала председатель аккредитационной комиссии Республики, член Правления Ассоциации, главная медсестра Национального



центра медицины № 1 Мордосова Ирина Семеновна.

Заведующая отделением ДПО Нерюнгринского медколледжа, вице-президент Ассоциации, заместитель аккредитационной комиссии Тыдыкова Татьяна Степановна рассказала о работе отделения дополнительного профессионального образования на этапе аккредитации, формах обучения, методах подготовки и работы на портале НМФО.

Подводя итоги состоявшейся конференции, президент РОО АСМР РС (Я), главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью МЗ РС (Я) Яковлева Аграфена Васильевна отметила, что социальное партнерство образовательного учреждения с учреждениями здравоохранения – необходимое условие формирования заказа на подготовку квалифицированных специалистов.

Мы рассматриваем социальное партнерство как особый тип добровольного взаимодействия образовательных учреждений с институтами рынка труда, государственными и местными органами власти, общественными организациями, нацеленный на максимальное согласование и реализацию интересов всех участников этого процесса.

Основной способ осуществления социального партнерства медицинского колледжа – социальный диалог с представителями лечебно-профилактических, общеобразовательных учреждений. Социальное партнерство для колледжей должно стать естественной формой существования. В условиях рыночной экономики только в тесном контакте с работодателями, другими

образовательными учреждениями, общественными организациями, органами управления и самоуправления колледж сможет выполнять свое главное предназначение – осуществлять качественную профессиональную подготовку по специальностям, востребованным на рынке труда.

Наши ответственные задачи – поддержка института наставничества как одного из наиболее эффективных методов адаптации молодых специалистов в коллективе, работа по повышению престижа профессии и привлечению молодежи в медицину через общение школьного фельдшера, когда тот своим примером привлекает внимание к себе как к медицинскому работнику.

Выбор профессии можно рассматривать как взаимодействие двух сторон: человека с его индивидуальными особенностями и специальности с теми требованиями, которые она предъявляет к человеку. При правильном выборе мы достигнем совпадения индивидуальных особенностей человека с требованиями профессии.

Участие ассоциации в профориентационной работе, в расширении взаимодействия дополнительного профессионального образования на портале НМФО, в проведении нового этапа аккредитации направлено на решение главной задачи – подготовки высококвалифицированных медицинских кадров.

Актуальность конференции привлекла внимание наших коллег из городов Москва, Новосибирск, Абакан, Хабаровск, Кемерово и всех лечебно-профилактических учреждений Республики Саха Якутия.



ПРИЛЕТИТ ВДРУГ ВОЛШЕБНИК

КАК МЕДИКИ САНАВИАЦИИ СПАСАЮТ ЧЕЛОВЕЧЕСКИЕ ЖИЗНИ



■ **Светлана Александровна
АНДРЕЕВА**

Исполнительный директор
АРОО «ПСА», Астраханская область

Автомобиль скорой медицинской помощи – привычный вид транспортировки пациента в медицинское учреждение.

Но случается так, что доставить больного необходимо в считанные часы на расстояние в несколько сотен, а порой и тысячи километров.

Вот для таких целей используется санитарная авиация. Эта служба находится в ведении «Отделения экстренной консультативной скорой медицинской помощи» «ГБУЗ АО «Центра медицины катастроф и скорой медицинской помощи».

В мире существуют разные типы авиации: военная, гражданская, малая, а вот особняком в этом ряду стоит

именно санитарная авиация, которая имеет свои определенные цели и задачи. При этом представить воздушное пространство без нее никак нельзя, ведь она дает возможность спасать человеческие жизни, так как воздушные суда быстро добираются до труднодоступных мест и быстро транспортируют больных.

Совсем немного истории...

В нашем государстве санитарная авиация появилась в 1925 году, и ее создание инициировало Российское общество Красного Креста и Красного Полумесяца.

Самолеты обеспечивали эвакуацию больных из труднодоступных районов и доставляли их в медицинские учреждения. Первоначально санитарная авиация эксплуатировала только существующие транспортные самолеты, которые не имели специального медицинского оснащения.

Но уже в 1927 году стартовали работы по созданию первого в СССР санитарного самолета. И этим санитарным воздушным транспортом стала машина под названием К-3 – «Калинин, третий». В дальнейшем крылатая скорая помощь получила новое название РОКК-1. Пилоты и медики, работавшие

на этом воздушном судне, называли его «Санитаркой».

В годы Великой Отечественной войны санитарная авиация была введена в войска и спасла немало жизней.

В начале 60-х годов санавиацию вновь перевели в здравоохранение. В ту пору появились санитарные вертолеты и специализированные бригады для перевозки больных по воздуху.

А вот в годы «перестройки» скорая авиапомощь почти исчезла.

Возрождение санитарной авиации

Но она возродилась в 2019 году, вернулась, заработала!

Экстренная медицинская помощь для жителей отдаленных сел и деревень стала намного доступнее благодаря национальному проекту «Здравоохранение», в рамках которого динамично развивают санитарную авиацию.

В Астраханской области санитарная авиация начала свою деятельность в июле 2020 года, и уже в первый месяц работы доказала необходимость своего существования.

Полеты санитарной авиации охватывают всю территорию региона. В астраханском аэропорту круглосуточно дежурит медицинский вертолёт «Ансат».

И это не просто воздушное судно, используемое для транспортировки больных, это настоящая воздушная реанимация. Помимо стандартного летного оборудования, крылатый помощник имеет на своем борту новейшее медицинское оборудование: аппарат искусственной вентиляции легких, дефибриллятор-монитор, инфузомат, спинальный щит для иммобилизации и транспортировки людей с тяжелыми травмами. Кроме этого воздушная машина укомплектована всеми лекарственными препаратами на любой экстренный случай и многим другим, необходимым для контроля за жизнедеятельностью пациента и проведения самых экстренных необходимых мероприятий. На борту воздушного судна можно транспортировать самых маленьких пациентов. Для этого в оснащении отделения есть кювет для транспортировки новорожденных, который можно без особых усилий разместить в салоне вертолета. И еще, что немало важно для нашего региона, вертолет может сесть в любом месте и в любое время, независимо от времени года и погодных условий, он маневренный, небольшой и крайне удобный.

Полеты выполняются Национальной службой санитарной авиации. В Астраханской области работает экипаж пилотов из Санкт-Петербурга, который имеет высшую категорию допуска, позволяющую выполнять полеты в любое время дня и ночи, и в любую погоду, будь то туман или снегопад.

В качестве сопровождения пациентов в состав команды входят высококвалифицированные специалисты ГБУЗ АО «Центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи».

Медицинские специалисты проходят специальную переподготовку, которая позволяет им оказывать качественную и оперативную медицинскую помощь даже во время полета. У Национальной службы санитарной авиации жесткие стандарты оказания медицинской помощи, которые должны неукоснительно соблюдаться.

Климатические особенности

По количеству осадков Астрахань называют самым засушливым городом Европы. Несмотря на это, в нашей области имеются свои климатические особенности.



Весна в Астраханской области не только очень красива, но и беспощадна для жителей прибрежных сел.

Начавшийся ранней весной паводок ежегодно поднимает уровень воды на пять, а то и шесть метров. День за днем вода затапливает все на своем пути. И через некоторое время там, где были поселковые дороги, каналы, поля, образуются озера. Сильный паводок опасен не только наводнениями. Во время половодья прибрежные села страдают от ледохода. Проснувшаяся вода с непреодолимой силой раскалывает ледяной покров и гонит льдины.

Можно только представить, как тяжело жителям отдаленных районов в этот период выбраться из своей местности.

А уж если кому-то понадобится экстренная помощь, рассчитывать на обычную «скорую» не приходится. Вот в этом случае хочется сказать словами из детской песенки «прилетит вдруг волшебник», но не на голубом, а на желтом вертолете и не один, а с целой командой медицинских работников и не кино показать, а оказать специализированную медицинскую помощь.

Медицинский вертолет адаптирован к условиям сельской глубинки – он может совершить посадку на трассе в любое время года. А для нашего региона это очень актуально, так как в Астраханской области много островных «запаромных» населенных пунктов, удаленных от областного центра.

Каждый вылет – это опыт, никогда не знаешь, с чем столкнешься, и должен быть готов ко всему

Астраханской санавиации отдыхать приходится редко. У фельдшеров, работающих в бригаде санитарной авиации, работа есть всегда. Практически каждый день они вылетают в отдаленные и труднодоступные районы нашей области, помогая людям, нуждающимся в срочной помощи.

С начала своей деятельности бригада медиков санавиации доставила в больницы города Астрахани более двухсот пациентов, из них 25 это дети и 10 беременных женщин.

Среди пациентов крылатой «скорой» оказывались пострадавшие в ДТП, пациенты с сердечно-сосудистыми патологиями, инфекционными заболеваниями, почечной недостаточностью и другими серьезными заболеваниями, которые требуют немедленной специализированной помощи.

Наибольшее количество вылетов приходится на Ахтубинский, Черноярский районы и Закрытое административно-территориальное образование Знаменск Астраханской области.

Табакова Татьяна Ивановна – фельдшер санитарной авиации: «Спасение жизни пациента, конечно, зависит не только от современного медицинского оснащения воздушного судна и скорости доставки больного к «земной» медицинской помощи, но самым ценным здесь является именно опытный врач

и фельдшер, которые отлично знают свое дело и способны быстро сориентироваться и оказать помощь в критической ситуации и на земле, и в небе».

На сегодняшний день на базе Центра медицины катастроф и скорой медицинской помощи работает 25 фельдшеров санавиации, и все они высококвалифицированные специалисты.

Табакова Татьяна одна из них. Работает в службе скорой помощи уже более 24 лет, в санавиацию сама вызвалась, как только ее начали формировать.

Фельдшеры, как и прежде, находятся в самом «эпицентре событий» – первыми идут, что называется, и в огонь, и в воду. Особенно ярко работу фельдшеров и медицинских сестер скорой помощи показал последний год, полыхающий эпидемией COVID-19.

«У меня порой возникает такое ощущение, что вернулись девяностые годы – работы стало нескончаемо много, много тяжелых больных. Только тогда в основном шли травмы, а сейчас – пневмонии и ОРВИ», – говорит Татьяна Ивановна.

Самое важное в работе фельдшеров, работающих в команде санитарной авиации, – успеть оказаться на месте в «золотой час» и сделать максимум возможного, чтобы сохранить человеку жизнь. Любая транспортировка ухудшает состояние пациента, а если он в очень тяжелом состоянии, то медицинские специалисты должны мгновенно считывать каждое изменение состояния. Да, есть медицинская аппаратура, отвечающая всем современным стандартам, считывающая жизненно важные показатели организма, сигнализирующая, если что-то идет не так, но чувствует ситуацию именно меди-

и принимает соответствующие решения. В условиях полета все намного сложнее, чем на земле: для возможности голосового общения с коллегами мешает сильный шум, приходится общаться жестами, взглядами. Кроме этого на борту очень ограниченное пространство.

У последней черты

Дети, пожилые люди, жертвы ДТП и несчастного случая... Разные люди и судьбы разные, но роднит их одно: у критической черты они встречаются, ангелов в белых халатах, спустившихся с небес им на помощь. И это не громкие слова – это тяжелая повседневность бригад санитарной авиации.

Ожоги и отравления – самые распространенные диагнозы среди детей до трех лет, так как именно в этом возрасте дети бесконечно любознательны, они могут уже свободно передвигаться, тянуть все на себя и пробовать на вкус все, что «плохо лежит». И, к сожалению, зачастую это случается из-за недосмотра родителей.

«О вызове санавиации поступил звонок из Лиманской районной больницы. Нашей бригаде сообщили об обширном термическом ожоге у двухлетнего ребенка, – рассказывает Татьяна Табакова. – Не прошло и часа, как наша бригада была уже в Лиманском районе. Девочка была готова к транспортировке.

Вспоминая, фельдшер качает головой от переживаний: случай был крайне тяжелый. На ребенке, можно сказать, не было живого места...

Врач бригады бережно взял крошечное беспомощное тельце с медицинской каталки и за считанные минуты перенес ребенка в вертолет, где его тут же подключили к медицинским

приборам. Потом полет – почему-то он показался мне бесконечным... Я следила за показателями приборов, держа крохотную ручку маленькой девочки, в тот момент, мне казалось, если я выпущу эту ручонку хоть на мгновение, она перестанет дышать и сразу погибнет...

Мы передали ребенка в реанимацию Областной детской клинической больницы имени Н.Н. Силищевой, где врачи сделали все возможное и невозможное, чтобы ребенок остался живым.

Как правило, мы не поддаемся эмоциям, но почему-то этот случай сильно тронул сердце. Ведь мы тоже люди. Редко, но приходится видеть, как подавшие все коллеги плачут, потому что есть вещи, к которым нельзя привыкнуть: когда умирают беременные женщины и когда не удается спасти ребенка. Нелегко такое пережить!

Нас часто обвиняют в хладнокровии. Да, согласна, это присутствует. Но без этого в нашей работе никак нельзя.

Много лет назад, когда я только устроилась на работу, мне старший наставник сказал: запомни, идя на работу, оставляй все свои проблемы и печали дома, а заходя в дом – забудь о работе. Звучит это, наверное, обыденно, но, поверьте, это очень важно при нашей профессии».

И опасна, и трудна

Очереди из желающих работать в санавиации около дверей не выстраиваются. Работа на борту воздушной скорой очень своеобразная и тяжелая.

Хочется отметить, что медицинские специалисты, работающие в санавиации, все в основном возрастные, за 40, это люди с огромным опытом работы в службе скорой помощи.

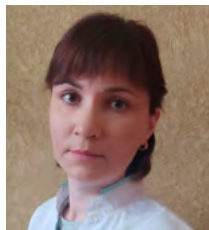
Переживают за каждого пациента и, несмотря на наработанные воздушные часы, волнуются перед каждым вылетом. Эта работа не дает расслабляться.

«Тяжело, никто этого не скрывает, – признается Табакова Татьяна Ивановна фельдшер бригады санавиации. – Но никто и не жалуется. И, по-моему, ни у кого из моих коллег ни разу за тот период, что провели в воздухе, не возникло мысли бросить работу.

Мы ведь фельдшеры – а значит, всегда должны быть на передовой!»



Я – ДЕТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА



■ **Светлана Геннадьевна ПОГАДАЕВА**

Медицинская сестра кабинета организации и оказания медицинской помощи детям и подросткам (МАОУ Богандинская СОШ № 1) ГАУЗ «Областной больницы № 19» филиал Богандинская поликлиника

Русская народная пословица «Где родился, там и пригодился» как нельзя лучше подходит мне. Я родилась, выросла и живу в поселке Богандинский, работаю медицинской сестрой в школе, в которой проучилась одиннадцать лет. Я люблю свой поселок, люблю свою работу, люблю детей. Не могу сказать, что с детства мечтала стать медицинской сестрой, но всегда хотела работать с детьми. Могу сказать, что моя детская мечта сбылась, а еще я могу реализовывать свои профессиональные и личные качества.

С раннего детства я была очень активна. Принимала участие во всевозможных конкурсах, ходила на театральные и танцевальные кружки в поселковый дом культуры. В школе была первой помощницей библиотекаря, все перемены проводила в книгохранилище, заклеивая старые книжки и расставляя их по полкам. Думаю, что именно это повлияло на мое отношение к порядку во всем, чистоте и точности. И это, безусловно, очень помогает мне в профессии. Школу я закончила в 2003 году на «4» и «5».

В этом же году я поступила в Тюменский медицинский колледж. Когда передо мной встал выбор, на какую специальность пойти учиться: сестринское дело, лечебное дело, лабораторная диагностика или же акушерское дело, я впервые подумала: а кто это – акушерка? И когда мне рассказали, что одной из функций акушерки

является родовспоможение, все вопросы отпали, мой выбор был очевиден. Очевиден для восемнадцатилетней девушки с широко открытыми глазами и воспринимающей рождение ребенка, как чудо!

Медицинский колледж удалось закончить с красным дипломом. Годы учебы запомнились интересными занятиями, первой практикой, участием в конкурсе научных работ. А еще работой в должности санитарки в отделении новорожденных Перинатального центра города Тюмени.

После окончания колледжа была переведена медицинской сестрой палатной. Это действительно было прекрасное посвящение в профессию: работать с новорожденными, видеть чудо рождения, слезы матери. К сожалению, не всегда это были слезы радости...

Затем я работала по своей профессии акушеркой в женской консультации ЦРБ города Талица Свердловской области. Здесь удалось овладеть навыками внутривенных, внутримышечных, подкожных инъекций, катетеризации вен, постановки очистительных клизм, гинекологических процедур, так как помимо работы в женской консультации я дополнительно брала смены и в роддоме, и в гинекологии. Это был прекрасный трудовой год. Но особенно мне нравилось вести «школу будущих родителей», «школу планирования семьи», консультировать женщин по вопросам контрацепции.

Но всегда меня тянуло на мою родину, в мой Тюменский район, в мой поселок Богандинский... И вот однажды меня позвали работать в школу, в мою родную школу...

Ни минуты не раздумывая, я сказала: «Едем домой!»

И вот с сентября 2010 года и по настоящее время я работаю в ГАУЗ ТО «Областная больница № 19» филиал Богандинская поликлиника медицинской сестрой кабинета организации и оказания медицинской помощи детям и подросткам Муниципального автономного общеобразовательного учреждения Богандинской средней общеобразовательной школы № 1 Тюменского муниципального района.

Дети – это самые благодарные пациенты, они не скупятся на эмоции, честные и впечатлительные. А у наших поселковых детей, в отличие от городских, мировосприятие другое: они неторопливы, наблюдательны, у них есть время подумать и порассуждать, они не стесняются высказывать свое мнение. Часто ребята приходят ко мне в кабинет не с жалобами, а с вопросами о своем здоровье, о профилактике заболеваний, о вреде курения, о пользе физической нагрузки. Зачастую я провожу индивидуальные беседы с подростками, девушками и юношами, про половое развитие. Дети мне доверяют, они не воспринимают меня как педагога, как учителя, как родителя, я стараюсь быть им другом.

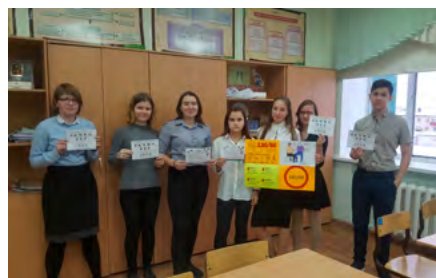
Работа детской медицинской сестрой в школе для меня – это любовь к детям, это забота о каждом ребенке, это терпение и уважение. Не всегда легко договориться, объективно оценить состояние здоровья ребенка, так как все дети разные. Есть возрастные особенности, есть особенности характера, воспитания. Безусловно, работа в школе – это очень ответственно и сложно. Но когда я вижу результат, а это здоровье, это благодарность, это интерес и детское любопытство знать все и еще больше, когда ребенок с горящими глазами рассказывает о сердечно-легочной реанимации (СЛР) и искренне верит в то, что каждый должен знать технику СЛР, что каждый может и должен помочь пострадавшему. Вот это бесценно!

Большая часть моей работы имеет профилактический характер, будь то вакцинопрофилактика, медицинские осмотры или скрининги, но особенную радость мне приносит санитарно-просветительная работа и работа по профориентации.

В 2011 году мы организовали в школе волонтерский медицинский отряд. Ребята, входящие в него, работают и распространяют памятки, проводят беседы, тематические игры с детьми в начальной школе и различные акции. Я сама являюсь волонтером-медиком и гор-



Мастер-класс СР среди учащихся 7-х классов с приглашенными специалистами станции скорой помощи г. Тюмени



Участие волонтеров во всеобуче «Гипертония, СТОП!» среди учащихся школы



Проведение всеобуча «Гипертония, СТОП!» среди населения поселка Богандинский

жусь этим! В 2018 году принимала участие в социальном всеобуче «Гипертония, СТОП!». Это проект-победитель конкурса фонда президентских грантов в направлении «Охрана здоровья граждан, пропаганда здорового образа жизни», на территории 5 городов и 22 районов Тюменской области. В рамках проекта я проводила профилактические беседы, инструктажи по технике измерения артериального давления, информировала и привлекала внимание к проблеме целевые группы населения поселка Богандинский и, конечно же, своих учеников.

Вместе с ребятами-волонтерами мы обучили технике измерения АД всех детей среднего и старшего звена – рассказывали про факторы риска, профилактику и призывали каждого быть «дежурным по здоровью» в своей семье.

2018 год закончился прекрасным событием – мне довелось войти в группу медицинских сестер из Тюменской области для представления данного всеобуча на Международном форуме добровольцев – итоговом мероприятии Года добровольца в России, который проходил в Москве с 2 по 5 декабря 2018 года. Это событие произвело на меня сильное впечатление, я наполнилась чувством гордости за свою профессию, за своих коллег.

В 2018 году МАОУ Богандинская СОШ № 1 стала экспериментальной площадкой областного проекта «Регион здоровья», в рамках которого было реализовано одно из направлений проекта «Здоровое поколение 4+» – сохранение и укрепление здоровья детей школьного возраста с опорой на технологии рационального использования природной силы холодной воды. Проект длился 3 года и заключался в формировании двух групп детей: экспериментальной

и контрольной. Экспериментальная группа на протяжении всего проекта в рамках внеурочной деятельности закалялась по разработанным нами методикам. Вся наша «рабочая группа», состоящая из психолога, директора школы, классных руководителей и меня, приступая к проекту, опасались, что он не будет реализован. Казалось маловероятным, что мы сможем мотивировать ребят трижды в неделю приходить на закаливание до начала уроков, то есть к семи утра! Когда все одноклассники еще спали, наши «моржата» обливались холодной водой, бегали босиком по снегу, делали дыхательную гимнастику, посещали сауну. Зато на первый урок они шли бодрыми и веселыми.

Но у нас все получилось! Ребята молодцы! Наш проект «Здоровое поколение 4+» в очередной раз доказал пользу закаливания детей и подростков. В рамках проекта было организовано межведомственное взаимодействие и сопровождение проекта научными сотрудниками, психологами, медицинскими работниками, методистами и педагогами разных структур, в том числе ФГБУН ФИЦ «Тюменский научный центр» СО РАН, ФГАОУ ВО «Тюменский государственный университет». Проект был представлен на Международной Пушкинской конференции молодых ученых в октябре 2020 года научным сотрудником отдела биоресурсов криосферы ТюмНЦ СО РАН Колывановой С.С.

Главным успехом проекта считаю инвестиции в будущее наших детей, в их здоровье. Также отличным результатом нашей работы считаю преемственность, так как с 1 сентября 2020 года к ребятам из экспериментальной группы присоединились ма-

лыши, учащиеся первого класса, уже не в рамках проекта, но с огромным желанием родителей и педагогов. Ребята с большим удовольствием закаляются и уже наравне со своими старшими товарищами выполняют весь комплекс закаливающих процедур.

С января 2020 года я веду кружок «Юный медик». Вместе с ребятами мы учимся быть здоровыми, оказывать первую помощь при неотложных состояниях, а также участвуем в просветительском проекте «ПрофМед» волонтеров-медиков – студентов Тюменского государственного медицинского университета. Вместе с ребятами мы уже были на экскурсии в Тюменском медицинском университете, посетили мастер-классы по оказанию первой помощи, а также поучаствовали в донорском КВИЗе.

В 2021 году мы вместе с ребятами-кружковцами приняли участие во II Областном фестивале-конкурсе волонтерских проектов «Здоровое питание» и стали победителями муниципального этапа.

Активное участие и небольшие победы дают стимул моим юным медикам к дальнейшим успехам. А я в свою очередь горжусь ими, горжусь своей профессией. Мне нравится наблюдать, как меняются дети: вот они пришли в первый класс – маленькие и беззаботные, веселые и удивленные, а вот – они уже старшеклассники, совсем взрослые и серьезные, с намеченными целями и юношеским максимализмом. И с каждым интересно, как будто что-то новое открываешь для себя и проживаешь вместе с ними их возраст.

Я – счастливый человек, счастливая женщина и мама. У меня работа, которая помогает мне реализовывать все свои возможности, и я очень рада, что я – детская медицинская сестра!



МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ЭНДСКОПИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ В РОССИИ И В ДРУГИХ СТРАНАХ

■ Елена Юрьевна ПИНИНА

Старшая медицинская сестра
отделения эндоскопии

■ Сергей Сергеевич ПИРОГОВ

Д. м. н., заведующий отделом
эндоскопии

■ Наталья Юрьевна ЗАРУБИНА

Главная медицинская сестра

■ Елена Станиславовна КАРПОВА

К. м. н., старший научный сотрудник
отдела эндоскопии

■ Андрей Дмитриевич КАПРИН

Академик РАН, д.м.н., профессор,
генеральный директор.
Московский научно-
исследовательский онкологический
институт имени П.А. Герцена – филиал
Федерального государственного
бюджетного учреждения
«Национальный медицинский
исследовательский центр радиологии»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

В диагностике и лечении опухолевых, предопухолевых и воспалительных заболеваний органов желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей эндоскопические методы имеют огромное значение. Важно отметить, что ранние формы рака вышеописанных органов (Рис. 1, Рис. 2) возможно выявить только с использованием эндоскопических технологий. И роль медицинской сестры при

проведении эндоскопических исследований и вмешательств сложно переоценить.

В Российской Федерации медицинская сестра осуществляет подготовку пациента к исследованию или операции, ассистирует врачу во время исследования и современных вмешательств, наблюдает за пациентами после выполнения процедуры. Обработка эндоскопов и инструментов после эндоскопического исследования и ведение медицинской документации также осуществляет эндоскопическая медицинская сестра.

В других странах медицинская сестра может выполнять более широкий спектр профессиональных задач. К ним относятся: менеджмент эндоскопической службы, выполнение седации при проведении исследований у пациентов с неотложным соматическим анамнезом, а также, в ряде государств, самостоятельное выполнение некоторых эндоскопических исследований.

В мире существует несколько крупных профессиональных сообществ медицинских сестер эндоскопического профиля: Европейское общество эндоскопических и гастроэнтерологических медицинских сестер (ESGENA), национальные сообщества действуют в США, Австралии, Бельгии, Ирландии. Под эгидой этих сообществ регулярно публикуются клинические рекомендации, проводятся съезды и конгрессы.

Особенности эндоскопии на современном этапе развития медицинских технологий

Эндоскопия в XXI веке уже далеко ушла от фиброгастроскопии и фиброколоноскопии. Современные методы уточняющей эндоскопической диагностики включают широкий спектр современных технологий – это и видеоэндоскопия высокого разрешения (Рис. 3), узкоспектральная эндоскопия (Рис. 4), эндоскопия с оптическим увеличением (Рис. 5), аутофлуоресцентная эндоскопия (Рис. 6), виртуальная цифровая спектроскопия (Рис. 7), ультрасонография, которая позволяет оценить структуру стенки органа (Рис. 8), а также методы эндоскопии сверхвысокого разрешения – конфокальная лазерная эндомикроскопия (Рис. 9) и эндоцитоскопия (Рис. 10), позволяющие осматривать в процессе эндоскопического исследования слизистую оболочку с увеличением до 1000 раз и визуализировать отдельные клетки и их ядра.

В настоящее время эндоскопия – это не только диагностика. Это и огромный объем внутрископических лечебных методик, позволяющих удалять ранние формы рака без полостных операций. К ним относятся эндоскопическая резекция слизистой оболочки (Рис. 11), в том числе с диссекцией в подслизистом слое (Рис. 12), фотодинамическая терапия (Рис. 13), аргон-плазменная коагу-



Рис. 1. Ранний рак желудка. Видеозондоскопия высокого разрешения



Рис. 2. Ранний колоректальный рак. Хромозондоскопия с индигокармином



Рис. 3. Эндоскопия в белом свете с высоким разрешением. Ранний рак желудка

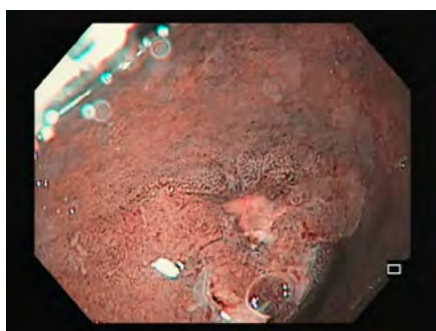


Рис. 4. Узкоспектральная эндоскопия (NBI). Ранний рак желудка



Рис. 5. Узкоспектральная эндоскопия с увеличением ×150. Ранний рак желудка.

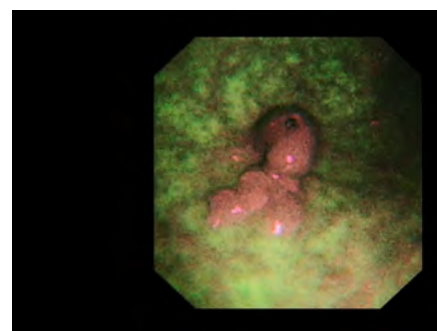


Рис. 6. Аутофлуоресцентная эндоскопия (AFI). Ранний рак желудка.

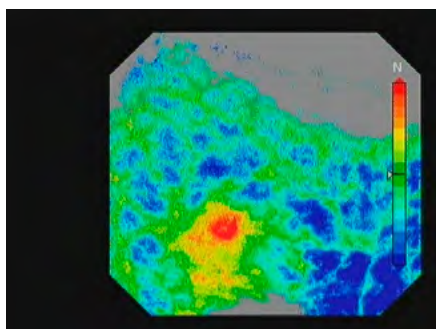


Рис. 7. Виртуальная цифровая спектроскопия (iHb). Ранний рак желудка.

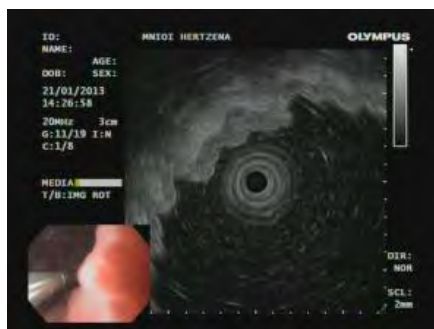


Рис. 8. Эндоскопическая ультрасонография (EUS). Ранний рак желудка.



Рис. 9. Конфокальная лазерная эндомикроскопия (CLE) с увеличением ×1000. Ранний рак желудка

ляция (Рис. 14) и лазерная деструкция. Кроме того, эндоскопические технологии имеют большое значение и в паллиативной помощи онкологическим больным. Так, при стенозирующих формах рака с использованием эндоскопии выполняются: стентирование полых органов, дыхательных путей (Рис. 15) и внепеченочных желчных протоков, баллонная дилатация (Рис. 16), а у инкурабельных больных раком поджелудочной железы производится эндоскопический нейтролизис чревного сплетения (Рис. 17), обеспечивающий стойкое купирование хронического болевого синдрома. Даже гастростомия, позволяющая восстановить энтеральное питание, особенно у пациентов с новообразованиями ор-

ганов головы и шеи, в настоящее время выполняется с использованием эндоскопических технологий (Рис. 18).

Задачи медицинской сестры эндоскопического профиля

Эндоскопическая медицинская сестра принимает непосредственное участие в выполнении эндоскопических исследований и вмешательств, а также осуществляет наблюдение за пациентами после завершения эндоскопической операции. Она должна знать подходы к эндоскопической диагностике и лечению различных заболеваний, распознавать и правильно интерпретировать возможные осложнения после эндоскопических вмешательств, изменения со стороны сердечно-сосудистой

системы и пр., а также быстро и четко реагировать на все происходящее с пациентом. Безусловно, с учетом развития эндоскопических технологий и расширения спектра эндоскопических диагностических исследований и лечебных вмешательств медицинская сестра должна понимать принципы функционирования высокотехнологичного эндоскопического оборудования.

В нашей стране медицинская сестра заполняет достаточно небольшое количество медицинских документов, согласно СанПиН 3.3686–21 к их числу относятся:

- Рабочая инструкция по обработке эндоскопов – п. 3643;
- Стандартные операционные процедуры (далее СОПы) – п. 3644;



Рис. 10. Эндоскопия (ЕС) $\times 520$. Ранний рак желудка

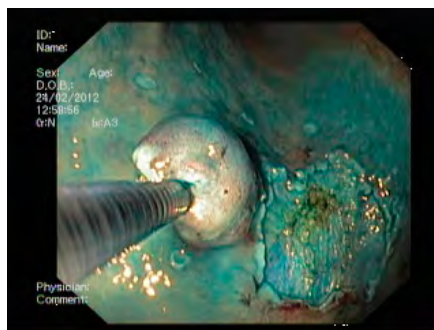


Рис. 11. Ранний рак желудка. Эндоскопическая резекция слизистой оболочки (EMR)



Рис. 12. Ранний колоректальный рак. Эндоскопическая резекция слизистой оболочки с диссекцией в подслизистом слое (ESD)

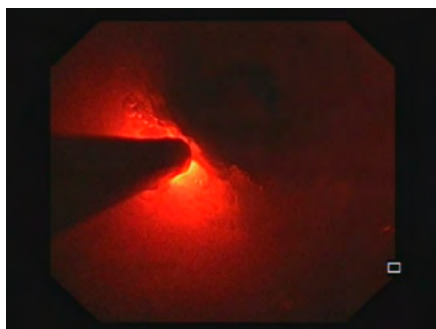


Рис. 13. Ранний рак пищевода. Эндоскопическая фотодинамическая терапия



Рис. 14. Нейроэндокринная опухоль желудка. Эндоскопическая аргон-плазменная коагуляция

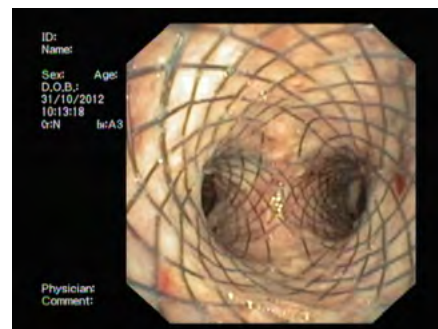


Рис. 15. Центральный рак легкого. Эндоскопическое стентирование трахеи и главных бронхов



Рис. 16. Эндофото. Рубцовый стеноз анастомоза. Эндоскопическая баллонная дилатация

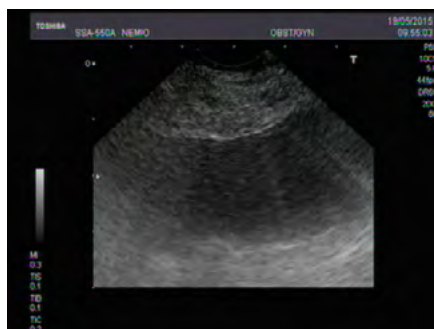


Рис. 17. Нейролиз чревного сплетения под контролем эндоскопической ультрасонографии

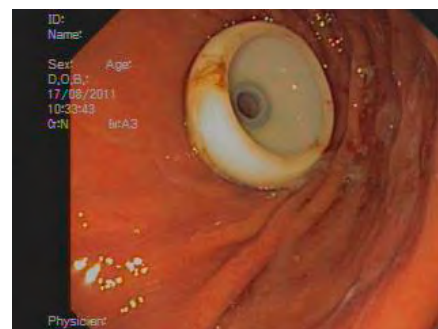


Рис. 18. Эндоскопическая гастростомия

- Журнал регистрации исследований, выполненных в отделении эндоскопии – п. 3647;
- Журнал контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств – п. 3649;
- Журнал учета аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций – п. 3752;
- Журнал контроля стерилизации эндоскопического оборудования ручным способом – п. 3651;
- Журнал проведения генеральных уборок (+шкаф) – пп. 3677, 3679;
- Журнал учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения – п. 3699;

- Журнал учета аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций – п. 3752.

В других странах на каждого пациента заполняется до 21 документов. В частности, в США медсестра отвечает за сбор анамнеза, внесение результатов анализов, информированное согласие, протокол седации, перечень использованного оборудования и инструментов, заполнение всех направлений на цитологическое и гистологическое исследования, ведение протоколов внутривенной общей анестезии препаратами короткого действия и послеоперационного наблюдения за пациентами [6]. Это очень большой объем работы, который осуществляют минимум две медицинские

сестры, принимающие участие в каждом исследовании/операции.

Настоящее и будущее сестринской практики в эндоскопии

Обработку эндоскопического оборудования и многоразового инструментария в нашей стране осуществляет эндоскопическая медицинская сестра. В настоящее время этот процесс является многоступенчатым, включает в себя предварительную и окончательную очистку внешних поверхностей эндоскопа, промывку каналов, тест на герметичность и последующую дезинфекцию высокого уровня, осуществляемую с использованием автоматических моечных машин. Обработка выполняется с со-

блюдением всех норм эпидемиологической безопасности. Необходимо отметить, что такой подход значительно увеличивает нагрузку на медицинскую сестру, так как качественная обработка эндоскопов занимает не менее 30–40% ее рабочего времени.

В то же время, по данным Европейских авторов, по результатам анонимного опроса медицинских сестер о соблюдении санитарных норм в эндоскопии было выявлено, что в 75 % случаях рекомендации не соблюдаются во всей их полноте, что обусловлено большой нагрузкой на медицинских сестер. В связи с этим в ряде стран Европы, в Японии, США есть специалисты, занимающиеся только обработкой эндоскопов и инструментария, они могут не иметь медицинского образования.

Зачем нужны эти специалисты? В настоящее время существует большое количество различных эндоскопов – необходимо знать устройство каждого эндоскопа и инструмента, знать устройство и принципы работы моечных машин для того, чтобы выполнить обработку, не навредив оборудованию. Эти специалисты по обработке эндоскопов выделены в соответствии с рекомендациями Европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии (ESGE) и Европейского общества эндоскопических и гастроэнтерологических медицинских сестер (ESGENA).

Только в некоторых клиниках в Москве есть технические специалисты по обработке эндоскопов.

Очень важный вопрос – необходимы ли результаты серологических анализов крови у пациентов при выполнении эндоскопического исследования? В Российской Федерации, согласно приказу МЗ РФ № 974н «Об утверждении правил проведения эндоскопических исследований», необходимость их не оговаривается. И таким образом необходимость наличия анализов крови на ВИЧ, гепатиты В, С и RW определяется внутренними распоряжениями руководства различных лечебных учреждений. В то же время, согласно Европейским рекомендациям по обработке эндоскопов и инструментария, наличие результатов этих анализов у пациента настоятельно рекомендуется.

В последние годы все большее количество эндоскопических исследований

и подавляющее большинство внутрипросветных эндоскопических вмешательств выполняется под общей анестезией. Однако в большинстве государств отмечается значительная нехватка врачей-анестезиологов. Поэтому, в ряде стран Евросоюза, в Великобритании, в США было предложено выполнение внутривенной общей анестезии препаратами короткого действия (Пропофол) при эндоскопических исследованиях медицинскими сестрами эндоскопических отделений. Безусловно, такие исследования выполняются только сертифицированными для этого, освобожденными от других обязанностей, медицинскими сестрами пациентам с неотягощенным соматическим статусом и только в учреждениях с наличием полноценной реаниматологической службы.

Представляется интересным, что в ряде стран медицинские сестры эндоскопического отделения самостоятельно выполняют и эндоскопические исследования. Первые данные об этом появились в конце 70-х годов прошлого века. Сначала медицинским сестрам доверили ректосигмоскопии, позже – колоноскопии.

В настоящее время во всем мире заболеваемость и смертность от колоректального рака очень высока и постоянно растет. В то же время в мире наблюдается нехватка врачей-эндоскопистов. Например, в Австралии вследствие этого более 100 тыс. пациентов в 2018 году находились в очереди на проведение колоноскопии. Необходимость выполнения большого количества скрининговых исследований толстой кишки при недостатке врачей-эндоскопистов определила возможность выполнения этих исследований медицинскими сестрами эндоскопических отделений. Безусловно, эти медицинские сестры проходят обучение, получают сертификаты и стажировку – выполняют не менее 50 исследований под контролем опытного врача-эндоскописта.

В частности, в Великобритании данная практика была внедрена еще в 1996–1998 гг., и, в настоящее время 620 медицинских сестер эндоскопического профиля выполняют скрининговые ректосигмоскопию и колоноскопию. В США американское общество гастроинтестинальной эндоскопии (ASGE) совместно с американским обществом

гастроэнтерологических медицинских сестер и ассистентов (SGNA) также разрешили выполнение ректосигмоскопий сертифицированным медицинским сестрам, и более 15 % таких эндоскопических исследований выполняются именно ими. А по данным исследования из Нидерландов, результаты колоноскопий, выполняемых опытной эндоскопической медицинской сестрой, сравнимы с результатами колоноскопий, выполняемыми врачами – практически с равной частотой выявляются различные опухоли, невысока и частота осложнений. Высказывается даже мнение, что опытная медицинская сестра выполняет некоторые эндоскопические исследования лучше, чем начинающий врач. Более того, в Великобритании – европейской стране с наименьшим охватом населения врачами-эндоскопистами, исследуется и возможность выполнения скрининговой эзофагогастроудоденоскопии медицинскими сестрами эндоскопического профиля.

В России для трудоустройства в эндоскопическое отделение медицинская сестра проходит первичное обучение на рабочем месте. Далее в образовательном центре проходит цикл «Обеспечение эпидемиологической безопасности при эндоскопических исследованиях и вмешательствах». В последующем проходит обучение раз в 5 лет.

В то же время в нашей стране медицинские сестры эндоскопического профиля даже не имеют специализированного сертификата и трудоустраиваются на должность по специальностям «Операционное дело» или «Процедурная медицинская сестра», напрямую не имеющих отношения к эндоскопии. Специальности «медицинская сестра эндоскопии» в РФ нет. В сравнении с этим в США существует специальность «эндоскопическая медицинская сестра», в Австралии медицинские сестры получают сертификаты для выполнения колоноскопий, в Великобритании – сертификат для выполнения внутривенной общей анестезии препаратами короткого действия.

Таким образом, в настоящее время представляется очевидной необходимость разработки и внедрения профессионального стандарта медицинской сестры эндоскопического профиля и формирования соответствующих программ обучения.

С МЕЧТОЙ О ПРОФЕССИИ ИЛИ КАК ВСЕ НАЧИНАЛОСЬ...

В этом году Ассоциация медицинских сестер России отмечает свой юбилей, а президент РАМС Валентина Саркисова – свой личный. В этом переплетении жизни и общественной миссии вся жизнь и судьба нашего лидера.

Сотни раз Валентину Антоновну спрашивали: *«Когда и почему Вы решили стать медицинской сестрой?»* Ответ всегда был лаконичен: *«Я просто никем другим себя даже не представляла, знала всегда, с тех самых пор, что себя помню, что хочу работать в медицине, хочу помочь больным и обязательно стану медицинской сестрой».*

Возможно, верный жизненный путь подсказала необходимость помогать семье, заботиться о старших братьях, а ведь их было сразу восемь; возможно, свою роль сыграли истории фронтовых сестричек, которые отзывались в сердце волнением и мечтой стать такой же быстрой, умелой и бесстрашной. Кстати, уже будучи президентом Ассоциации, Валентина Антоновна неоднократно встречалась с ветеранами Великой Отечественной войны, всегда находила время, чтобы поговорить, набраться мудрости и стойкости от старших коллег, повидавших в своей жизни многое.

Президентами не рождаются. Валентина Антоновна успела поработать и в городе, и на селе, причем в самых разных направлениях медицины – постовой сестрой инфекционного и хирургического отделений, старшей сестрой отделения реанимации и интенсивной терапии. И за операционный стол доводилось вставать, и на ФАПы выезжать, и руководить огромным коллективом Ленинградской областной больницы. Уже будучи опытной главной сестрой, Валентина Антоновна встала на путь лидерства, пытаясь найти ответы на множество вопросов: как обеспечить специалистов всем необходимым, можно ли организовать работу иначе, добиться большего, правильно ли мы ухаживаем за пациентами, нет ли где-то образцовых примеров организации помощи, которые можно перенять? Журнальные подшивки, библиотеки, очень непростой поиск информации, которой тогда, в советские годы, было так мало. Но именно поиск этих ответов привел некогда главную медсестру на первые организуемые конференции, а случай сыграл свою роль в том, что именно Валентине Антоновне предстояло стать основателем крупнейшей на сегодняшний день профессиональной сестринской ассоциации.

«Шел 1992 год, нас, главных сестер областных учреждений, вызвали на совещание в Москву, где прозвучал вопрос о создании Ассоциации. Впервые встретившись, не зная друг друга, не понимая до конца, что это такое, мы загорелись идеей. Просто потому, что хотелось чего-то большего, чем мы имели. Решать вопрос надо было быстро, можно сказать, нам дали в Минздраве пару часов, чтобы определиться с планом действий и с руководителем организации. Наталья Андреевна Рябинченко, в то время главная сестра Вологодской областной больницы, решила вы-



В.А. Саркисова, старшая медсестра ОРИТ Ленинградской областной клинической больницы, 1973 год

двинуть именно меня, потому что за несколько лет до этой встречи успела побывать у нас, в ЛОКБ, и оценить организацию работы. Нас так воспитывали, что возражать было не принято. И действительно, из числа всех собравшихся в те годы мне было бы проще регулярно ездить в Минздрав, обсуждать документы. Вот так все и началось», – вспоминает сегодня Валентина Антоновна.

Началась новая и неизведанная ранее работа. Встречи с коллегами из других больниц, работа над Уставом общественной организации, встречи с зарубежными медсестрами-профессорами. И если первое время были мысли о социальной поддержке, как основной задаче РАМС, то позже стало понятно – образование, обучение, профессионализм, совершенствование практики, защита статуса и авторитета сестринского дела, – вот что станет ядром будущих дел. Тогда, в 90-е, престиж профессии стремительно падал, ресурсы были истощены, и Ассоциация становилась опорой профессионализму и практической деятельности специалистов. Поэтому и первые дела Ассоциации – это всероссийские конференции специалистов, выпуск методических материалов, Этического кодекса медицинской сестры России, международные проекты и членство в международных организациях, лоббирование очно-заочной формы высшего образования для действующих главных и старших сестер, лоббирование новых управленческих должностей для медицинских сестер с высшим образованием – главной акушерки, главного фельдшера, заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом.

Рабочие встречи, конференции, программы и документы – в этом круговороте жизни и работы президента РАМС было место и удивительным событиям: *«В начале 90-х мы уже открыли дорогу в Министерство здравоохранения, бывали на совещаниях, встречались с руководителями. Поначалу смущались. Как-то непривычно было в приемной руководителя иной раз пройти без очереди, опередить главного врача, профессора, академика. Перед сестрами в какой-то*

момент как будто зажегся зеленый свет. Единственное, долго не решались записаться на прием к министру. В те годы время от времени лидеры РАМС приглашали на международные конференции. Честное слово, собирались, как в космос, тысячу раз проверяя и перепроверяя документы, визы, паспорта. И вот в одной из таких командировок в перерыве совещания меня пригласили за дискуссионный стол, а стула не было. Кто-то подсказал – вот же свободный. Обернувшись, я только взялась за спинку стула и решила уточнить у стоявшего рядом мужчины, не занят ли он. Какие-то доли секунды сомнений – рядом не было переводчика, а встреча международная. Только попробуйте представить взрыв эмоций – мужчиной оказался Министр здравоохранения России – Юрий Леонидович Шевченко! Без промедления, не раздумывая, буквально на автопилоте я попросила о встрече, – и мы проговорили о вопросах сестринского дела порядка двух часов», – вспоминает Валентина Антоновна.

С каждым годом дел у Ассоциации становилось все больше. За конференциями последовали съезды, разработка программ развития сестринского дела, предложений в Минздрав России по совершенствованию системы последипломной подготовки, разработка проектов профессиональных стандартов... И очередной поворот судьбы, когда теперь уже зарубежные коллеги выдвинули Валентину Антоновну на пост председателя Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций.

Сегодня Валентина Антоновна вспоминает: «Очень хотелось отказаться, все-таки РАМС сравнительно молодая организация, – за плечами нет столетнего опыта, прочной структуры, правительственной поддержки, профсоюзного размаха, которыми могут похвастать многие зарубежные ассоциации... Очень непросто было поверить в свои силы, в то, что мы достигли какого-то необходимого уровня и справимся с новой для себя задачей. Руководители разных ассоциаций Европейского региона, включая действующего тогда руководителя Форума Лилиан Бондо, эту мысль неоднократно озвучивали еще с 2011 года, но я все никак не могла решиться подать свою кандидатуру. А на отчетно-выборной конференции Форума в октябре 2013 года вопрос поставили ребром: либо принимать ответственность на себя,

либо организация прекратит свое существование. А нас так воспитывали, что возражать в критический момент было просто неуместно».

И вот к прежним делам РАМС внутри страны прибавились новые – создание глобальных и общеевропейских программ развития сестринского дела, участие в совещаниях ВОЗ – с руководителями зарубежных ассоциаций, главными правительственными сестрами, а позже и министрами здравоохранения, подготовка заявлений по самым разным вопросам здравоохранения от лица всех медицинских сестер и акушеров Европейского региона ВОЗ. И все это с одной целью – достичь для профессии высокого уровня, достойной оценки и признания, дать молодежи новые возможности, преодолеть недопонимание между врачами и сестрами, расширить границы сестринской практики...

Сегодня Ассоциация медицинских сестер России реализует множество интересных проектов и включается в любую работу, которая может повлиять на положение дел. Это дела государственные – профессиональные стандарты, образование, НМО, аккредитация; это дела общественные – профессиональные конкурсы, гранты, конференции, выездные школы... Главное, Ассоциация никогда не ставит в перечне своих задач точку, ведь уже завтра может возникнуть идея, которую надо обязательно воплотить в жизнь.

Став руководителем высочайшего уровня, лидером, сплотившим десятки тысяч специалистов, Валентина Антоновна осталась той восторженной медицинской сестрой, для которой мечта о профессии стала самой главной путеводной звездой. И любой специалист, которому когда-либо довелось лично встретиться с Валентиной Антоновной, а таких встреч за 30 лет состоялось немало, знает, что президент РАМС – это исключительный профессионализм, помноженный на бесконечную любовь к сестринскому делу и каждому специалисту.

Члены Правления и сотрудники национального офиса РАМС от лица всех медицинских сестер страны сердечно поздравляют Валентину Антоновну с юбилеем! Пусть Ваша мечта о профессии никогда не гаснет, а все усилия, направленные на развитие сестринского дела, ведут профессию только вперед!



В.А. Саркисова с участниками проекта РАМС «Лидерство в сестринском деле»



Подписание Меморандума между Европейским форумом сестринских ассоциаций и ЕРБ ВОЗ, **В.А. Саркисова** с д-м **Хансом Клюге**, Региональным директором ВОЗ

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, зажав 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.

ЗИНАИДА МИХАЙЛОВНА ТУСНОЛОВА (МАРЧЕНКО)



Одна из известнейших женщин в истории Великой Отечественной войны родилась в 1920 году на хуторе Шевцово Россонского района Витебской области в семье рабочего. Однако судьба связала ее и с Кузбассом. Еще до войны семья Зины переехала в поселок Новопокаясьма, что в тридцати километрах от города Ленинск-Кузнецкий. Здесь она училась в школе, а после работала лаборантом химической лаборатории треста «Ленинскуголь». Затем окончила 3-месячные курсы медсестер, а в 1942 году из Ленинска-Кузнецкого ее призвали в армию.

Зинаида Михайловна воевала на Воронежском фронте. Старшина медслужбы санинструктор роты 849-го полка 303-й дивизии 40-й армии за 8 месяцев вынесла с поля боя 128 раненых вместе с их оружием. 2 февраля 1943 года в бою за станцию Горшечное Курской области получила тяжелые ранения и обморожения. Ей пришлось ампутировать руки и ноги, затем она долго проходила лечение в специализированных госпиталях. Но дух ее не был сломлен. Она продолжала борьбу с врагом иначе – не участвуя в боях, а выступая по радио и в газетах с призывами к истреблению

захватчиков. Именем Зинаиды Тусноловой бойцы называли танки и самолеты, оно гремело на весь Союз!

Уже после войны Зинаида Михайловна вернулась в Кузбасс. Кстати, именно в Ленинске-Кузнецком она встретила своего будущего мужа – Иосифа Марченко, с которым они поженились после войны и прожили долгую жизнь. В 1957 году Зинаида Михайловна была удостоена звания Героя Советского Союза. В мирное время она жила в Полоцке, занималась общественной деятельностью. Умерла 20 мая 1980 года.

Ее имя увековечено в памятных знаках, в музеях, в названии улиц. На фасаде здания углехимической лаборатории в городе Ленинске-Кузнецком на улице Горького висит мемориальная доска с ее портретом.

Кроме того, имя Зинаиды Михайловны носят школа и улица в поселке Новопокасьма. 5 мая 2010 года к 65-летию Великой Победы в Ленинске-Кузнецком был открыт памятный знак «Герой Советского Союза Зинаида Михайловна Туснолова-Марченко», установленный в городском сквере по инициативе общественности и молодежи города. Вдоль сквера имени Тусноловой высадили более 40 молодых сосен.

Руководство администрации Кемеровской области учредило премию «За волю к жизни» в память о единственной женщине в Кузбассе, имеющей звание Героя Советского Союза. Премия присуждается людям с ограниченными возможностями здоровья, которые реализовались в жизни, творчестве, спорте.

Витебским облисполкомом учреждена премия имени Зинаиды Тусноловой-Марченко, которая вручается за высокий нравственный пример в воспитании детей и укреплении семьи. В честь героини названа улица в городе Полоцке, почетным гражданином которого она является.

«Человек-легенда» называли Зинаиду Михайловну Туснолову-Марченко при жизни. Такой она вошла в бессмертие.

ГРИГОРИЙ ПРОКОПЬЕВИЧ МИХАЛЬЧИШИН



Родился в 1923 году в кузбасском городе Тайга. Окончив школу, устроился в паровозное депо учеником слесаря. На фронт ушел в декабре 1942-го. Пройдя подготовку на сапера, отправился на Западный фронт, где воевал в инженерно-минной роте. С боями рота продвигалась вперед, пока не оказалась в Белоруссии. Затем Григорий

оказался на 1-м Украинском фронте, там участвовал в освобождении Украины, в боях за Белую Церковь. Затем наступило время победного продвижения наших войск вглубь Европы: шли через Молдавию, Венгрию, Румынию. В сентябре 1944 года под Будапештом сапера ранило. Лечился

в госпитале, а потом его жизнь и вовсе совершила крутой поворот. Командование направило бойца учиться в Омское военно-медицинское училище имени Щорса. А уже после войны Григорий окончательно связал жизнь с медициной, окончив с отличием Томскую фельдшерско-акушерскую школу. В 1948 году он вернулся на малую родину и стал фельдшером станции скорой помощи железнодорожной больницы города Тайга. Нелегкий во все времена труд работника скорой помощи тогда был особенно тяжок: машин не было, к больным добирались на лошадях, иногда даже без кучера. А иногда приходилось использовать для транспортировки больных сельскохозяйственных животных, например, коров...

В 1955 году Григорий Прокопьевич перешел на должность линейного фельдшера. Сохранились его воспоминания о том времени:

«Работа была тяжелая, приходилось добираться до станций на товарных поездах на тормозах (в те годы не было пневматических тормозов: в последнем вагоне имелась площадка для кондуктора – машинист подавал кондуктору сигнал, а тот опускал тормоза). На этих же тормозах и больных доставляли в больницу при необходимости».

24 года отдал Михальчишин этой непростой работе. А в 1979 году его перевели на должность фельдшера здравпункта локомотивного депо. И до самого 1984-го бывший фронтовик продолжал помогать людям на новом посту, а затем отправился на заслуженный отдых. В общей сложности Григорий Прокопьевич без усталости служил медицине 36 лет.

ТАИСИЯ КОНСТАНТИНОВНА ВИНОГРАДОВА



В 1941 году работала в госпитале в школе № 38 кузбасского города Тайга. Сюда она прибыла по распределению после окончания медицинского училища. С первых дней войны Таисии пришлось выхаживать тяжелораненых, которых поступало очень и очень много. Она делала перевязки, носила на себе больных, иногда переливала свою кровь солдатам. Работа длилась круглые сутки, иногда свой боевой пост медсестры не покидали неделями.

А затем пришла повестка, и Таисия Константиновна увидела войну еще ближе. Ее направили работать в санитарный поезд № 1401, который при вместимости 500 человек принимал до двух тысяч раненых. Вместе с этим поездом кузбасская медсестра проехала всю Пруссию, Польшу, Германию. Там, в Европе, и встретила долгожданную победу. После этого у Таисии Константиновны было одно желание – скорее вернуться домой. Приехав в Кузбасс, она устроилась работать в Ижморскую районную больницу. Несмотря на все ужасы войны, ее сердце не зачерствело: еще долгих 42 года она дарила свою доброту людям.



СПЛОЧЕННОСТЬ И ПРОФЕССИОНАЛИЗМ

ХРОНИКА СОВЕЩАНИЙ ПРАВЛЕНИЯ И КООРДИНАЦИОННОГО СОВЕТА РАМС



■ **Серебренникова Н.В.**
К.п.н., директор РАМС
по международным связям

15–17 марта в Санкт-Петербурге прошли рабочие совещания руководителей и лидеров Ассоциации медицинских сестер России. Повестка была насыщенной, за день работы Правления и день работы Совета мы успели: разобрать план действий на предстоящий год, обсудить ответственные события, в т.ч. онлайн-ассамблею, посвященную юбилею РАМС, тра-

диционный осенний конгресс Ассоциации. Пока действовать приходится в условиях неопределенности, поэтому на каждое мероприятие разрабатываем план А и план Б, хотя очень верим, что никаких локдаунов впереди уже не будет.

Потому что людям нужна помощь

В этом году далеко не все руководители и лидеры региональных ассоциаций смогли приехать на совещания РАМС. В ряде регионов обстановка требует присутствия руководителей на местах для оперативного решения вопросов поддержки медицинских работников и организации помощи беженцам и пострадавшим. Для них было организовано дистанционное подключение.

Координационный Совет прошел в крайне трудное для всех нас время,

и Ассоциацию, членами которой являются тысячи специалистов сестринского дела, разворачивающиеся тяжелые и трагические события не могли не затронуть.

На протяжении всех последних лет РАМС поддерживает медицинских сестер Донбасса, более 250 человек из которых состоят в нашей ассоциации, принимают участие в конференциях, по мере возможности приезжают на наши встречи.

В этот раз в Координационном Совете смогла принять участие главная медицинская сестра Донецкой Народной Республики Татьяна Витальевна Ёжикова. Мы смогли непосредственно от участника всех событий, произошедших за последние годы, узнать о том, как живут и как работают медицинские сестры Донбасса в эти дни и недели.

Да, железных людей не бывает, и наши сердца с теми, кого беда косну-



лась напрямую. Восхищаясь стойкостью, мужеством, профессионализмом наших коллег, мы не раз публиковали статьи о большой санпросветработе, о клинической работе во время непрекращающихся военных действий, о преодолении особых трудностей медиками Донбасса в период пандемии COVID-19. Но сегодня им особенно тяжело.

РАМС и региональные отделения сплотились, чтобы оказать коллегам помощь. Правление ассоциации сочло возможным и необходимым направить средства, собранные за счет издательской деятельности и проведения образовательных мероприятий, на конкретную благотворительную помощь медсестрам Донбасса. И мы планируем продолжить эту работу. Потому что людям нужна помощь.

Это был особенный Координационный Совет. Он показал нам, что сегодня как никогда ранее нам необходимо быть сплоченными, бережными по отношению друг к другу и профессиональными в каждом действии и в каждом слове.

Объять необъятное

В рамках совещаний президент РАМС и сотрудники национального офиса отчитались о работе в 2021 году. Во взаимодействии с Минздравом России РАМС разрабатывает документы и предложения по совершенствованию практики, образования и укреплению профессии. Офис и эксперты РАМС продолжают работу с проектами профстандартов, корректируют документы, созданные нашими экспертами ранее, включаются в рецензирование проектов, разработанных другими организациями. Документы порой расходятся с нашими представлениями о современной практике: призываем экспертов спе-

циализированных секций РАМС, обсуждаем, вырабатываем аргументы, доказываем и преодолеваем.

РАМС ведет множество общественно значимых проектов – мы развиваем НМО, поддерживаем аккредитацию, ведем проекты психологической поддержки медиков и поддержки лидеров региональных ассоциаций. Координируем работу региональных ассоциаций и освещаем лучший и показательный опыт на совместных информационных ресурсах. Поддерживаем деятельность 22 специализированных секций, каждая из которых глубоко погружена в вопросы организации и оказания помощи разным категориям пациентов. У каждой секции есть страничка на сайте РАМС, многие уже открыли свои специализированные группы «Вконтакте», чтобы быть на связи со специалистами и реагировать на профессиональные вопросы и образовательные потребности.

Ассоциация – это та организация, для которой имеет значение, как обстоят дела у медицинских сестер Брянской области, что происходит в Омске, Ростове, Якутске и Йошкар-Оле, и ассоциация нужна для того, чтобы профессия делала шаг вперед – во фтизиатрии, реабилитации, акушерстве и урологии, в первичном звене и на скорой помощи. И еще во множестве регионов и направлений практики.

Лидеры ассоциаций днем и ночью остаются на связи со своей профессией, с общественными задачами и несут в себе бесконечный источник энергии для поддержки специалистов на местах – как в спокойные времена, так и в периоды трудных испытаний. В подавляющем большинстве случаев руководители региональных ассоциаций – это медицинские сестры, руководители, у которых есть основная работа, и есть общественная.

В составе РАМС 43 региональных объединения. Региональные ассоциации проводят множество интересных мероприятий – аккредитованных конференций, профессиональных и творческих конкурсов, формулируют предложения в единую стратегию РАМС, уделяют немало внимания первичной и периодической аккредитации, ведут большую информационную работу, разрабатывают, исходя из потребностей в регионе, методические материалы... и обязательно включаются, если в коллективе есть трудности.

И в этой сотне направлений и задач не всегда дела идут гладко. Чтобы найти опору даже в самых критических ситуациях, в рамках Совета был организован тренинг лидерства и взаимной поддержки. В общественной работе, которую ведут РАМС и региональные ассоциации, пока не изобретено лекарства от каждой профессиональной проблемы. Чтобы встраивать интересы сестринского дела в приоритеты политики в стране, в регионе, в медицинской организации – нужны и особые навыки, и правда характера... Хочется верить, что уверенности в своих силах у лидеров прибавилось.

Международное сотрудничество

Отдельно обсудили вопросы международного сотрудничества РАМС – в этом направлении сейчас все очень непросто. Мы давно и небезуспешно взаимодействуем с международными и европейскими сестринскими объединениями, чтобы быть в курсе, представить свой взгляд на вещи, внести вклад в единую политику и единый голос сестринской профессии.

С 1996 года РАМС – член Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций, организации, которая объединяет националь-





ные ассоциации медсестер и акушеров Европейского региона для совместной работы с ЕРБ ВОЗ по важным для специалистов направлениям. В 2013 году, а затем в 2017-м и в 2021 годах президент РАМС Валентина Саркисова единогласно избиралась в качестве председателя Форума.

Как раз в дни проведения Правления и Координационного Совета вопрос о продолжении такой работы оказался одним из самых острых.

Будучи руководителем Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций Валентина Антоновна сделала многое для сохранения и сплочения национальных ассоциаций региона, наше взаимодействие с Европейским бюро ВОЗ достигло небывалого подъема. Мы регулярно принимали участие в работе организации, использовали любую возможность, чтобы высказаться в поддержку сестринского дела на совещаниях ВОЗ, в сентябре 2021 года видеообращение Валентины Саркисовой от имени медсестер и акушеров всей Европы стало частью программы министерского брифинга. Мы старались помочь профессии в регионе и внедряли общие достижения в свою деятельность в России.

Не будем скрывать, прошедшие недели стали самыми напряженными. Президент РАМС приняла решение сложить с себя полномочия руководителя Европейского форума, оставаясь при этом и членом организации, и ее надежным партнером. Мы убедились,

что в моменты самых серьезных испытаний мировое сестринское сообщество едино и действует в интересах профессии. Мы гордимся тем, как смогли сплотить Европейский форум сестринских и акушерских ассоциаций, гордимся теми документами, в разработку которых внесли вклад от имени медицинских сестер России, и мы еще не единожды вернемся к этим документам, формулируя предложения относительно укрепления сестринского дела в нашей стране.

Поздравляем юбиляров!

2022 год – это год юбилея РАМС и юбилея сразу нескольких региональных ассоциаций!

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

Каждая из региональных ассоциаций самобытна и неповторима, у каждой свой характер и своя история, и каждая в течение многих лет работы бралась за трудные задачи и их выполняла. Когда-то лидеры впервые проводили собрания членов, чтобы обсудить текущие проблемы, учились писать свои первые письма руководителям медицинских организаций и региональных органов власти, добивались расходных материалов, решения социальных вопросов, финансовой поддержки при проведении торжествен-

ных событий и профессиональных конкурсов. За каждым таким событием наши целеустремленные коллеги, которые хотели сделать жизнь медицинских сестер интереснее и ярче.

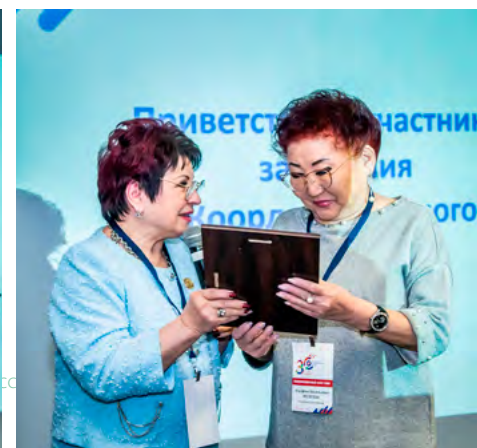
Они писали методички и статьи, организовывали стажировки и поддерживали исследователей, искали спонсоров на проведение конференций и встреч, для поощрения лучших специалистов и для мотивации огромных коллективов.

Ассоциация медицинских сестер России искренне поздравляет всех юбиляров! Мы гордимся вашей стойкостью, трудолюбием, активной общественной работой, тем, что каждый день вы вкладываете ресурсы в то, чтобы укрепить статус профессии медицинской сестры!

Новые проекты Ассоциации

В год юбилея Ассоциации мы решили не только говорить о медсестрах, но и показывать! Поэтому впервые РАМС провела конкурс видеогрантов среди региональных ассоциаций. Победители этого конкурса снимут небольшие фильмы о работе медицинских сестер.

Участвовать в конкурсе решились пока немногие – 8 региональных ассоциаций представили свои видеопроекты и не проиграли! Строгое и компетентное жюри, в состав которого вошли режиссер и сценарист Ксения Бурдинова, режиссер, драматург и киносценарист Марина Смыслова, а также





режиссер, сценарист, член Союза кинематографистов России Григорий Жихаревич, дали конкурсантам самую высокую оценку и ряд полезных профессиональных рекомендаций.

Под эгидой конкурса видеогрантов «Медицинские сестры всегда рядом. Профессия во благо здоровья» будут созданы фильмы о сестрах и акушерках, ассоциациях и первых лидерах, видео для практикующих специалистов, и для студентов.

Ассоциации Брянской, Вологодской, Ивановской, Кемеровской, Костромской, Московской, Омской, Санкт-Петербургской в ближайшее время приступят к съемкам видео-проектов при финансовой поддержке РАМС. Участниками своеобразного видеомарафона станут и Смоленская ассоциация, которая подготовит фильм о медицинских сестрах при поддержке ВГТРК Смоленской области, и Астраханская ассоциация, которая собственными силами подготовит видео, посвященное работе фельдшера СМП!

Как только видеопроекты будут завершены, РАМС проведет их премьерный показ в социальных сетях, в группе «ВКонтакте»! Вы сможете стать не только зрителями, но и членами жюри! В начале осени нас ждет второй этап конкурса на приз зрительских симпатий. Вам предстоит оценить результаты работы всех ассоциаций-конкурсантов. Поэтому еще раз поздравим наших победителей и пожелаем им творческих успехов!

А еще в год своего юбилея РАМС проведет исторический марафон, в ко-

тором каждый сможет поделиться своей историей выбора профессии, учебы, начала профессиональной практики.

Чтобы принять участие в марафоне, опубликуйте в социальных сетях незабываемый случай из своей практики, поделитесь историей, уникальной и возможной только в жизни медицинской сестры (фельдшера, акушерки, лаборанта, – одним словом, медицинского работника), сопроводите публикацию своей фотографией на рабочем месте. Наверняка, за время практики у Вас собралось немало фотографий! Будьте аккуратны при публикации снимка, если на нем есть лица ваших пациентов. Это допустимо только при наличии письменного согласия.

Не забывайте использовать единые хештеги:

#30летРАМС_практика

#30летРАМС

Только так мы сможем увидеть множество ваших историй и выбрать победителей марафона, тех, чьи истории будут обязательно опубликованы на информационных ресурсах РАМС, а авторы будут обязательно поощрены призами!

Идея еще одного проекта «30 лет – 30 добрых дел РАМС» возникла в юбилейный год, но ограничиваться только одним годом мы не будем. Проект предполагает новый уровень сотрудничества ассоциаций, и для этого есть все основания.

Много лет назад акцию «Чужих детей не бывает» подхватили десятки ре-

гиональных ассоциаций. На протяжении многих лет ассоциации и специализированные секции РАМС проводят акции в поддержку пациентов, чествуют ветеранов профессии, пишут книги по истории сестринского дела, готовят полезные для практики материалы, устраивают праздники в медицинских организациях.

В этом году мы хотим рассказать о таких делах и многократно их приумножить.

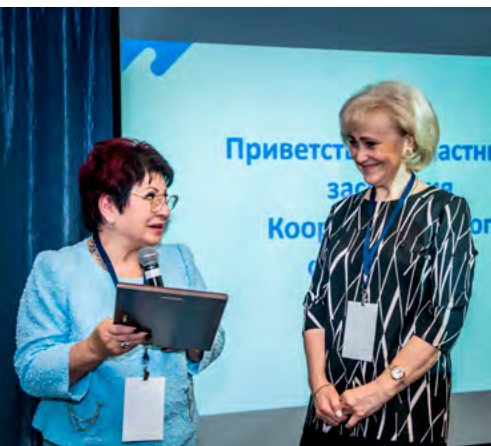
В рамках проекта любая из региональных ассоциаций, представленных в РАМС, готовит идею, сценарий и необходимые материалы для акции и посредством ресурсов РАМС передает их для использования всем регионом. Таким образом, придумав одно «доброе дело», регионы получают готовые материалы для десятков других.

Уже сейчас региональные ассоциации начали публиковать в социальных сетях информацию о своих добрых делах. Под единым хештегом #30добрыхделРАМС таких дел соберется немало.

Если вы стали участником таких акций в региональных ассоциациях – присоединяйтесь, чтобы как можно больше людей узнало о добрых делах ассоциаций!

#30добрыхделРАМС

#30летРАМС



Подвиг в деяниях твоих

*Есть женщины в русских селеньях
С спокойною важностью лиц,
С красивою силой в движеньях,
С походкой, со взглядом цариц...
В изре ее конный не словит,
В беде не сробеет, – спасет:
Коня на скаку остановит,
В горящую избу войдет!* –

как точно и верно сказал о русских женщинах великий русский поэт Н.А. Некрасов!

Валентина Даниловна родилась 3 октября 1947 года в селе Алгасово Моршанского района, в семье кузнеца Д.И. Дрожжина. Семья была многодетной – 5 детей. Послевоенные годы, – всем жилось нелегко. В 1963 году, окончив Алгасовскую среднюю школу, поступила учиться в Тамбовское медучилище на акушерское отделение. В автомобильной катастрофе, в возрасте 50 лет, погибает мать, когда Валя только начала учиться на 1 курсе, через год – умирает отец, оставив сиротами еще двух младших сестер, 8 и 10 лет. В детский дом никого не отдали, все воспитывались в семье брата.

Жизнь Вали была нелегкой. Учиться и жить приходилось на стипендию в 10 рублей, 2 раза в год – помощь от профсоюза в 100 рублей, да плюс подработка в областной больнице санитаркой. Вот так и жила: днем учеба, ночью работа, потому что желание учиться было слишком велико.

2 августа 1967 года, окончив учебу, по распределению Тамбовского облздравотдела приехала на работу в Алексеевский ФАП. Страшно было начинать работать с населением в 1300 человек молодой 20-летней девчонке. Но собравшись с духом, Валя пошла вперед! Фронт работ был очень разнообразным: прививки, прием больных на ФАПе, посещение молочно-товарных ферм с лекциями и многое другое. Главный бич – бездорожье. А скольким деткам помогла появиться на свет Валентина Даниловна! И никто и никогда не знал отказа в помощи – ни днем, ни ночью.

Здесь же в Алексеевке она создала семью. Родилось двое детей. Но в 1978 году, в возрасте 9 лет, умирает дочка Наташа во время операции



на сердце в городе Москве. Горе не сломило эту сильную женщину. Она продолжала работать и нести тепло и добро людям. У нас в деревне ее называют... Даниловна, – мне кажется это высший критерий уважения к человеку.

Помимо работы Валентина Даниловна обладает еще многими качествами настоящей женщины. Она прекрасная хозяйка; очень вкусно готовит, огорода, может и корову подоить и поросят накормить. А еще – она певунья. Всю свою жизнь пела в художественной самодеятельности Алексеевского ДК.

За свой труд Валентина Даниловна неоднократно награждалась почетными грамотами. В 1986 году награждена медалью «За трудовое отличие», в 1999 году присвоено звание «Заслуженный работник здравоохранения РФ». Имеет высшую квалификационную категорию. В 2012 году у Валентины Даниловны скоропостижно умирает муж Александр Владимирович. Рухнула ее защитная стена. И снова горе не сломило эту женщину.

Сейчас Валентина Даниловна живет одна, но продолжает работать. Она находит нужные слова для всех: детей, стариков, среднего поколения. Валентина Даниловна пользуется уважением

не только у нас в деревне, ее знают, уважают и ценят в районе. Во время беседы призналась: «Хочу передать обслуживаемый участок в надежные руки, чтобы мои пациенты, как и прежде, в любое время дня и ночи могли получить первую медицинскую помощь. Всех люблю!»

Наверное, эта любовь к людям и дала ей силы выстоять в трудные и тяжелые моменты жизни.

Навещают Валентину Даниловну и помогают, конечно же, семья сына Александра, который, окончив технический вуз, трудится заместителем главного инженера завода г. Котовска. Внук Дмитрий, закончив в 2017 году ТИХМ, с 10 июля этого года служил в рядах Российской армии, в настоящее время работает в Администрации города Тамбова. Приезжают в гости сестры, племянники, двери дома Валентины Даниловны всегда открыты.

В марте 2020 года в стране и во всем мире вспыхнула новая, еще никому неизвестная эпидемия ковида. Вводились жесткие ограничения, в том числе для людей 65+, которые должны были находиться на изоляции, так как категория этих людей была более подвержена тяжелым последствиям COVID-19. Но это не для Валентины Даниловны, которой глубоко за 65 лет. Она в полной боевой готовности оказывала помощь населению, ни на минуту не подумав о своей личной безопасности. Когда ей задали вопрос, что она может заразиться, и предложили уйти на самоизоляцию, она, не задумываясь, ответила: «Уйти с поста в такое время, когда людям как никогда нужна моя помощь – это предательство!».

И снова возвращаюсь к словам великого русского писателя Н.А. Некрасова: «Есть женщины в русских селеньях». Этой женщиной – медиком является наша дорогая Валентина Даниловна Железникова. Низкий ей поклон! Желаем ей одного – здоровья. А счастье у нее есть – любовь к людям, ведь это великий дар, и он дается не всем. Люди платят ей тем же!

Г.И. Порошина,
учитель русского языка

ПРОЯВИТЕ ЗАБОТУ

О ЗДОРОВЬЕ

И БЛАГОПОЛУЧИИ МЕДСЕСТЕР



МЕЖДУНАРОДНЫЙ СОВЕТ МЕДСЕСТЕР

МЕДИЦИНСКИЕ
СЕСТРЫ - ЛИДЕРЫ:

ИНВЕСТИРУЙТЕ В ПРОФЕССИЮ,
УВАЖАЙТЕ ЕЕ ПРАВА, ЧТОБЫ
ОБЕСПЕЧИТЬ ЗДОРОВЬЕ ВО ВСЕМ МИРЕ



#IND2022 #VoiceToLead

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

ОТ ИМЕНИ АССОЦИАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ
СЕРДЕЧНО ПОЗДРАВЛЯЮ ВАС С МЕЖДУНАРОДНЫМ ДНЕМ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ!

Искренне благодарю за Вашу стойкость, за верность традициям нашей профессии и своему профессиональному долгу, за неустойчивую работу на всех фронтах медицины!

А еще я хочу искренне поблагодарить многочисленную армию членов РАМС за поддержку, активное участие и вклад в укрепление Ассоциации медицинских сестер России. В этом году нашей организации исполняется уже 30 лет, из которых каждый олицетворял движение в защиту интересов профессии.

События 2022 года в очередной раз напомнили нам, как тесно связана профессия медицинской сестры с защитой Отчизны. Медицинские сестры незаменимы ни в городе, ни на селе, ни в мирное время, ни во время трагических событий. Чужого горя не бывает, – такова суть нашей профессии, которую с честью сегодня подтверждают медицинские сестры России.

Ассоциация гордится мужеством и героизмом медиков, которые, рискуя собственной жизнью, спасают сегодня раненных жителей и солдат на Донбассе! Сотни тысяч сердец ваших близких, коллег и пациентов сегодня с волнением ждут вашего возвращения!

Глубоко верю, что тяжелые испытания для нашей страны и нашей профессии скоро закончатся, что жизнь каждого медицинского работника будет в безопасности, и мы отметим и наш профессиональный праздник, и ваши несомненные заслуги перед Родиной и российским здравоохранением.

С праздником, уважаемые коллеги! Пусть ваша профессиональная жизнь будет мирной, безопасной, яркой, творческой, интересной и успешной! От всего сердца желаю вам счастья, здоровья, благополучия, искреннего и глубокого уважения и общественного признания!



Валентина Саркисова,
президент Ассоциации медицинских сестер России

С МЕЖДУНАРОДНЫМ ДНЕМ АКУШЕРКИ!



Нет в мире ничего более ценного, чем жизнь человека, и нет профессии жизнелюбивее, чем акушерка. Принцип, транслируемый акушерками РАМС, сегодня актуален как никогда ранее. Звучит он и просто и сложно одновременно: «Каждая женщина/каждая семья, независимо от своего социального статуса, финансового благосостояния, вероисповедания, национальности и гражданства имеет право на безопасное материнство, качественную акушерскую помощь и удовлетворение своих потребностей в родах».

В Международный день акушерки хочется пожелать вам бережного отношения к себе и своим близким, любви и тепла! Ведь то, что у нас есть, мы и отдаем и потом получаем обратно. Ваше тепло, ваша забота – первое, что чувствует ребенок, появившись на свет.

Ваши руки встречают жизнь – улыбнитесь ей навстречу!
Ведь это настоящее счастье! С праздником, дорогие коллеги!

Юлия Агапова,
председатель секции РАМС «Акушерское дело»

АДАПТАЦИЯ МОЛОДОГО СПЕЦИАЛИСТА

ПРОГРАММА НАСТАВНИЧЕСТВА ДКБ № 52 ГОРОДА МОСКВА



■ **Марина Витальевна БОГАЧЕВА**

Старшая медицинская сестра учебно-методического кабинета Городской клинической больницы № 52 Департамента здравоохранения г. Москвы



■ **Елена Анатольевна СОКОЛОВА**

Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом Городской клинической больницы № 52 Департамента здравоохранения г. Москвы

В условиях постоянного развития сферы здравоохранения, внедрения новых технологий основной задачей является повышение эффективности деятельности всей системы здравоохранения, основой которой являются квалифицированные кадры.

Формирование квалифицированных кадров – это длительный процесс, одним из этапов которого является эффективная адаптация на новом рабочем месте, и особую важность она имеет для молодых специалистов, которые делают первые шаги в своей профессиональной деятельности.

Успешность профессиональной адаптации зависит от ряда условий, к которым относятся: отработанный организационный механизм управления процессом адаптации, объективность оценки профессиональных качеств, наличие системы обучения в медицинской органи-

зации с использованием самого эффективного метода адаптации – наставничества.

Наставничество обеспечивает индивидуальный подход к процессу адаптации и делает акцент на практическую деятельность, где опытный сотрудник передает свои знания и навыки непосредственно на рабочем месте, опираясь на непрерывную обратную связь.

Понимая важность процесса адаптации, рабочей группой в лице заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом Соколовой Е.А., главной медицинской сестры Сухотиной Н.В., старшей медицинской сестры учебно-методического кабинета Богачёвой М.В. и психологом больницы Маленковой Н.Л., в 2018 году были разработаны и утверждены приказом по учреждению «Программы адаптации для специалистов сестринской службы ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ».

Оттолкнувшись от идеи наставничества на рабочем месте, мы приняли решение включить в программу адаптации всех медицинских сестер, приходящих на работу в больницу.

Были определены три группы адаптантов:

- молодые специалисты после окончания медицинского колледжа без опыта работы;
- специалисты с опытом работы, пришедшие на работу из других медицинских организаций (далее – МО);
- специалисты с опытом работы, длительно отсутствовавшие на рабочем месте (например, отпуск по уходу за ребенком до трех лет).

Программы составлены с учетом основных аспектов процесса адаптации: организационного, профессионального, психофизиологического, социально-психологического и с учетом ведущего участия в этом процессе опытных наставников.

Все программы имеют общую структуру:

1. Цели и задачи.
2. Область применения.
3. Основные положения.

4. План мероприятий по реализации.
5. Ожидаемые результаты.
6. Приложения.

Общей целью программ стало обеспечение процесса адаптации, способствующего сокращению сроков перехода специалистов среднего звена к эффективному выполнению своих должностных обязанностей, формирование высококвалифицированных кадров, уровень профессиональных компетенций которых является залогом снижения количества возможных ошибок, связанных с вхождением в трудовой процесс.

Основными мишенями программ стали:

1. Профессиональные компетенции медицинской сестры (знания, умения, навыки, опыт принятия решений в стандартных и нестандартных ситуациях).
2. Соответствие практики этическим нормам профессии (знание этических норм, опора на них в ситуациях нравственного выбора).
3. Коммуникативная компетентность (знания, умения, навыки и опыт взаимодействия с коллегами, руководством, пациентами, их родственниками, представителями СМИ и др., в том числе в конфликтных ситуациях).
4. Психофизическая сохранность сотрудника (навыки отслеживания психофизического состояния на работе, техники самопомощи в ситуациях хронической усталости, эмоционального выгорания, острых стрессовых ситуациях).

Программы адаптации отличаются по срокам адаптационного периода, объему и количеству мероприятий по реализации программы адаптации. Самая объемная и насыщенная программа адаптации предусмотрена для молодых специалистов. Срок адаптационного периода составляет 1 год.

Для специалистов с опытом работы, поступающих к нам на работу из других МО, предусмотрен адаптационный период длительностью 2 месяца. Такая продолжительность адаптационного периода обусловлена длительностью испытательного срока, который составляет 3 месяца.

Адаптационный период длительно-стью 2 месяца дает возможность до окончания испытательного срока при наличии отрицательных результатов контроля уровня знаний и умений на заключительном этапе обоснованно отказаться от неквалифицированных и немотивированных сотрудников.

В реализацию мероприятий программ адаптации принимают участие различные специалисты больницы – каждый на определенном этапе и со своими задачами:

1. Специалист отдела кадров осуществляет проверку документов, направляет специалиста на первичное собеседование к главной медицинской сестре, которая в случае успешного собеседования выдает направление для прохождения программы адаптации.

2. Старшая медицинская сестра учебно-методического кабинета (далее – УМК) проводит виртуальное «знакомство» с больницей и требованиями к сотрудникам. Для «знакомства» с больницей была создана видеопрезентация, в которой отражена вся важная информация: организационная структура учреждения, система управления в стационаре, кадровая политика, мотивационные программы, корпоративная культура, достижения больницы и др.

Адаптанту выдается распечатанная карта-схема больницы с названием корпусов и отделений, чтобы было проще ориентироваться на территории, и «Контрольный лист прохождения основных этапов адаптации», который для специалиста является маршрутным, а для руководства структурного подразделения – контрольным.

Каждый адаптант получает в электронном виде подборку нормативных документов и учебно-методических материалов для самостоятельного изучения.

Дважды (до и после обучения) адаптант проходит определение уровня теоретических знаний методом тестового контроля и практических умений путем демонстрации базовых практических навыков.

Компьютерный тест включает 80 вопросов по основным разделам профессиональной деятельности. Проверка практических умений происходит в формате демонстрации адаптантом порядка 8 навыков, таких как обработка рук, алгоритм применения укладки экстренной

профилактики парентеральных инфекций, проведение базовой СЛР, проведение инъекций (в/м, п/к, в/в), взятие крови из периферических вен с использованием вакуумных систем, катетеризация периферических вен.

Для демонстрации практических навыков используется симуляционный класс, оснащенный манекенами и тренажерами. Важнейшей частью занятий в УМК является разбор и полное исправление ошибок.

3. Встреча с психологом проходит в формате собеседования или интерактивного группового занятия. Изучение «Этического кодекса медицинской сестры» проходит по методике мозаичного класса. Также адаптант изучает «Кодекс профессиональной этики работников медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы», проводит решение «этических задач» (кейсов), занимается разбором психологически сложных случаев из медицинской практики участников группы.

4. Старшие медицинские сестры, которые прошли обучение ведению групповых тренингов, отрабатывают с адаптантами навыки коммуникации, стрессоустойчивости, преодоления конфликтов и многое другое в формате группового тренинга. По результатам проведенных тренингов получается обратная связь в виде анкетирования, которая показывает высокую оценку данных мероприятий адаптантами.

5. Старшие медицинские сестры (медицинские сестры) с опытом работы не менее 5 лет в ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ» являются наставниками непосредственно на рабочем месте, осуществляя консультативную помощь и обучение. Прикрепление к наставнику регламентируется приказом главного врача.

Работа наставника базируется на индивидуальном плане адаптации прикрепленного за ним специалиста, который он составляет в рамках адаптационной программы. Большое значение имеет наличие постоянной обратной связи с адаптируемым, которая дает возможность внесения корректив в адаптационный процесс и делает его более гибким и актуальным. Обратная связь достигается путем анкетирования адаптанта.

За три года функционирования «Программ адаптации для специалистов се-

стринской службы ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ» через комплекс адаптационных мероприятий прошло 103 молодых специалиста, 206 специалистов с опытом работы и 5 специалистов длительно отсутствующих на рабочем месте.

Итоги эффективности адаптационного процесса определяются на основании комплексной оценки деятельности специалиста за истекший период. Наставник составляет итоговый отчет – заключение, который содержит утвержденные критерии эффективности.

Один из ведущих критериев качества проведенных адаптационных программ – соответствие уровня профессиональных компетенций актуальным требованиям, которые определяются на основании итоговой оценки профессиональных знаний и практических умений.

Данный средний показатель складывается из оценки наставника по результатам, показанным специалистом на рабочем месте, и оценки, которую он получает на заключительном этапе в учебно-методическом кабинете, демонстрируя свои теоретические знания и практические умения.

Уровень этого показателя имеет прямую взаимосвязь с повышением качества оказываемой медицинской помощи в нашем стационаре, так как способствует минимизации возможных ошибок при выполнении должностных обязанностей специалистами со средним медицинским образованием и, как следствие, повышает имидж учреждения.



Сравнительный анализ итоговых результатов уровня теоретических знаний и практических навыков по окончании прохождения адаптационных программ показал эффективность проводимых мероприятий.

Уровень теоретических знаний молодые специалисты повысили на 28%, специалисты с опытом работы – на 50%. Уровень владения практическими навыками молодые специалисты повысили на 33%, а специалисты с опытом работы – на 64%.

В результате проведенного анализа был выявлен парадоксальный факт: при тестировании на определение исходного уровня знаний и демонстрации практических навыков молодые специалисты справлялись с заданиями на 27% лучше, чем специалисты с опытом работы (табл. 1).

Основные ошибки медицинских сестер с опытом работы связаны с тем, что в МО на сегодняшний день существует различный уровень организации системы обучения специалистов на рабочем месте. Специалисты с опытом работы часто не знакомы с современными методиками и требованиями в отличие от молодых специалистов, которые с 2018 года проходят обязательную первичную аккредитацию.

В связи с закономерным влиянием на деятельность организации внутренних и внешних факторов в 2021 году возникла необходимость внесения дополнений и изменений в содержание существующих программ адаптации для специалистов сестринской службы.



Результаты определения уровня знаний и умений

Специалисты из числа среднего медицинского персонала, выполнившие задания на 70% и более	Теория		Практика	
	исходное тестирование	итоговое тестирование	демонстрация исходного уровня практических умений	демонстрация итогового уровня практических умений
Молодые специалисты	72%	100%	67%	100%
Специалисты с опытом работы	50%	100%	36%	100%

Рабочей группой с целью поддержания их актуальности и сохранения высокой эффективности были внесены следующие дополнения:

1. Комплекты тестовых заданий по специальности: «Лабораторная диагностика», «Рентгенология» для определения исходного уровня теоретических знаний специалистов вышеуказанных специальностей;

2. Разработан учебно-методический план по проведению отдельных дополнительных занятий для медицинских сестер и акушерок узкопрофильных подразделений, таких как гемодиализ, операционный блок, ОРИТ, роддом.

3. Дополнительный раздел в программах адаптации по ознакомлению с основными функциями программного обеспечения ЕМИАС. В период прохождения адаптации проводится обучение администратора функциональным возможностям подсистемы «Стационар» системы ЕМИАС в части работы специалистов со средним медицинским образованием.

4. Обязательное прохождение программы «Гигиена рук».

5. Дополнительный раздел в программах о порядке использования комплекта защитной одежды при работе в условиях особо опасных инфекций, где используется наглядный материал в виде комплектов защитной одежды, видеофильм «Правила надевания и снятия комплекта защитной одежды при работе в условиях особо опасных инфекций», изучаются дополнительные противоэпидемические меры по предупреждению распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Изменения в свою очередь коснулись указанной в программе регламентирующей

базы, так как в 2021 году изменилось санитарное законодательство, многие документы утратили силу, а ряд других был введен в действие.

В заключение хотелось бы подвести итоги практического применения «Программ адаптации для специалистов сестринской службы ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»:

1. Комплексом адаптационных мероприятий охвачены все специалисты

из числа среднего медицинского персонала, приступающие к работе в больнице. Результаты проведенного анализа подтвердили обоснованность такого решения.

2. Результаты заключительного контроля уровня профессиональных знаний и умений по окончании прохождения адаптационного периода

показывают актуальность системного, комплексного, индивидуального подхода к процессу адаптации.

3. После внедрения системы адаптации показатель закрепления на рабочем месте среднего медицинского персонала в среднем вырос на 17%.

4. Практический опыт внедрения «Программ адаптации для специалистов сестринской службы ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», а также влияние внешних и внутренних факторов выявляют необходимость внесения дополнений и корректив в существующие программы. Данный факт способствует актуализации их содержания и позволяет соответствовать текущим требованиям, предъявляемым к специалистам сестринской службы.

5. Адаптация среднего медицинского персонала на рабочем месте очень важный процесс, эффективность которого влияет на общие показатели работы всей МО и на самый ключевой из них – качество оказываемой медицинской помощи.

Парадоксальный факт: при тестировании на определение исходного уровня знаний и демонстрации практических навыков молодые специалисты справлялись с заданиями на 27% лучше, чем специалисты с опытом работы.



КАК ПРЕДОТВРАТИТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ПОСТОЯННО ДЕЙСТВУЮЩИХ СЕМИНАРОВ-ТРЕНИНГОВ ПРОГРАММЫ «АНТИСТРЕСС» В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ



■ Людмила Юрьевна ДВОРЯШИНА
Психолог ГБУЗ ЛОКБ

Стресс в профессиональной деятельности медицинского работника

Результаты как зарубежных, так и отечественных исследований показывают, что стресс представляет реальную угрозу генофонду человеческой популяции. В первую очередь, «благодаря» своей распространенности.

По мнению исследователей, это обусловлено требованиями, предъявляемыми к человеку современным социу-

мом. Так как биологические возможности человека ограничены, постоянное воздействие социальных стресс-факторов приводит к истощению адаптационных способностей, что, в свою очередь, ведет к развитию болезненных состояний. Угроза распространения коронавирусной инфекции усугубила действие имеющихся стресс-факторов и породила новые.

Синдром «выгорания». Его определяют как состояние физического и эмоционального истощения, приводящего к снижению самооценки и негативному отношению к работе. Ему подвержены специалисты, чья работа связана с постоянным общением с людьми, что влечет за собой нахождение в постоянных эмоционально-насыщенных ситуациях. В результате у многих развивается состояние, ведущее к синдрому эмоционального и профессионального «выгорания». Существенную роль в развитии этого состояния играет несоответствие между предъявляемыми

к организму требованиями и его действительными возможностями. Постоянные информационные и физические перегрузки, социально обусловленная депривация, ситуации неопределенности, общение с людьми со сложным характером, разрешение конфликтных ситуаций вызывают эмоциональные переживания, отражающиеся на состоянии здоровья и работоспособности, ведут к снижению производительности труда и качеству оказываемых услуг.

Замечено, что общение медицинского работника и пациента зачастую воспринимается одной из сторон как нечто особенное, насыщено личностными переживаниями и выходит за рамки формального делового общения. Спецификой деятельности специалистов медицинского профиля является то, что объектом взаимодействия является человек страдающий, требующий более пристального внимания к своей персоне.

Беседа с пациентом наполнена не только выслушиванием жалоб на состояние здоровья, постановкой диагноза и назначением терапевтических мероприятий, но и управлением психоэмоциональным состоянием пациента. И тем не менее беседа с пациентом входит в категорию делового общения.

Не каждый специалист способен удержать беседу с пациентом в рамках делового общения, сохраняя алгоритм его ведения и грамотно заканчивая общение разделением ответственности за результат. Нужно помнить, что деловое общение включено как частный элемент в какую-либо совместную деятельность людей и служит средством повышения качества этой деятельности. Его содержанием является то, чем ЗАНЯТЫ люди, а не те проблемы, которые затрагивают их внутренний мир. Люди в деловом взаимодействии встречаются не ради удовольствия общения, а преследуют определенную цель.

Пример общения «врач – пациент»: каждый участник выполняет определенные роли. Но роли они играют лишь для внешнего наблюдателя. Субъективно оба участника заняты важным делом. Для одного из них операция по выполнению неких действий – это работа, для второго – жизнь. Один зарабатывает себе на жизнь, а второй – живет, принимает важное решение, осуществляет свои планы, поддается импульсу, переживает, страдает и т.п.

Не секрет, что медицинская деятельность насыщена эмоциями, среди которых первое место занимает тревожность. Проявление этого состояния можно заметить как у пациентов, так и у работников медицинских учреждений.

У пациентов тревожность обусловлена ситуацией неопределенности и активизацией личностных ресурсных состояний «здоровье» и «будущее». Тревожность пациентов часто проявляется в виде раздражительности, агрессивности, пониженной когнитивной активности, рассеянности, суетливости и т.п.

У медицинских работников тревожность обусловлена нахождением в перманентной ситуации неопределенности (ни один медицинский работник не может дать 100% гарантию благоприятного исхода для пациента, ибо невозможно учесть все имеющиеся и вновь возникающие факторы, влияющие на его здоровье), и потому меди-

Усилия, которые требуются медицинскому работнику, чтобы адекватно реагировать на запросы, жалобы, требования пациента, истощают ресурсы специалиста, что может вести к профессиональному выгоранию.

цинские работники зачастую маскируют профессионально обусловленную тревожность этакой бравадой, грубоватостью, используют непонятный пациенту сленг, демонстрируют чрезмерную ассертивность (уверенность) и занятость...

Пациенты ожидают, что те, кто предоставляют медицинскую помощь, будут демонстрировать спокойствие, уверенность и внимательность, и многие сотрудники не обманывают ожидания пациентов. Тем не менее зачастую усилия, которые требуются работнику для того, чтобы оставаться в поле адекватного ре-

агирования на запросы, жалобы, требования пациента, истощают ресурсы специалиста, что может вести к профессиональному выгоранию. Кроме того, межличностное общение сотрудников влияет на эмоциональный фон специалиста, и не каждый работник умеет быстро и эффективно отстраниться от собственных негативных переживаний.

Опыт Ленинградской областной больницы по организации антистресс-программы для сотрудников

С 2017 года в ГБУЗ ЛОКБ каждый месяц для сотрудников всех подразделений проводятся семинары-тренинги программы «Антистресс». Программа включает два семинара-тренинга: «Скорая помощь при стрессе на работе» и «Бесконфликтное общение/Общение с пациентом». За четыре года семинары посетило более одной тысячи специалистов основного и вспомогательного персонала. Организуя тренинги, мы учитывали требования к проведению обучающих мероприятий в период распространения коронавирусной инфекции.

Семинары-тренинги в первую очередь рекомендованы молодым специалистам и работникам, испытывающими сложности в общении с коллегами и пациентами. Группы формируют старшие медицинские сестры отделений на основании инициативы самих работников и рекомендаций старших сестер. Начальники отделов вспомогательных служб заказывают семинары-тренинги для своих подчиненных.

Отличительной особенностью данных мероприятий является то, что семинары проходят в легком и непринужденном формате, насыщены упражнениями, техниками и ролевыми играми.





Семинар-тренинг «Скорая помощь при стрессе на работе»

Сегодня нам хотелось бы поделиться с читателями «Вестника» особенностями организации и проведения семинара-тренинга «Скорая помощь при стрессе на работе».

Семинар начинается с выработки основных понятий. Методика проведения любых обучающих мероприятий требует обсуждения в самом начале правил единого языка общения с аудиторией, т.е. необходимости «договориться» об общих понятиях, которые будут использоваться на семинаре-тренинге. После обсуждения понятий «стресс», «дистресс», «эустресс», «стрессовая реакция», «когниции» и др., участники приступают к выполнению алгоритма скорой помощи при стрессе. Данный алгоритм включает конкретные шаги, т.е. порядок выполнения техник, снижающих эмоциональные переживания при стрессовой реакции:

- шаг первый – самомониторинг (саморегуляция) как предупреждение развития стрессовой реакции;
- шаг второй – выполнение психофизиологических техник (дыхательной и прогрессивной мышечной релаксации);
- шаг третий – когнитивная техника переключения внимания с мышления на восприятие.

Алгоритм скорой помощи при стрессе рекомендуется использовать как непосредственно во время нахождения в стрессовой ситуации (беседа с раздраженным пациентом, токсичным коллегой и т.п.), так и до ее возникновения (перед сложной беседой) и/

или сразу после окончания эмоционально-насыщенной ситуации, так как все предложенные техники (за исключением десятисекундного упражнения на мышечную релаксацию) при выполнении незаметны окружающим людям.

Алгоритм скорой помощи при стрессе рекомендуется использовать до, во время и/или сразу после стрессовой ситуации.

Видимое оживление у участников вызывает вторая психофизиологическая техника – прогрессивная мышечная релаксация. Полное упражнение выполняется в течение десяти секунд, но прежде оно выучивается «по блокам», где прорабатываются мышцы каждой части тела, включая лицо. Эта часть семинара проходит весело, участники получают позитивные эмоции и с удовольствием отмечают приятные ощущения в теле.

Заканчивается семинар-тренинг использованием когнитивной техники переключения внимания с мышления на восприятие. Техника помогает избавиться от «мыслительной жвачки», не стать заложником чужого настрое-

ния и негативных переживаний. Участники увлеченно нюхают баночку с кофе, рассматривают картинки, гремят кастаньетами и музыкальными молоточками, катают между ладонями массажные мячики и т.п.

Семинар-тренинг предполагает активность участников, выполнение упражнений, поднимает личные вопросы, сотрудники делятся своим опытом и впечатлениями.

Считаю, что кроме непосредственной пользы от выполнения упражнений, входящих в алгоритм скорой помощи при стрессе, семинар заряжает участников позитивными эмоциями, повышает уверенность в своих силах, укрепляет чувство собственного достоинства. Постоянно действующий семинар «Скорая помощь при стрессе на работе» позволяет сотрудникам взаимодействовать в неформальной обстановке, а также демонстрирует работникам заботу о социально-психологическом благополучии коллектива со стороны администрации и непосредственного руководителя.

В следующей публикации мы остановимся на особенностях организации семинаров, направленных на бесконфликтное общение.

Коллеги, заинтересовавшиеся нашими семинарами-тренингами, могут получить видеозаписи семинаров. Пишите на имя президента РООЛО «ПАС-СД» Глазковой Татьяны Васильевны: tatyana.glazkova@mail.ru.

Будем рады поделиться опытом и внести свою скромную лепту в оздоровление психологического климата персонала лечебных учреждений России. Предлагаемые методики при регулярном и систематическом использовании обеспечивают повышение устойчивости организма к стресс-факторам, что, в свою очередь, помогает сохранить спокойствие и работоспособность в любой эмоциональной ситуации.



ПАМЯТКА «СКОРАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СТРЕССЕ»

1. САМОМОНИТОРИНГ

Цель: выявление и произвольное преодоление эмоциональной напряженности.

Техника выполнения: необходимо мысленно «пройтись» по всему телу, задавая себе вопросы:

1. Какова в данный момент моя мимика?
2. Как мои мышцы? Не напряжены ли они?
3. Как я дышу?

2. ДЫХАТЕЛЬНАЯ ТЕХНИКА САМОРЕГУЛЯЦИИ

1. Делаем глубокий вдох, вначале которого немного выпячиваем живот вперед, а затем поднимаем грудь (совершаем волнообразное движение). Вдох длится **не менее 2 секунд**.

2. Задерживаем дыхание на 1–2 секунды, т.е. делаем паузу.

3. Выдыхаем медленно и плавно в течение **не менее 3 секунд** (выдох обязательно должен быть длиннее вдоха).

4. Затем снова глубокий вдох, без паузы, т.е. повтор цикла.

Повторяем 2–3 подобных цикла (предел – до пяти за один подход).

3. МЫШЕЧНАЯ РЕЛАКСАЦИЯ

МЫШЦЫ РУК И ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА

1. Кисти рук. Крепко сжать пальцы в кулак.
2. Предплечье. Согнуть руки в лучезапястном суставе, максимально приближая кулаки к внутренним частям предплечий.
3. Плечи. Развести руки в стороны, согнуть их в области локтя и напрячь, как только можете.

МЫШЦЫ СПИНЫ

1. Максимально сводим лопатки вместе.
2. Опускаем их вниз.

ЛИЦЕВАЯ МУСКУЛАТУРА

Верхняя часть – лоб и брови.

Средняя часть – глаза и нос.

Нижняя часть – челюсти, губы, скулы.

Поднять брови как можно выше либо с усилием свести их вместе.

Сильно зажмуриться. Собрать нос «гармошкой». Напрячь крылья носа.

Сжать челюсти и в максимально возможной улыбке растянуть углы рта «от уха до уха».

ШЕЯ

1. Опустить подбородок к груди.
2. Откинуть голову назад.
3. Запомнить возникающее ощущение напряжения и в том, и в другом положении.
4. Удерживаем на весу кисть и давим на нее подбородком.
5. Удерживаем ладонью затылок (ближе к темени). Давим на ладонь.
6. Запомнить работу обеих групп мышц.

МЫШЦЫ БРЮШНОГО ПРЕССА

1. Представьте, что вас хотят ударить в живот.
2. Одновременно создайте напряжение в зоне промежности: сведите ягодичы и втяните промежность в себя.

НОГИ

1. Стопы. С усилием согните пальцы ног. Почувствуйте напряжение свода стопы.
2. Голени. Потяните стопы на себя (не разгибая пальцев). Сведите носки и разведите пятки.
3. Бедра и ягодичы. Сядьте ровно на ягодичах. Покачайтесь из стороны в сторону, как кукла-неваляшка. Из этого положения вытяните ноги вперед под прямым углом.

В завершение – напрягитесь полностью на 10 секунд с максимальной самоотдачей!!!

4. ТЕХНИКА ПЕРЕКЛЮЧЕНИЯ ВНИМАНИЯ С МЫШЛЕНИЯ НА ВОСПРИЯТИЕ (ОСТАНОВКА ВНУТРЕННЕГО НЕГАТИВНОГО МОНОЛОГА/ДИАЛОГА)

1. Переместите фокус внимания вовне, т.е. направьте его на внешние объекты, звуки, ощущения.
2. Перемещая внимание, перечислите все, что воспринимаете:
 - Я вижу...
 - Я слышу...
 - Я ощущаю...

ЭТИ ЧЕТЫРЕ ПРОСТЫЕ ТЕХНИКИ ПОМОГУТ ВАМ СТАБИЛИЗИРОВАТЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ, ЧТО ОБЕСПЕЧИТ БОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНУЮ И КРИТИЧНУЮ ОЦЕНКУ ОБСТАНОВКИ.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ СЕМИНАРА-ТРЕНИНГА «СКОРАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СТРЕССЕ НА РАБОТЕ»

Адресат семинара-тренинга:

1. Медицинские работники.
2. Все, кто желает научиться сохранять спокойствие и работоспособность в любой стрессовой ситуации.

Задачи семинара-тренинга: знакомство, обучение и выполнение конкретных упражнений, помогающих быстро, эффективно и незаметно для окружающих сохранить спокойствие и работоспособность в любой эмоционально-насыщенной ситуации.

Программа семинара-тренинга:

1. Определение понятия стресс. Источники стресса на работе.
2. Осознание своих реакций на стресс, обращение к ресурсам.
3. Алгоритм и выполнение техник: дыхательная техника, элементы прогрессивной мышечной релаксации, работа с негативным потоком мыслей (остановка внутреннего диалога, переключение внимания).

Длительность семинара-тренинга: 60 минут.

Периодичность: 1 раз в месяц.

Результат семинара-тренинга:

1. Участники научатся различать понятия стресса, дистресса, эустресса.
2. Узнают, как управлять своими реакциями и снимать напряжение.
3. Узнают техники, которые можно использовать в повседневной жизни для повышения стрессоустойчивости.

Наполняемость групп: до 10 человек.

Методы проведения семинара-тренинга: мини-лекция, психогимнастика, дыхательная гимнастика, упражнения, направленные на мышечную релаксацию, дискуссии.

По окончании семинара-тренинга каждый слушатель получает памятку.

ИННОВАЦИИ В ПРАКТИКЕ ФЕЛЬДШЕРА-ЛАБОРАНТА

ДНК-ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



**Степанида Коммунарнова
ОЛЕСОВА**

Фельдшер-лаборант лаборатории молекулярно-генетической диагностики (ЛМГД) медико-генетического центра (МГЦ) ГАУ РС (Я) «Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины»

Методы молекулярной диагностики – продукт и основной инструмент анализа генома (наследственного аппарата), расшифровка тонкой структуры которого – эпохальное событие ушедшего XX века. Имеющиеся методы и подходы ДНК-анализа позволяют изучить любой ген или фрагмент ДНК генома человека.

Молекулярно-генетический метод основан на анализе нуклеиновых кислот, в первую очередь, молекул ДНК. Основной целью этих методов является диагностика мутаций, исследование их ассоциации с наследственными заболеваниями, а также выявление гетерозиготных и гомозиготных носителей мутаций. По существу, молекуляр-

ная диагностика является наиболее объективным методом верификации наследственных заболеваний. Важно подчеркнуть, что нахождение мутаций в гомозиготном или гетерозиготном состоянии соответственно при рецессивных или доминантных заболеваниях является бесспорным подтверждением диагноза.

В области медицинской генетики достигнуты определенные успехи в профилактике и диагностике врожденной и наследственной патологии.

Республика Саха (Якутия) является регионом с высоким уровнем распространенности наследственной патологии и ростом детской инвалидизации. В небольшой по численности якутской популяции разнообразие нозологических форм наследственных и врожденных заболеваний в 2,5 раза выше по сравнению с другими регионами России. В связи с этим совершенствование методов диагностики наследственных болезней является актуальной задачей лабораторной службы Медико-генетического центра (МГЦ)

Вся работа МГЦ ГАУ РС (Я) РБ № 1-НЦМ основана на тесной взаимосвязи консультативных отделений, родильных домов города и улусных больниц, стационаров. В отделе работают замечательные, высококвалифицированные специалисты под руководством заведующей Айтилины Лукичны Сухомясовой, врача-генетика высшей квалификационной категории, к. м. н.,

отличника здравоохранения Российской Федерации, которая душой болеет за генетику. В отделе лаборатории молекулярно-генетической диагностики трудятся 3 специалиста: 2 врача и я – фельдшер-лаборант. Моими наставниками являются биолог, к.б.н. Степанова Светлана Кимовна и врач-лаборант Григорьева Татьяна Павловна. Работа лаборанта заключается в освоении наряду с врачами новых методов работы, которые внедряются практически каждый год. Одной из наиболее характерных черт медицины на рубеже столетий является интенсивное развитие молекулярной генетики и методов ДНК-анализа. Это явилось результатом серии фундаментальных открытий и разработки ряда новаторских технологий в соответствующих областях и успешной реализацией международной программы «Геном человека», имевшей целью идентификацию всего человеческого генома.

Сегодня в Медико-генетическом центре Перинатального центра ГАУ РС (Я) РБ № 1-НЦМ возможны:

- медико-генетическое консультирование населения на современном уровне;
- инвазивная пренатальная диагностика под контролем ультразвука (хорионбиопсия, плацентобиопсия, кордоцентез) с целью уточнения диагноза у плода;
- цитогенетические методы диагностики;



- молекулярная диагностика распространенных в Якутии наследственных болезней;
- массовое обследование новорожденных на 5 наследственных болезней по национальному проекту;
- внедрен в работу скрининг беременных на 7 заболеваний.

Если в 2000 году ДНК-диагностика проводилась на 5 моногенных заболеваний, то в настоящее время под прицелом диагностики уже 36 нозологий с использованием ряда молекулярно-генетических методов. Кровь на исследование берется из локтевой вены в количестве 10 мл в пробирки с ЭДТА или в вакутейнеры. Пациент заполняет анкету и подписывает информированное согласие.

Все направления зашифрованы, т.е. каждый пациент имеет свой идентификационный индивидуальный номер.

Метод выделения ДНК фенол-хлороформной экстракцией из биологического материала внедрен в 1998 году (венозной крови, плазмы крови, ворсин хориона, амниотической жидкости, патологоанатомического материала, сухих пятен крови, буккального эпителия). Кроме этого используются и другие методы выделения, например, с использованием магнитных частиц, с сорбцией ДНК на мембранах, – это одни из новых внедренных в последнее время технологий. Методы выделения ДНК обычно включают следующие этапы:

- 1) лизис клеток (или разрушение физическим, механическим способом);
- 2) ферментативное разрушение белков протеиназами и/или депротеинизация клеточного лизата с помощью фенола и хлороформа;
- 3) центрифугирование для удаления денатурированных белков и фрагментов клеточных органелл. Затем ДНК осаждают из раствора этанолом и после центрифугирования растворяют осадок в буферном растворе. И этот классический метод выделения занимает целых 3 рабочих дня. В настоящее время мы используем быстрый метод выделения ДНК, который позволяет ускорить выдачу результатов исследования. Таким образом, использование современных технологий помогает совершенствовать лабораторную практику.

Также в лаборатории МГЦ внедрен метод полимеразной цепной реакции

Сравнительный анализ исследований

год	январь – декабрь 2019	январь – декабрь 2021	Динамика, %
Обследовано человек	2754	3087	↑ 12,1 %
Выполнено исследований	4831	8425	↑ 74,4 %,
Выявлено патологии (%)	226 (8 %)	278 (3 %)	
Выявлено гетерозиготное носительство (%)	168 (6 %)	318 (3,7 %)	
Кол-во ПЦР / реал-тайм	712/3027=3739	1485/6585	
Кол-во реал-тайм	3027	6585	↑ 54 %
Кол-во электрофорез на агарозном и полиакриламидном гелях/фрагментный анализ	702/390=1092	1445/241	
Кол-во фрагментного анализа на генетическом анализаторе	390	241	↓ 62,8 %,

в режиме реального времени, который позволяет выдавать результаты исследования за короткое время; внедрено секвенирование генома при помощи технологий нового поколения, таким образом, создается уникальный потенциал для ранней диагностики различных патологий.

Главным достоинством ДНК-диагностики является возможность их использования на пресимптоматической, пренатальной и даже преимплантационной стадиях, т.е. данные методы играют важную роль в предупреждении тяжелых наследственных заболеваний.

Всего за 12 месяцев 2021 года молекулярно-генетическими методами с использованием ПЦР и с гибридизационно-флуоресцентной детекцией в режиме «реального времени» обследовано по 34 нозологиям 3087 человек, что по сравнению с аналогичным периодом 2019 года больше на 12,1 %. Общее количество исследований значительно (на 74,4 %) увеличилось.

Выявление патологии в процентном соотношении к общему количеству исследований имеет небольшую тенденцию к снижению.

За отчетный период выделено всего 3087 ДНК: из них амбулаторно 753 (МГЦ). Из стационаров г. Якутска продиагностировано 42 пациента, а также по одному пациенту из Нерюнгринской, Мирнинской и Сунтарской ЦРБ. Всего выполнено 8425 исследований.

Проведен генетический скрининг беременных женщин (n = 437), включая супругов на гетерозиготное носительство из 7 улусов Республики (Амгинский, Анабарский, Нижнеколымский,

Нюрбинский, Среднеколымский, Таттинский, Томпонский). По результатам выявлено 62 носителя по разным заболеваниям.

Таким образом, диагностика наследственных моногенных заболеваний является основным методом профилактики наследственных болезней. Медико-генетические исследования необходимы для понимания закономерности формирования генетического груза в популяции и определения приоритетов для здравоохранения, установлении актуального исследования в области медицины. Профилактика повторных случаев наследственных моногенных заболеваний в семьях «высокого риска» является на сегодняшний день единственным эффективным средством борьбы с этими тяжелыми и нередко фатальными недугами, при этом центральное место в системе профилактических мероприятий занимает ДНК-диагностика.

Совершенствование методов лабораторных и функциональных исследований создает условия для предупреждения многих наследственных заболеваний. Широкое внедрение в клиническую практику новых молекулярно-генетических методов будет способствовать разработке новых инновационных технологий, направленных на улучшение медицинской помощи населению, позволит повысить эффективность профилактики наследственной патологии в Республике, будет активно способствовать укреплению демографической ситуации в целом по стране.

Организация Школы пациента для людей, живущих с ВИЧ

■ **Валентина Сиволотовна ЕМЕЛЬЯНОВА**

Главная медицинская сестра, ЛОГБУЗ
«Выборгский межрайонный
наркологический диспансер»

■ **Евгения Витальевна ТОКАРСКАЯ**

Специалист по социальной работе,
ЛОГБУЗ «Выборгский межрайонный
наркологический диспансер»

Проблема распространения ВИЧ-инфекции в России стоит достаточно остро. Рост числа инфицированных людей наблюдается из года в год. ВИЧ может поразить любого человека независимо от его социального статуса, сексуальной ориентации, материального положения. ВИЧ-инфекция вышла за пределы уязвимых групп населения и активно распространяется в общей популяции. Наблюдается тенденция к «взрослению» инфекции. По заболеваемости ВИЧ в России Ленинградская область занимает 10 место. Ситуация в Выборге, сравнительно небольшом городе Ленинградской области, достаточно напряженная – терапию получают 1500 человек. За 2021 год на 1000 обследованных 3,2 выявленных с ВИЧ, 252 человек умерло от СПИДа.

Чтобы обеспечить максимальный эффект противовирусного лечения, добиться снижения заболеваемости и смертности от ВИЧ-инфекции, а также для повышения качества жизни ВИЧ-инфицированных пациентов необходимо активное включение медицинских сестер в процесс оказания помощи таким пациентам.

Поскольку медицинские сестры в силу своей деятельности наиболее близки к пациентам и членам их семей, именно они способны создать наиболее благоприятную психологическую атмосферу, что очень важно для успеха лечения и контроля.

В свою очередь пациент вправе ожидать от медицинской сестры достаточной эрудиции и твердых навыков ведения, которые будут использованы для решения его проблем.



Оказывая помощь наркозависимым пациентам и выявляя среди них лиц с положительным ВИЧ-статусом, специалисты Выборгского наркологического диспансера пришли к выводу о необходимости специального проекта для социальной адаптации таких лиц. Оказавшись один на один с заболеванием, они не могут справиться с ситуацией самостоятельно. Без помощи специалистов выйти из круга зависимости на фоне выявленного ВИЧ-статуса крайне тяжело.

Именно поэтому в 2019 году на базе ЛОГБУЗ ВМНД в рамках Школы пациента с ВИЧ был открыт СТАРТ-клуб Выборг. Инициаторами проекта выступили сотрудники I стационарного отделения Выборгского наркологического диспансера. Это перспективные специалисты, которые представляют информацию в разном формате (лекции-презентации, буклеты, тренинги, тематические игры). Такая подача информации легче воспринимается участниками школы. Ведущим специалистом школы пациентов стала старшая медицинская сестра диспансерно-поликлинического отделения, ключевой член РООЛО «Профессиональная ассоциация специалистов сестринского дела» Попова Анастасия Викторовна.

Встречи школы в формате СТАРТ-клуба проходят в актовом зале ЛОГБУЗ «Выборгский межрайонный наркологический диспансер» раз в месяц. Стараемся проводить их регулярно, однако в период 2020–2021 гг. не могли не принимать во внимание эпидемиологическую обстановку.

Основными проблемами наших пациентов являются отсутствие знаний о ВИЧ-инфекции, путях передачи, профилактики, методах наблюдения и лечения, приверженности приему терапии. В рамках школы в атмосфере доверия и понимания мы обсуждаем вопросы принятия диагноза, материнства, прав людей с ВИЧ в социуме.

В условиях пандемии COVID-19 наши пациенты совсем «потерялись» в вопросе вакцинации и своего заболевания, поэтому на встречах мы неизменно обсуждали и эту важную тему.

В целом, СТАРТ клуб – это:

- Общение с равными консультантами.
- Получение достоверной информацию о ВИЧ-инфекции.
- Ответы на вопросы от профессионалов (консультации с врачом-инфекционистом, медицинской сестрой, клиническим медицинским психологом).

- Конфиденциальность и анонимность.
- Угощение, приятная дружеская обстановка.

На платформе СтАРТ-клуба разработана программа лекций и консультаций о жизни с ВИЧ. Занятия помогают узнать все о заболевании, лечении и профилактике, а встречи с медицинскими клиническими психологами и «равными» консультантами способствуют принятию диагноза, чтобы человек дальше мог жить, осознавая свой статус, но не сгибаясь под его тяжестью.

Как мы уже говорили, встречи проводятся ежемесячно, на каждой, по итогам 2021 года, присутствовало от 8 до 18 человек. На встречах выступали как врачи-инфекционисты, медицинские сестры, психологи, так и пациенты с активной позицией, помогающие «новичкам» справиться с принятием диагноза. За год нам удалось рассмотреть множество тем:

- ВИЧ-инфекция, пути передачи, профилактика распространения, методы наблюдения и лечения, АРВТ;
- Как работает иммунная система, как сберечь иммунитет, прием витаминов и других препаратов, укрепляющих иммунитет;

- Принятие диагноза, наблюдение и лечение ВИЧ-инфекции, материнство, дискордантные пары, стигма и дискриминация, активизм;
- Что такое COVID-19, что такое вакцинация, меры профилактики заражения, лечение, виды вакцин, можно ли ВИЧ-положительным людям вакцинироваться, как ВИЧ-положительные люди переносят заболевание;
- Что такое оппортунистические заболевания, виды, профилактика, лечение;
- Нужно ли ВИЧ-положительным людям какое-то особое питание, какую еду нельзя, питание и АРВТ;
- Как менялось отношение медицинского персонала к ВИЧ и ВИЧ-положительным людям с течением времени.

А еще мы посвятили 5 встреч совместному чаепитию, простым разговорам и даже смогли вместе организоваться на игру в боулинг!

На всех встречах присутствовали равный консультант, врач-инфекционист, медицинская сестра анонимного кабинета по экспресс-тестированию на ВИЧ-инфекцию. При необходимости мы привлекали доверенных спе-

циалистов, например: клинического медицинского психолога, юриста. Также в рамках школы пациента было организовано распространение информационных материалов на тему ВИЧ/СПИД, визиток, презервативов, таблетниц и дневников пациента.

В период карантина все участники встреч проходили через медицинский пост термометрии, использовали маски и соблюдали социальную дистанцию.

Поддерживая связь с постоянными участниками СтАРТ-клуба, мы информировали их о занятиях, о времени встреч и площадке, если занятия планировались в онлайн-формате. За период занятий в 2020–2021 гг. мы увидели повышение посещаемости, получили обратную связь от участников, особенно в период карантина, еще раз убедились в важности этой инициативы. За данный период было проведено 9 очных и 7 онлайн занятий.

Как руководителю среднего и младшего медицинского персонала, хочется отметить заинтересованность специалистов в проведении данной школы, которая стала значимым ресурсом для повышения приверженности пациентов к терапии и их осведомленности о жизни с диагнозом.



ШОВНЫЙ МАТЕРИАЛ

РАБОТА ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ И ВНЕ ЕЕ



■ **Елена Леонидовна СУТОРМИНА**
Операционная медицинская сестра
ТОГБУЗ «ГКБ № 3 им. И.С. Долгушина»
г. Тамбова, член специализированной
секции «Операционное дело»

Работа с шовным материалом – это, пожалуй, один из ключевых элементов в деятельности операционной медицинской сестры. Это материал, который остается в организме пациента или, по крайней мере, достаточно длительное время соприкасается с тканями пациента. Именно поэтому к нему обращено наше особое внимание, особые жесткие требования асептики.

Медицинский шовный материал – это хирургические нити, необходимые для соединения тканей, разъединенных либо во время операции, либо при получении травмы.

Немного истории

В китайском трактате о медицине кишечный шов, наложенный с использованием нитей растительного происхождения, описан примерно за 2000 лет до нашей эры. Примерно в это же время описано наложение хирургических швов льняными нитями древними египтянами. Сейчас из натурального шовного материала используется только кетгут и шелк, но и этот шовный материал уже заметно вытесняется хирургическими нитями синтетического происхождения.

Почему же стали переходить от натуральных нитей к синтетическим? Во-первых, это обусловлено существенными недостатками натуральных ни-

тей – выраженная воспалительная реакция тканей на шовный материал, фитильность нити (т.е. способность нити впитывать в себя содержимое раны), а также непредсказуемость сроков рассасывания. Ну и, конечно, использование синтетических нерассасывающихся хирургических нитей связано с открытиями в области химии. В феврале 1935 года американским химиком Уоллесом Карозерсом был синтезирован нейлон. И хотя первым коммерческим применением нейлона было использование его в щетине зубных щеток и в производстве колгот, впоследствии (и здесь сыграла политическая ситуация в мире – война) нейлон стал применяться уже в медицине. В 1956 году был получен полипропилен.

Первый синтетический рассасывающийся шовный материал – дексон – был синтезирован в 1968 году, а в 1974-м – викрил. Наука не стоит на месте, – было синтезировано множество новых материалов, которые стали использоваться в медицине.

Классификация шовного материала и требования к нему

Как мы видим, история хирургического шовного материала насчитывает тысячелетия. Появилась его широкая классификация:

- по происхождению;
- по структуре;
- по способности к биодеструкции;
- по способу соединения с иглой;
- по толщине и т.д., классификация

продолжает расширяться по мере получения новых материалов и развития технологий.

Почему так высока роль шовного материала во время операции, в ее исходе и в реабилитационном периоде? Потому что шовный материал является по сути инородным телом, а во многих операциях – единственным инородным телом, которое остается в тканях пациента либо находится в них длительное время. По-

этому вполне закономерно, что от качества материала, химического состава, структуры зависит и реакция тканей на его имплантацию, а в конечном счете, нередко и исход всей операции.

Современные требования к хирургическому шовному материалу включают:

1. Стерильность. Отсутствие всех видов микроорганизмов на поверхности нитей. Шовный материал должен быть стерилизован.

2. Универсальность. Применимость нитей одного вида для различных типов операций.

3. Биодegradация. Способность к полной рассасываемости, за время большее, чем необходимо для формирования рубца. При этом в организме не должно оставаться продуктов деструкции, они не должны включаться в метаболические процессы и не оказывать отрицательного влияния на организм.

4. Прочность. Нить должна быть прочной на всех этапах заживления раны.

5. Инертность. Отсутствие аллергического, токсического, тератогенного, канцерогенного действия шовного материала на ткани.

6. Надежность узла. Узел должен быть крепким, выдерживать нагрузку ткани. Прочность на разрыв в узле не должна быть ниже прочности самой нити.

7. Резистентность к инфекции. Нить должна быть устойчивой к воздействию инфекции и не должна становиться ее переносчиком в здоровые ткани.

8. Хорошие манипуляционные свойства. Удобство в руке, мягкость, пластичность, гибкость, эластичность и отсутствие памяти нити.

9. Отсутствие электронной активности. Нить не должна накапливать статический заряд.

10. Отсутствие аллергенных свойств. Хирургический шовный мате-

риал не должен вызывать аллергические реакции в организме.

11. Атравматичность. Отсутствие пилящего или рвущего эффекта нити.

12. Маленький объем. При высокой прочности и эластичности нить не должна иметь большой диаметр.

13. Отсутствие абсорбирующего эффекта. Современный шовный материал не должен способствовать накоплению и распространению инфекции, брожению и набуханию раны.

14. Отсутствие эффекта склеивания. Нить не должна склеиваться с окружающими тканями.

15. Доступная стоимость. Хирургические нити должны быть доступны по цене.

Требования к упаковке шовного материала

Упаковка шовного материала предусматривает обеспечение следующих основных функций:

- сохранение целостности и стерильности шовного материала;
- предоставление полной информации о самом шовном материале, методе стерилизации, сроках годности, изготовителе и др.

Важным требованием к упаковке является доступность предоставляемых сведений о шовном материале, что позволяет избежать ошибок при обращении с ним как в аптеке, так и в операционной.

Основные типы упаковок шовного материала:

1. Фольгированные пакеты. Данный вид упаковки применяется наиболее часто для хранения синтетического рассасывающегося шовного материала.

Перед использованием пакет вскрывают, стерильным инструментом извлекают носитель с нитью и помещают их на стерильную поверхность.

2. Двойные полимерные пакеты состоят из двух компонентов – бумажного контейнера и прозрачной полимерной пленки. На наружной поверхности внутреннего контейнера нанесены необходимые обозначения, которые хорошо просматриваются через прозрачную полимерную пленку.

3. Упаковка, предназначенная для хранения кетгута, содержит внутренний стерильный фольгированный пакет, заполненный консервирующим раствором.

4. Пластмассовые контейнеры. Данный вид упаковки применяют для хранения упорядоченных мотков нерассасывающихся нитей большой длины. Согласно фармакопее Объединенной Европы, длина нити в упаковке не должна превышать 250 см. В России подобных ограничений не предусмотрено. Данный вид упаковки позволяет извлекать нить требуемой длины через специальный шлюз, препятствующий проникновению микробов внутрь контейнера, остающегося стерильным.



Роль операционной сестры при работе с шовным материалом

Хирургические нити – важный элемент операции, от их качества зависит скорость заживления раны и выздоровление пациента. При этом важным является не только качество самого шовного материала, но и правильность выбора того или иного вида нити.

Что же здесь зависит от работы операционной медицинской сестры?

Если то, чем шить, каким видом шовного материала, выбирает для себя оператор, то от нас зависит эффективное использование, экономическое рациональное использование шовного материала, того, который есть в наличии в операционном блоке. Сейчас производители предлагают широкий выбор хирургических нитей различной длины, и мы можем подобрать комплект шовного материала на ту или иную операцию максимально рационально.

Наличие необходимого шовного материала – здесь крайне важна работа старшей операционной медицинской сестры, ее взаимодействие с аптекой уч-

реждения. Потому что все мы прекрасно понимаем, что если в операционном блоке есть нити длиной только по 10 метров, то о рациональном использовании речи не идет. И наоборот, если мы идем на большую операцию, а у нас в наличии только нити по 150 см, то совершенно точно можно сказать, что расход шовного материала данной длины не будет целевым. Более того, операционная медицинская сестра потратит немало драгоценного времени на распаковку многочисленных пакетиков с материалом. Таким образом, для нас важна совокупность всех этих факторов.

Чтобы достичь минимальной реакции тканей пациента, чтобы шов после наложения хорошо и быстро заживал, мало иметь качественный шовный материал. Нужно также уметь его правильно использовать.

Когда запрещается применять шовный материал?

Шовный материал запрещается применять в следующих случаях:

- повреждена или открыта индивидуальная упаковка;
- обнаружено повреждение изделия;
- изделие имело контакт по неосторожности с нестерильной поверхностью;
- уже использовалось (повторное использование), здесь имеется в виду, что после окончания операции категорически запрещено применять оставшуюся на носителе нить на какой-либо другой операции;
- запрещается применять вне зоны стерильного операционного блока;
- запрещается применять после истечения срока годности;
- запрещается повторно стерилизовать хирургические нити с целью экономии средств, то есть, когда шовный материал был вскрыт, но не использован, либо обнаружен материал с поврежденной упаковкой, закончился срок годности, т.е. срок стерильности материала, – во всех этих случаях повторная стерилизация категорически запрещается. Важно помнить – весь шовный материал стерилизуется радиационным способом или этиленоксидом на предприятиях изготови-

телей в условиях, которыми мы в своих учреждениях не обладаем.

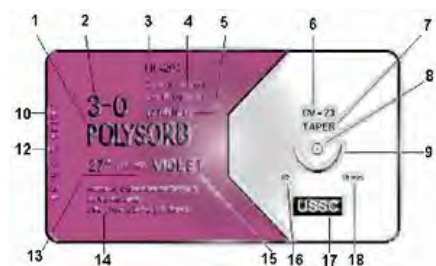
Как во время работы, во время операции мы используем шовный материал?

Здесь производители существенно облегчили нам задачу – сейчас весь шовный материал поступает в индивидуальных упаковках, которые содержат информацию о применении. Нам, операционным медицинским сестрам, необходимо ориентироваться в этой информации достаточно быстро, особенно тем, кто работает в экстренной хирургии.

Как читать упаковку шовного материала?

На любой упаковке шовного материала закодирована полная информация о содержащейся в ней нити.

Для примера приведем упаковку Полисорба*.



1. Торговое название шовного материала – ПОЛИСОРБ
2. Толщина нити в условных единицах («в нулях»)
3. Код для заказа
4. Описание шовного материала («покрытый, плетёный ЛАКТОМЕР 9-1»)
5. Толщина нити в метрической системе
6. Код иглы
7. Тип иглы, здесь – колющая
8. Условный значок, означающий тип иглы (здесь – колющая)
9. Игла, изображенная в натуральную величину
10. Лот (номер) данной партии шовного материала
11. Срок годности данной упаковки (месяц и год)
12. Длина нити в дюймах и в сантиметрах
13. Описание нити: «Стерильная синтетическая рассасывающаяся нить. Не рестерилизовать. Отличается от системы USP только по диаметру»

14. Цвет нити: фиолетовая
15. Изгиб («крутизна»): здесь – $1/2$ окружности
16. Название фирмы (USSC – хирургическая корпорация)
17. Длина иглы в разогнутом состоянии

Упаковки шовного материала уложены в коробки и промаркированы также. На упаковке указывается число единиц продукции и номер регистрационного удостоверения медицинского изделия. Каждая групповая упаковка сопровождается информацией, необходимой для безопасного использования изделия (особенности применения, специальные условия хранения и/или обращения, предостережения, противопоказания к использованию и др.).

Эта информация может быть представлена в виде этикетки, инструкции по применению, информационного листа, либо листа-вкладыша, памятки или других эксплуатационных документов.

Толщина и размерность нити – важные характеристики

На чем хотелось бы отдельно немного остановиться, так это на толщине, на размерности нити.

В современной хирургии существуют две основные размерности – это метрический размер и условный размер.

Метрический размер используется там, где принята метрическая система измерений, то есть в Европе и странах бывшего СССР, в т.ч. в России. Его обозначают следующими символами (М.Р.) (М) (METRIC) (EP) – все это обозначает один и тот же «Метрический размер». Числовое значение метрического размера пишется достаточно просто 1,2,3,4,5,6,7 и здесь есть очень удобный момент: чтобы узнать реальную толщину нити шовного материала в миллиметрах, нужно метрический размер поделить на 10! Например, для шовного материала размера М.Р.5 толщина нити составляет 0,5 мм, т.е. полмиллиметра.

В США был принят условный размер. Его обозначают символами (USP), что собственно и обозначает United States Pharmacopeia, т.е. фармакопея США. Числовое значение условного размера пишется немного сложнее

с использованием дробей, например, 2/0, 3/0, с использованием целых чисел 0, 1, 2, встречается также написание через дефис 2-0, 3-0. Чем больше числитель этой дроби, тем тоньше шовный материал. Больше никакого физического смысла эта размерность не несет. Единственное, что здесь нужно запомнить, это то, что написание условных размеров через дробь или через дефис имеет одинаковое значение, и как ни говори «четыре нуля», «четыре дробь ноль», «четыре дефис ноль» – все это будет обозначать одну и ту же размерность шовного материала USP4/0.

Многие мировые производители шовного материала указывают на упаковках оба размера, т.е. метрический и условный. Российские производители переняли этот полезный опыт. Поэтому сейчас на упаковках присутствуют два размера шовного материала.

Также стоит отметить, что для лучшего распознавания нитей в ране их, как правило, окрашивают красителями, причем большинство мировых производителей используют одни и те же цвета для шовных материалов сходного химического состава, а также, что важно для нас, операционных медицинских сестер, и для их упаковок. Разумеется, последнее – не догма, но я думаю, мы все с вами обращали внимание на то, что зачастую цвет нити и цвет, присутствующий на упаковке шовного материала, действительно совпадают.

Подготовка, использование, хранение и утилизация шовного материала

1. Когда мы выбрали ту или иную хирургическую нить, прежде всего мы должны визуально проверить целостность упаковки, дату стерилизации и срок годности шовного материала.
2. Нам вскрывают наружный пакет, потянув края пакета в разные стороны или аккуратно разрезав ножницами. Мы достаем стерильный внутренний пакет инструментом.
3. Вскрываем внутренний пакет непосредственно перед использованием, разорвав его по надрезу или также разрезав ножницами.
4. Извлекаем стерильным инструментом носитель с изделием.

5. Иглодержателем извлекаем изделие, не допуская его контакта с нестерильной поверхностью или с уже использованными изделиями.

Наша нить готова к применению!

Во время операции мы должны помнить о технике безопасности при работе с шовным материалом – с атравматическим шовным материалом, который сейчас преобладает, где нить запрессована в иглу.

Здесь все играет роль, начиная от правила подачи заряженного иглодержателя хирургу (это делается кольцами вперед, чтобы не поранить хирурга) и до правил размещения хирургических нитей на нашем передвижном столике для инструментов. Шовный материал с запрессованной иглой извлекается из носителя непосредственно перед тем, как отдать хирургу. В целях исключения возможности возникновения аварийной ситуации запрещается размещать заряженный иглодержатель на передвижном столике для инструментов. Причем иглодержатель запрещается размещать, как острием иглы вверх (высокий риск укола для самой операционной медицинской сестры и для хирургов), так и острием иглы вниз (возможен прокол стерильной изоляции передвижного столика и, следовательно, расстерилизация).

Важно отметить, что наряду с инновационностью материалов и технологий огромную роль в успешности наложении швов играет и соблюдение правил асептики. Сейчас практически все материалы поступают стерилизованными и предназначены для одноразового использования. Все это, конечно, значительно снижает риск развития инфекции при наложении и обработке швов. Причем, в отличие от контактного пути распространения инфекции, при имплантационном отмечают практически 100% контагиозность. Оставаясь в организме больного, где существуют благоприятные условия (температура, влажность, питательные вещества), микроорганизмы долго не погибают и часто начинают размножаться, вызывая нагноение. При этом внедренное в организм инородное тело, в данном случае – хирургические нити, в последующем длительно поддерживают воспалитель-

ный процесс. В ряде случаев происходит инкапсуляция колоний микроорганизмов, которые не погибают и могут стать источником вспышки гнойного процесса через месяцы или даже годы. Таким образом, любое имплантированное тело – это возможный источник так называемой дремлющей инфекции.

В среднем, во время полостной операции хирург накладывает около 50–100 швов. Поэтому в последнее время такое широкое распространение получили нити, обладающие антимикробной активностью за счет введения в их состав антисептиков и антибиотиков (летилан-лавсан, фторлон и др.). Применение таких нитей рекомендуется с целью снижения риска возникновения инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ). Этот эффект не зависит от типа шовного материала, вида вмешательства или класса хирургической раны с точки зрения классификации по уровню контаминации.

Однако, как и всегда бывает при наличии явных плюсов, есть и отрицательные стороны таких шовных материалов. Например, исследования нитей с антимикробным покрытием из триклозана показали, что такие нити могут оказывать негативный эффект на заживление раны или вызывать контактную аллергию. Таким образом, выбирать шовный материал необходимо самым серьезным образом, взвешивая все за и против.

Итак, операция закончилась, что должна сделать операционная медицинская сестра с остатками шовного материала и с оставшимися от него иглами? Если шовного материала совсем не осталось – это хорошо, значит мы абсолютно точно определили необходимое количество хирургических нитей на операцию. Но зачастую случается так, что шовный материал остается.

Изделия однократного применения после использования подлежат утилизации в соответствии с СОПом, действующим в учреждении и разработанным в соответствии с теперь уже новым СанПиНом 2.1.3684–21, утвержденным постановлением Главного государственного санитарного врача РФ № 3 от 28 января 2021 года. Остатки шовного материала мы утилизируем в соответствии с правилами для утили-

зации отходов класса Б. Иглы помещаются в специальную емкость-контейнер желтого цвета. Индивидуальная потребительская и групповая упаковки подлежат утилизации как безопасные медицинские отходы класса А.

И несколько слов о том, как правильно хранить шовный материал. Прежде всего, необходимо внимательно изучить инструкцию. В ней всегда указано, при какой температуре, при какой влажности необходимо хранить шовный материал. Вдали от источников тепла, в месте, защищенном от влаги и прямых солнечных лучей.

Это особенно важно для синтетических рассасывающихся нитей, которые при сильном нагревании или охлаждении меняют свои свойства и теряют прочность.

Запрещается использование шовного материала после истечения срока хранения. Срок годности нитей указан на их индивидуальной упаковке, как уже говорилось ранее. Как правило, для нерассасывающихся нитей он составляет 5 лет, для рассасывающихся – 3 года.

Про утилизацию после истечения срока годности я даже не говорю, потому что я уверена, что особенно сейчас в экономически непростое время в операционных блоках залежей не только шовного материала, но и других изделий медицинского назначения не устраиваем. Все заказывается и расходуется максимально рационально.



Д О В Е Р Я Й Т Е Л У Ч Ш И М



ДЕЗАКТИВ С

ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ САЛФЕТКИ

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

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

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

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

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



Аппарат автоматический для аэрозольной дезинфекции

АЭРО-ДЕЗ-«КРОНТ»

Инструкция по применению разработана совместно с ФБУН НИИ Дезинфектологии Роспотребнадзора



ВРЕМЯ

3

МИНУТЫ

ОБРАБОТКИ

ОБЪЁМ

60

М³

ПОМЕЩЕНИЯ

КОЛИЧЕСТВО

180

МЛ

ДЕЗСРЕДСТВА¹

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

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

Варианты обработки различных помещений:

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

¹ Дезинфицирующие средства:

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

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

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

30 ЛЕТ
НА РЫНКЕ

Лидер технологий дезинфекции в России

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

Подробная информация на сайте:

