

# ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

медицинских сестёр России

№ 5/64 2023



## НАШЕ ВРЕМЯ, НАШИ ВОЗМОЖНОСТИ

*В Санкт-Петербурге состоялся  
Всероссийский конгресс, посвященный работе  
сестринского персонала первичного звена*



стр. 8

### ФЕЛЬДШЕРУ НУЖЕН ПОМОЩНИК

*Результаты пилотного проекта  
в малых населенных пунктах  
Оренбургской области*



стр. 21

### ПЕРВЫЕ ШАГИ

*В Ассоциации медицинских  
сестер России создан  
Молодежный совет*



стр. 26

### БЕРЕЖЛИВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

*Опыт сестринского коллектива  
Медсанчасти «Северсталь»*

**БАКТЕРИИ:**  
грамположительные  
и грамотрицательные,  
возбудителей ИСМП,  
анаэробных инфекций

**ТУБЕРКУЛЕЗ:**  
тест на M.terrae

**ВИРУСЫ:**  
вирулицидная (в отношении всех  
известных вирусов-патогенов человека,  
в том числе ротавируса, вирусов  
гепатитов, ВИЧ, полиомиелита,  
аденовирусов, коронавирусов, «птичьего»  
гриппа H5N1, «свиного» гриппа, гриппа  
человека, герпеса и др.) и др.

**ГРИБЫ:**  
грибов родов Cqndida,  
Trichophyton, Aspergillus

**НОВИНКА**



**ЛИЗАРИН ХЛОР СПРЕЙ**  
ГИПОХЛОРИТ НАТРИЯ – 1,0 %

Совместимы с материалами оборудования  
Безопасны для металлических инструментов  
Без фиксации органических загрязнений

Высокое качество  
Эффективная очистка  
Удобный размер

693 P

**СЕПТОХЛОРАЛЬ +**  
НАТРИЕВАЯ СОЛЬ  
ДИХЛОРИЗОЦИАНУРОВОЙ КИСЛОТЫ

**ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЕ:**  
Поверхностей  
Аппаратов, приборов и оборудования  
Медицинских изделий из коррозионностойких  
материалов  
Посуды (в том числе столовой, лабораторной, аптечной)  
Белья, рабочей одежды  
Санитарно-технического оборудования

Медицинских отходов  
Санитарного транспорта  
Внешних и внутренних поверхностей систем  
водоснабжения  
Производственных помещений, оборудования,  
мебели, приборов и аппаратов помещений  
классов чистоты А, В, С, D  
Проведения генеральных уборок в МО  
Поверхностей, пораженных плесневыми  
грибами



1 КГ ЧИСТОТЫ

**НОВИНКА**



**ЛИЗАРИН ХЛОР САЛФЕТКИ**  
ГИПОХЛОРИТ НАТРИЯ – 1,0 %

**ПРИМЕНЕНИЕ:**  
Медицинская мебель  
Санитарно-техническое оборудование  
Предметы ухода за пациентами

Борьба с плесенью  
Разливы биологических жидкостей  
Труднодоступные поверхности  
Поверхности приборов и оборудования

Высокая прочность  
Отсутствие ворса  
Нетканый материал





## «Ассоциация сделала очередной значимый шаг в будущее. Вместе с созданием Молодежного совета РАМС у молодых специалистов появится возможность влиять на работу организации и строить будущее своей профессии!»

Уважаемые коллеги, дорогие читатели «Вестника»! Искренне рады очередной, заключительной в этом году встрече на страницах нашего издания. Впереди курантов, когда за одну минуту в мыслях промелькнут самые яркие события этого года. Успеем ли вспомнить все, что произошло, что огорчило или, напротив, вдохновило на новые свершения? Давайте попробуем!

Безусловно, еще очень и очень долго участники будут помнить прошедший в октябре в Санкт-Петербурге конгресс «Первичное здравоохранение: наше время, наши возможности». Едва ли планируя его еще год назад, мы могли предположить, что у специалистов накопилось столько знаний, профессиональных вопросов и открытий, которыми хочется поделиться. И в залах, и в коридорах конгресс-центра было тесно, – все спешили услышать самое интересное для себя, то и дело меняя дислокацию и перебегая от зала к залу. Прекрасная постерная сессия оставила стойкое ощущение, что времени на обсуждение докладов нужно выделять больше. Там можно было встретить сразу и молодых специалистов, и выпускников проекта «Лидерство», и руководителей секций РАМС, и по-настоящему «золотых дел» мастеров, которые на своих участках работы совершают настоящие чудеса. За такими свершениями, познакомиться с которыми на конгрессе есть лишь несколько минут, стоят многие месяцы работы целых коллективов и профессиональных ассоциаций.

Как и ранее, мы постараемся вопреки времени и пространству открыть лучшие страницы конгресса для читателей «Вестника» вместе с докладчиками, которые уже сейчас готовят свои материалы к публикациям.

Конгресс вместил в себя сразу несколько событий. Знаковым стало вручение дипломов выпускникам проекта «Лидерство». Два с половиной года они

учились, проникали в самую суть вопросов национальной политики здравоохранения, ситуации в мире, думали о своих регионах и медицинских организациях, своих коллективах и пациентах, учились отстаивать свою точку зрения, управлять своими ресурсами, выступать и искать поддержки. А в итоге представили 29 интересных инициатив в поддержку практики и профессиональных ассоциаций. Сессии конгресса дали нам возможность поближе познакомиться с этими инициативами и, пожалуй, в лучшем смысле этого слова «заразить» идеей проектной деятельности целые делегации.

На конгрессе же были подведены долгожданные итоги Всероссийского конкурса видеосюжетов о специалистах первичного звена «Медицинские сестры всегда рядом. Профессия во благо здоровья». Сложно сказать, кто переживал больше, – герои, конкурсанты, члены жюри или сотрудники офиса РАМС, но накал страстей царил непередаваемый, потому что каждый сюжет был достоин самых высоких оценок, каждый стал нам очень и очень дорог. Еще раз глубоко и искренне благодарим авторов и коллективы, администрации и съемочные группы за чудо, которое вы всем нам подарили!

Конгресс стал шагом в будущее, – в структуре Ассоциации был впервые сформирован Молодежный совет. Региональные ассоциации, где свои советы уже сформированы, представили кандидатов в его состав, а они, встретившись впервые, доработали Положение о совете, провели выборы руководящего состава и наметили первые планы. И это правильно – у молодых специалистов появится возможность оказывать влияние на повестку РАМС, принимать участие в формировании молодежной политики, что для нашей профессии в текущих условиях жизненно важно.

Запомнится год тем, что нас стало больше! Еще в начале 2023 года наши ряды пополнились специалистами из Чувашии, в мае было официально зарегистрировано региональное отделение РАМС в Донецкой Народной Республике, а в завершение года члены Правления одобрили заявление на вступление в РАМС Новосибирской профессиональной сестринской ассоциации! Вместе мы сможем сделать гораздо больше!

Запомнится этот год многочисленными выездными школами Ассоциации, репортажами телеканалов о том, как специалисты обсуждают актуальные темы, учатся и оттачивают свои навыки, чтобы оказывать пациентам качественную помощь.

Запомнится этот год и героями нашей профессии, которые в самое трудное время идут туда, где их помощь нужнее всего. Одним из самых ярких моментов конгресса стала встреча с медицинской сестрой из Брянска – Екатериной Целуйко, которая с началом СВО устроилась на работу в военный госпиталь. Равнодушных к подвигу Кати в зале не было, как их нет во всей нашей профессии. Поэтому моментально родилась идея продолжить рубрику о героях военных лет публикациями о героях современности – о наших мужественных коллегах, которые в эти дни пишут новые страницы славной истории сестринского дела России.

Очень хочется пожелать, чтобы в новом году наши коллеги живыми и невредимыми вернулись домой к своим близким, своим коллегам и пациентам. От всего сердца желаю вам, дорогие читатели «Вестника», прекрасного Нового года, интересных профессиональных событий, счастья, здоровья, мира и благополучия! А мы постараемся, чтобы следующий год стал не менее увлекательным, чем уходящий!



**На обложке:** Участники Всероссийского конгресса РАМС с международным участием «Первичное здравоохранение: Наше время, наши возможности»

## СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ	
<b>Я по-другому жизнь не проживу.</b> Медицинская сестра из Республики Марий Эл удостоена звания «Серафимовская сестра милосердия»	стр. 3
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ	
<b>Первичное здравоохранение: Наше время, наши возможности.</b> В Санкт-Петербурге состоялся Всероссийский конгресс РАМС	стр. 18
<b>Первые шаги.</b> В Ассоциации медицинских сестер России создан Молодежный совет	стр. 21
ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ	
<b>Роль и компетенции сестринского персонала в Республике Беларусь</b>	стр. 12
<b>Сестринская помощь – основа процветания.</b> Опыт развития профессии в Республике Кыргызстан	стр. 23
ИННОВАЦИОННАЯ ПРАКТИКА	
<b>Фельдшеру нужен помощник.</b> Результаты пилотного проекта в малых населенных пунктах Оренбургской области	стр. 8
<b>Верные решения спасают жизнь.</b> Опыт сестринской инициативы по проведению осмотров жителей села в Тюменской области	стр. 15
<b>Бережливые технологии.</b> Опыт сестринского коллектива Медсанчасти «Северсталь»	стр. 26
КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
<b>«Маленькие» ошибки с «большими» последствиями</b>	стр. 28
<b>Нутриционная поддержка пациента.</b> Опыт специалистов отделения сестринского ухода Тосненской межрайонной клинической больницы	стр. 31
<b>Особенности ведения периоперативного периода у пациентов с хронической наркотической зависимостью.</b> Роль медицинской сестры	стр. 36
ГЕРОИ ПРОФЕССИИ	
<b>Подвиг во имя жизни.</b> «Жужа» и «Нос»	стр. 5
С ЗАБОТОЙ О КАДРАХ	
<b>Безопасность на рабочем месте.</b> Практические примеры и алгоритмы действий	стр. 39

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 04.12.2023. Отпечатано в ООО «Аллегро». Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28. Заказ № 1249. Тираж 15 500. Цена договорная. За опубликованные рекламные материалы редакция ответственности не несет. Фото: depositphotos.com, www.freepik.com.

## СОТРУДНИЧЕСТВО С АВТОРАМИ

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

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

## ОФОРМЛЕНИЕ ПОДПИСКИ

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

## УЧРЕДИТЕЛИ И ИЗДАТЕЛИ

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

## РЕДАКЦИЯ

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

## АДРЕС РЕДАКЦИИ

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

# Я ПО-ДРУГОМУ ЖИЗНЬ НЕ ПРОЖИВУ...

МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ИЗ РЕСПУБЛИКИ  
МАРИЙ ЭЛ УДОСТОЕНА ЗВАНИЯ  
«СЕРАФИМОВСКАЯ СЕСТРА МИЛОСЕРДИЯ»

## ■ Евгения Яковлевна КУЗЬМИНЫХ

Главный специалист по сестринской деятельности  
Министерства здравоохранения Республики Марий Эл,  
председатель Региональной общественной организации  
«Ассоциация средних медицинских работников Республики  
Марий Эл»

## ■ Ольга Владимировна ИНГЛИС

Исполнительный директор Региональной общественной  
организации «Ассоциация средних медицинских работников  
Республики Марий Эл»

*Я по-другому жизнь не проживу,  
В моей судьбе особое решение.  
Я рождена, и этим я дышу,  
Исполнив жизни главное значенье.  
Я медсестра – и я горжусь собой.  
Профессию я выбрала от Бога.  
И пусть пугают трудности порой,  
Но это жизнь моя, моя дорога!*

**Елена Тимофеева, Омск**

С 2020 года в нашей стране проводится конкурс «Серафимовский врач». В этом году по его результатам 8 медицинских сестер удостоены Почетного звания «Серафимовская сестра милосердия». Среди них – медицинская сестра Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн, член Ассоциации средних медицинских работников Республики Марий Эл – Наталья Николаевна Лебедева.

Наталья Николаевна никогда не сомневалась в выборе профессии. Трудовую деятельность начала в поликлинике Медсанчасти № 1 медицинской сестрой процедурного кабинета. Работа была интересной – знакомство с коллективом, приобретение новых навыков в работе, запоминающиеся пациенты. Затем перевелась в поликлинику войсковой части № 95604, где проработала по 2004 год. С 2004 года по 2013 год работала в стоматологии.

С 2002 года Наталья Николаевна стала прихожанкой собора Вознесения Господня г. Йошкар-Ола. Считает, что для медицинского работника, помимо высокого профессионализма, важными качествами являются сострадание, милосердие и самоотдача, ведь профессия медицинского работника – это служение людям. Умение создать доверительные



отношения с пациентом, подобрать нужные слова, успокоить, воодушевить его, вселить надежду на лучшее – важные составляющие повседневной работы медицинской сестры.

По словам Натальи Николаевны, история жизни православных святых укрепляет ее веру, обогащает нравственно и духовно. Путеводной звездой для нее является житие святителя Луки Крымского – врача не только тел, но и душ человеческих. Ярким примером для нее является преподобный Серафим Саровский. Старец принимал в своей келье всех нуждающихся, всегда оказывал молитвенную помощь страдающим различными недугами. К святым мощам преподобного Серафима Саровского Наталья Николаевна совершила одну из своих первых паломнических поездок.

В 2013 году вышла замуж, с супругом Игорем Лебедевым связаны духовно. Супруга после рукоположения в сан иерея в 2021 году назначили настоятелем храма иконы Божией Матери «Умиление» в п. Визимьяры Килемарского района Республики Марий Эл. Для Натальи Николаевны жизнь православных святых является достойным примером любви, терпения, самоотдачи, помощи ближнему.

С 2017 года по 2020 год прошла обучение по среднесрочной программе подготовки уставщиков-псаломщиков в Епархиальном образовательном центре Йошкар-Олинской и Марийской Епархии, проходила практику на клиросе в Свято-Троицком храме г. Йошкар-Олы. В субботние и воскресные

**В** 2020 году социальный проект – конкурс «Серафимовский врач» был проведен Благотворительным фондом преподобного Серафима Саровского впервые. В период бушевавшей пандемии участников объединила верность духовно-нравственным ценностям, воплощенным в православной традиции. Пример верующего врача очень важен не только для телесного, но и для духовного здоровья общества.

Тогда Почетное звание «Серафимовский врач» было присвоено Загайнову Владимиру Евгеньевичу – доктору медицинских наук, директору Института хирургии и онкологии, заведующему кафедрой факультетской хирургии и трансплантологии Приволжского исследовательского медицинского университета Минздрава России, г. Нижний Новгород.



А рассказываем мы об этом не случайно.

Владимир Евгеньевич достойно продолжает семейную династию врачей. Родители – выпускники Казанского медицинского университета. Мама – сильная женщина, заведовала роддомом и гинекологическим отделением. Отец был главным хирургом Министерства здравоохранения Марийской АССР, заслуженным врачом МАССР и РСФСР, Почетным членом Ассоциации средних медицинских работников Республики Марий Эл. В 2021 году в Республиканской клинической больнице хирургического корпуса торжественно установлена мемориальная доска, посвященная Евгению Аркадьевичу Загайнову.



Он поднял хирургическую службу на высокий уровень. Благодаря ему в нашей республике выросла плеяда замечательных хирургов, которые продолжают его дело и по сей день. Его имя живет не только в нашей памяти и в наших сердцах, но и в достижениях его сына – Владимира Евгеньевича Загайнова.

дни Наталья Николаевна несет послушание псаломщицы на клиросе в храме иконы Божией Матери «Умиление» в п. Визимьяры Килемарского района Республики Марий Эл.

С 2013 года и по 2020 год работала в поликлинике № 2 г. Йошкар-Олы медицинской сестрой участковой, а в самый разгар пандемии COVID-19 по собственному желанию перешла работать в Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн. Работая в стационаре госпиталя, профессионально и бесперебойно оказывала медицинскую помощь, милосердно и качественно ухаживая за тяжелобольными пациентами с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. После окончания пандемии Наталья Николаевна стала медицинской сестрой кабинета рефлексотерапии в этом же госпитале.



Лебедева Н.Н., студенческие будни, мастер-класс по забору крови



Рабочие будни в кабинете рефлексотерапии Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн

Проводя параллели между медицинским работником настоящего времени и православными святыми, Наталья Николаевна считает, что сейчас медицинские работники нуждаются во всех тех христианских добродетелях, которыми обладали прославленные церковью святые подвижники.

В этом году Наталье Николаевне по воле судьбы выпала честь принять участие

в профессиональном конкурсе медицинских работников «Серафимовский врач – 2022/23». Конкурс проводится по благословению митрополита Нижегородского и Арзамасского Георгия и направлен на формирование широкой общественной поддержки врачей, медицинских сестер и других специалистов здравоохранения, выявление признанных и авторитетных лидеров, уважаемых как в профессиональном сообществе, так и среди пациентов.

Для участия в конкурсе было отобрано 180 заявок медицинских работников из 26 субъектов Российской Федерации. Республику Марий Эл достойно и профессионально представила Лебедева Наталья Николаевна.

13 октября в Центре славянской культуры п. Дивеево Нижегородской области в рамках пленарного заседания конференции «Наследие преподобного Серафима Саровского и здоровье России» состоялось чествование победителей и лауреатов конкурса.

Отрадно, что сразу 8 конкурсантов были удостоены Почетного звания «Серафимовская сестра милосердия». В их число вошла и Наталья Николаевна Лебедева.

Облегчить страдания пациентов, быть милосердной и сострадательной к чужой боли, обладая при этом высоким профессионализмом, в основе которого лежат духовно-нравственные качества и православные традиции, – это призвание Натальи Николаевны.

Гордимся историей и сохранением милосердия в служении профессии медицинского работника!

# ПОДВИГ ВО ИМЯ ЖИЗНИ

В ГОД 75-ЛЕТИЯ ПОБЕДЫ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ МЫ ОТКРЫЛИ РУБРИКУ, ПОСВЯЩЕННУЮ МЕДИЦИНСКИМ СЕСТРАМ – ГЕРОЯМ ВОЕННОЙ ПОРЫ. ИХ ГЕРОИЧЕСКАЯ СУДЬБА, РЕШИТЕЛЬНОСТЬ И СМЕЛОСТЬ, ПОДВИГ ВО ИМЯ СПАСЕНИЯ СОЛДАТСКОЙ ЖИЗНИ – НЕЗЫБЛЕМЫЙ МОРАЛЬНЫЙ ОРИЕНТИР ДЛЯ НАШЕЙ ПРОФЕССИИ.

*Рассказывая о хрупких, но сильных духом сестричках, мы не предполагали, что очень скоро наша страна и наше общество будут призваны повторить урок борьбы с нацизмом для тех, кто его плохо усвоил. На призыв одними из первых откликнулись медицинские сестры. Кто, как не наши мужественные коллеги, достойны того, чтобы мы о них знали.*

*Мы приглашаем специалистов делиться такими историями с редакцией «Вестника». Если в Вашем коллективе, организации, в регионе есть медицинская сестра, о которой Вам хотелось бы рассказать, – обязательно напишите нам! Мы принимаем не только готовые статьи, но и информацию, которая поможет нам подготовить окончательную публикацию.*

## «Жужа» и «Нос»



### Ирина Викторовна ЯНМИНКУЛЬ

Медицинская сестра Отделения медицинской профилактики ГБУЗ ТО «Областная больница № 14 имени В.Н. Шанаурина» (с. Казанское), пресс-секретарь ТРОО ТОПСА

Узнали мы о Жуже и ее героических буднях абсолютно случайно. Мать, поехавшая медсестрой в зону СВО вслед за добровольцем сыном, это ли не материнский подвиг?

...Ровно год назад ее безмерно любимый сын Слава уехал добровольцем в зону СВО, где мужественно и стойко несет службу в штурмовой бригаде «Шторм». Из тех, кто пришел тогда, в октябре 2022 года вместе с ним, осталось 5 человек. Когда Татьянин брат, майор полиции, сам дважды побывавший в «горячих точках» в Чечне, только узнал о решении племянника, вручил ему старинную икону с Божьей Матерью. Намоленное изображение Богородицы как самый лучший оберег не единожды охраняло и спасало его



самого. Кажется иногда, что младший сын даже характер дядин перенял, такой же выдержанный, нордический, стойкий. Как сказал, так и будет, а дальше – хоть камни с неба. Рядом с такими людьми спокойно и надежно, как за каменной стеной. Не предадут, не продадут.

Что чувствовало материнское сердце на протяжении целых семи месяцев в мучительной разлуке с сыном, знает только сама Татьяна. Неизвест-

ность, постоянная опасность, притаившаяся рядом с ее мальчиком, пугающие сводки из телевизионных программ сводили ее с ума. В мае месяце силы ждать сына окончательно иссякли. Старший брат, видя ее ежедневные метания, напутствовал: «Поезжай, сестренка. Тебе так легче будет». С братом они остались сиротами, будучи совсем малышами. Когда маму придавило лещиной, ему было 6 лет, ей – 4 года. Жизнь, к сожалению, не всегда мягко

стелет, но порой сложные жизненные ситуации закаляют людей, делая их людьми. Бабушка с дедушкой воспитали внуков достойными и порядочными. Брат с сестрой до сих пор очень душевно близки друг к другу. Почувствовав братскую поддержку, Татьяна приняла ее как благословение и решительно подала документы в Тюменский военкомат.

Стаж работы в медицине у Татьяны по профессиональным меркам совсем небольшой – около трех лет, а вот практические навыки, – дай бог каждому! Будучи по первому образованию учителем начальных классов, Татьяна 15 лет отработала начальником отдела в Госрезерве. А едва перешагнув сорокалетний рубеж, однажды вдруг решила круто изменить свою жизнь. Поступила в Ялуторовский медицинский колледж, словно предчувствуя, что ей уготовано нечто большее. На практике взрослая студентка старалась научиться всему: уверенно работала с любимыми венами, прекрасно выполняла инъекции и инфузии. Обратилась к главной сестре с вопросом о возможном трудоустройстве, и та с радостью пошла на встречу «рукастой» студентке.

Бесценным Татьяна считает пусть и недолгий опыт работы в кабинете врача-травматолога. Доктор – Виктор Анатольевич – доходчиво на деле объяснял все виды травм, обучал гипсовать переломы и другие травмы. Как важны и бесценны эти навыки сейчас, в военном госпитале, можно себе представить. Работа в ковидном госпитале тоже дала свои плоды и научила работать в команде, где рядом надежное плечо. Терапевтический стационар и работа в «процедурке» с нагрузкой до 50 человек в смену вспоминается как страшная, нечеловеческая усталость, несмотря на которую Татьяна еще умудрялась брать ночные смены. Не ради денег, нет, а чтобы, забывшись в работе, отогнать от себя терзающие мысли о сыне.

Когда сын только узнал, что она собирается в это пекло, чтобы быть поближе к нему, сначала пытался отговаривать: «Мама, ты сама не понимаешь, куда собираешься. То, что дома кажется тяжелым, тебе оттуда раем покажется... А вдруг нам с тобой вообще не удастся свидеться? Такая разлука будет еще тяжелее». Но хорошо зная

свою мать, Слава понимал, что она все равно сделает по-своему. А Татьяна точно знала, что вопреки всем трудностям, сложностям, препонам, она сделает все, чтобы увидеть свое солнышко, своего возмужавшего и повзрослевшего сына.

«Золотые руки» ценятся во все времена и при любых обстоятельствах. Вот и медсестра с позывным «Жужа», быстро адаптировавшись в новых для себя условиях, пришлось в госпитале очень даже ко двору. Поначалу сыну хотелось дать маме позывной понежней, поласковой – «Ласточка», но все же «Жужа», словно пересаженный на открытую рану кусок кожи, лучше прижилось и быстро стало вторым именем. За огромное материнское сердце иногда коллеги величают ее Большая Мамочка.

Мог ли знать «Нос» (а это, как вы догадались, позывной Славы), что все в его юности было не случайно: и кадетство, и соревнования, и участие в смотрах и патриотических играх. Обращаться с разным оружием он научился еще тогда. Слава у Татьяны не единственный ребенок. Есть еще Женька, который постарше на 1,3 года. Братья росли сильными и крепкими, как два грибка-боровичка. Даже сейчас, давно став взрослыми, они при встрече и прощании всегда целуют и обнимают свою маму.

Там, где они с сыном сейчас, бомбят каждый день. Взрывы чередуются с автоматными очередями. А когда наступает оглушающая тишина, напрягаешься еще больше. Непривычна она уже. Уходя на спецоперацию, Слава взял с собой в напоминание о доме и детстве маленькую плюшевую игрушку – кота. Закрепленный к бронежилету, он грел ему душу, напоминая о доме, о маме. Встретившись с Татьяной, сын передал котенка ей. Теперь эта игрушка, бывшая возле сердца ее солнышка, дожидается Татьяну, когда она возвращается с работы. Плюшевый котенок успокаивает и умиротворяет, родным пахнет. Месяц назад Славе исполнилось 25. На гражданке у него



мирная профессия – электрик-дизелист на водном транспорте, третий штурман, рулевой моторист. Эта профессия Славе пригодилась, когда он служил в Хакасии в ракетных войсках. А сейчас, в зоне СВО, он старший сержант, командир отделения. Мать по праву гордится сегодня наградой сына, нагрудным знаком – боевым крестом «Благодарность за службу».

Госпиталь, где несет свою медицинскую службу Жужа, расположен в подвальном помещении одного из домов и лишь отдаленно напоминает привычные лечебные отделения. Чей-то острый язык назвал его Шанхай. Особый уровень стерильности и асептики в приспособленных условиях соблюсти нереально, но чистоту изо всех сил медсестры поддерживают. Вообще медсестры там, как правило, взаимо-



заменяемы. Двое из смены работают в «опере», еще двое в «перевязке». Если кому-то из них больше нужна помощь, безоговорочно устремляются туда. Недавно за ночь привезли 18 раненых, оперировали сразу на всех 4 операционных столах. Операции выполняются разной степени сложности. Как-то 24-летний парень поступил, так доктор просто чудо совершил: с ноги сосуд в руку перешил, тем самым сохранив бойцу конечность. Такой он, беспокойный Шанхай. Жизнь в нем кипит, нет ни одного дня похожего на другой. Затяжелевших больных отправляют в Старобельск, оттуда каждые 4 часа борт на Россию.

Несмотря на то, что солнца в Шанхае практически нет, видят медики его лишь изредка, когда перебежками добиваются перед работой или после ночной смены в Анапу. От Шанхая до Анапы 5–7 минут быстрой ходьбы. Анапа – это подвал, ставший в настоящее время их вторым домом. Там они могут отдохнуть, поспать, поесть, позвонить домой и порыдать в подушку, услышав голоса детей, мужей, родителей. Потому что нервы сдают. Скучают страшно. Они все там одна семья. Вместе радуются новостям из дома и переживают тоже вместе. И даже на войне есть место юмору, иначе выгоришь окончательно. Кто-то разговаривает, кто-то похрапывает, но мало кому удастся хорошо выспаться. Порой чтобы восстановиться, хватает 30–35 минут, а потом вновь все слышишь. Но каждая из них знала, куда едет, и ни разу не пожалела о своем героическом выборе.

Когда случаются редкие минуты счастья и к Жуже приезжает ее родной Слава, каждая из медицинской бригады его обнимает, словно это их сын. Материнские чувства у русских женщин привиты с пеленок. Девчонки там все не просто так, у каждой своя мотивация. И капают, и перевязывают, и катетеры ставят, поддерживают друг друга, как только могут. Самая младшая – Дашка, ей всего 23, у нее и позывной соответственный – Малая. Ее все как дочку стараются опекать. С Зеной Жужа и вовсе раньше вместе работали в терапевтическом отделении, одна палатной, другая – процедурной сестрой. Тогда Зена для всех была Зурией... Здесь в госпитале она нужнее как

анестезистка. Возле нее опытные грамотные наставники. Сава из Кургана чего стоит, умничка. Им всем вместе цены нету! Каждый из них, находясь там, давно переосмыслил свою жизнь. Не видясь даже ночь, все обнимают друг друга, как самого родного человека. Каждый понимает все и лишний раз эти темы стараются не муссировать, ведь для кого-то из них завтра может просто не наступить... Они теперь и не представляют, как будут жить дальше на гражданке. Слишком на многие вещи и человеческие качества у них поменялся взгляд.

Быт российских медиков, несущих тяжелейшую вахту в зоне СВО, относительно организован. Еду сотрудникам и раненым бойцам готовят повара. Там люди всех профессий на вес золота. Но иногда готовят себе сами, домашненькое, вкусненькое. Недавно девочки стряпали блинчики и фаршировали их грибами и курицей. Тут как-то полковник приезжал, которому Жужа гипсовала руку, привез их смене 6 палок колбасы, сгущенку, сигареты. Там очень многие курят, нервы расслабляют, но Татьяна никого не осуждает, просто сама за свою жизнь так и не научилась. А еще недавно в госпитале был батюшка, угощал шоколадками. Да, о еде разговоры заходят часто. И шашлычок, и роллы из прошлой жизни то и дело вспоминают...

Вообще их смену очень любят и врачи, и раненые бойцы. Так получилось, что как на подбор в смене оказались одни хохотушки. Однажды привезли тяжелораненого бойца, ноги просто в хлам, так рентген-лаборант Буся, выполняя снимки, ему говорит: «Ничего не знаю, теперь ты просто обязан на мне жениться!». Он, только что лежавший с лицом белого цвета, даже немного ожил, повеселел. А она ему вслед 187-й номер присвоила, как претенденту на ее руку и сердце. Потом, когда кто-нибудь из исцелившихся к ней подходит, она у каждого порядковый номер вперед спрашивает, чтобы вспомнить, с каким ранением он поступал.

За ночь может поступить больше 20 человек, мало кто может сам передвигаться. За сутки уходит целая коробка бинтов 7 × 14. Тяжело. Повидать довелось столько, что на несколько жизней вспоминать хватит. Как-то Жужа была

свидетелем, как открытое сердце завели и как хирурги его массировали. Однажды доставили парня с пулей во лбу. Хирурги, повидавшие всякого, вытащили пулю и вручили ему. Оказывается он, как заговоренный, уже третий раз получает тяжелые ранения и, что интересно, все 19-го числа... Роковая дата какая-то. Для них это рядовые будни, для нас ежедневный подвиг.

Жужа, Жужа... Из-за ее оптимизма, коммуникабельности, человеколюбия те, кто ее близко знают, скажут, что если надо, ей даже с чертом удастся договориться. А сейчас ее Славочка, ее самый любимый и дорогой боец с позывным Нос ушел в тишину на две, а, возможно, на три недели. Как говорят военные, знания и опыт – основа интуиции, а она ой как нужна нашим ребятам. И еще, несмотря на отвагу и мужество, должен быть страх, он дисциплинирует. Как только перестаешь бояться – допускаешь ошибки. Как повелось, прежде чем уйти в тишину, Нос приходит к матери и прощается. Как-то приезжал даже с боевыми друзьями. Умка, Мороз, Швед, им всем по 24–25, совсем мальчишки. Теперь тоже скучают по Большой Маме. А за 18 часов до начала задания бойцы из штурмовой бригады перестают есть и пить. Так надо. Так им будет легче.

А она по-прежнему будет спасать и вытаскивать из лап костлявой чужих мужей и отцов, братьев и сыновей. И снова ее материнское сердце будет в напряжении. А для спокойствия ей нужно совсем чуть-чуть, просто знать, что сын жив и здоров.



# ФЕЛЬДШЕРУ НУЖЕН ПОМОЩНИК

РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА  
В МАЛЫХ НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТАХ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ



■ **Анатолий Владимирович ВОЛОДИН**

Директор ГАПОУ «Оренбургский областной медицинский колледж», главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Оренбургской области по управлению сестринской деятельностью, кандидат медицинских наук, доцент



■ **Надежда Александровна ФЕДОРОВА**

Ведущий специалист Центра содействия трудоустройства выпускников

Согласно Конституции Российской Федерации, каждый человек и гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Однако проблема доступа к медицинской помощи жителей сельской местности и отдаленных районов, в том числе Оренбургской области, не всегда позволяет реализовать свое право на постоянную и доступную медицинскую помощь в полной мере.

Специфика Оренбургской области заключается в ее большой протяженности (более 850 км), относительно небольшой плотности населения (16 жителей на 1 кв. километр, что в 2,5 раза меньше среднего значения в ПФО), вы-



соком удельном весе сельского населения (39% против 25% общероссийских).

По состоянию на 1 января 2023 года общая численность населения региона составляет 1 млн 841 тыс. человек, проживающих в 1720 населенных пунктах, из которых 99,3% являются сельскими поселениями. По показателю «Доля сельского населения» Оренбургская область занимает 1-е место в ПФО и 16-е место – в Российской Федерации.

Среди сельских населенных пунктов 62% (1060) являются малочисленными, из них: в 627 населенных пунктах насчитывается от 1 до 100 жителей, в 283 – от 101 до 200, в 150 – от 201 до 300 человек. При этом в малых и/или отдаленных населенных пунктах проживает всего 5,6% населения области (103 779 человек). В Оренбургской области насчитывается 35 администраций сельских районов с малочисленными населенными пунктами.

Для организации медицинской помощи населению в регионе действует 75 учреждений здравоохранения, в состав которых входят 912 фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), и почти

в 400 населенных пунктах реализуются мобильные формы медицинского обслуживания населения.

В тех малочисленных населенных пунктах, которые имеют географическую отдаленность от районных больниц, центра медицины катастроф и ближайших врачебных амбулаторий и ФАПов, применяется на практике п. 11 Приказа Министерства здравоохранения РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» в форме домашних хозяйств, но применение данной формы ограничено. Это связано с социально-экономическими и организационно-медицинскими трудностями в работе домашних хозяйств, включая безвозмездность характера их работы и, как следствие, отсутствие ответственности за состояние здоровья населения.

В течение последних 5 лет в силу объективных причин количество малонаселенных пунктов возросло на 5,8%, что еще больше обострило проблему доступности медицинской



помощи для жителей малых населенных пунктов.

Решение обозначенной проблемы является составной частью исполнения поручения Президента Российской Федерации по модернизации первичного звена. Председатель Правительства России М.В. Мишустин в своем видеообращении к участникам расширенной коллегии Министерства здравоохранения отметил, что «качественные медицинские услуги должны получать и жители удаленных населенных пунктов, малых городов, сел, районных центров, чтобы им не приходилось ехать десятки километров за консультацией либо лечением. Важно обеспечить их территориальную доступность» [1].

Состояние кадрового обеспечения ФАПов медицинских организаций Оренбургской области определило одно из приоритетных направлений развития здравоохранения Оренбургской области в части ликвидации диспропорций в структуре и численности медицинских кадров фельдшерско-акушерских пунктов региона.

На начало 2023 года укомплектованность штатных должностей специалистами ФАПов медицинских организаций Оренбургской области составила 92,1 %, при этом в разрезе специальностей доля фельдшеров насчитывала 63 %, акушерок – 10,7 %, медицинских сестер – 26,3 %. Средний возраст медицинских работников среднего звена в сельской местности составил 48–52 лет при отсутствии кадрового резерва. При этом молодые специалисты при наличии действующих федеральных и региональных программ социальной поддержки на постоянную работу в малые села едут неохотно.

С целью обеспечения доступности медицинской помощи для жителей малонаселенных пунктов Оренбургской области и решения проблемы дефицита медицинских кадров для оказания первичной медико-санитарной помощи на селе по поручению Губернатора Оренбургской области Д.В. Паслера при содействии Министерства здравоохранения Оренбургской области в 2022 году был внедрен проект «Организация медицинской помощи в малых населенных пунктах Оренбургской области» в рамках регионального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения».

Реализация пилотного подпроекта «Помощник фельдшера» была направлена на подготовку специалистов, работающих в условиях ФАП, с целью обеспечения доступности медицинской помощи жителям малых населенных пунктов.

Запуск проекта осуществлялся прохождением следующих этапов:

- разработка правовых оснований внедрения новой технологии организации первой доврачебной помощи в малых населенных пунктах;
- модернизация программы профессионального обучения «Младшая медицинская сестра по уходу за больными»;
- подбор кандидатов из жителей малых населенных пунктов на должность помощников фельдшера и их подготовка;
- трудоустройство в медицинские организации и закрепление за фельдшером;
- мониторинг и оценка деятельности специалистов, в том числе через обратную связь с населением.

Площадкой для практической подготовки специалистов – помощников фельдшера выступило государственное автономное профессиональное образовательное учреждение «Оренбургский областной медицинский колледж» (ГАПОУ «ООМК»).

**Обязательные условия для кандидата в помощники фельдшера: наличие СПО по любой специальности, поддержка кандидатуры населением, постоянное проживание в данном населенном пункте**

При подготовке данной категории специалистов была использована программа профессионального обучения «Младшая медицинская сестра по уходу за больными», которая подверглась изменению и модернизации для выполнения необходимых трудовых действий помощников фельдшера. В частности, в содержание программы обучения были дополнительно включены следующие вопросы:

- методы систематического наблюдения за состоянием отдельных категорий граждан;
- методики проведения подворной (поквартирной) переписи населения, проживающего на обслуживаемом участке;
- правила обеспечения лекарственными средствами для амбулаторного лечения граждан в рамках оказания государственной социальной помощи и граждан, имеющих право на получение лекарственных средств бесплатно;

- патронаж и длительный уход за маломобильными пациентами на дому;
- методики санитарно-гигиенического образования населения;
- навыки оказания первой помощи населению до прибытия медицинских работников при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, и заболеваниях, угрожающих жизни и здоровью, и др.

Объем программы подготовки составляет 288 академических часов. Слушатели курсов, помимо лекционных и практических занятий, проходили симуляционное обучение объемом в 72 академических часа на базе учебно-производственных мастерских ГАПОУ «ООМК», производственную практику – в медицинских организациях Оренбургской области. Итоговая аттестация проводилась в форме квалификационного экзамена.

После успешного прохождения итоговой аттестации все обучающиеся получили документ о квалификации – свидетельство о профессии рабочего, должности служащего «Младшая медицинская сестра по уходу за больными».

Для определения роли и места помощника фельдшера в системе оказания медицинской помощи сельскому населению были разработаны должностные инструкции. В функциональные обязанности помощника фельдшера, отраженные в должностной инструкции, входит:

- патронаж на дому;
- выполнение мероприятий в рамках первого этапа диспансеризации и ПМО (анкетирование, антропометрия, измерение АД и т.д.);

- доставка и контроль приема лекарственных препаратов;
- уход за маломобильными и лежачими больными;
- выполнение простых медицинских услуг в рамках своей компетенции;
- взаимодействие с фельдшером ФАП и СМП.

ГАПОУ «ООМК» организовал несколько наборов для обучения по программе «Помощник фельдшера»: февраль 2022 года, февраль и май 2023 года. Всего обучение прошли 69 слушателей из 44 населенных пунктов 25 муниципальных образований (из 35) Оренбургской области.

Практический эффект от реализации проекта заключается в том, что с 1 февраля 2022 года у медицинских организаций – участников пилотного проекта – появилась возможность заключить с младшими медицинскими работниками трудовые договоры с установлением режима неполного рабочего времени. Средняя заработная плата составила 17,5 тыс. рублей, оплата производится пропорционально отработанному времени.

За каждым помощником фельдшера закрепляется ответственный сотрудник медицинской организации – фельдшер, обслуживающий малый населенный пункт.

Специалист обеспечен укладкой по оказанию первой помощи, медицинскими изделиями для проведения медицинских манипуляций, средствами связи и доступом в интернет. В наличии имеются инструкции, памятки и наглядные материалы по оказанию первой помощи.

С начала реализации пилотного проекта в феврале 2022 года общее ко-

личество обслуживаемого населения в малых населенных пунктах выросло в 2,5 раза (8107 против 3228 человек), ежедневная курация маломобильных граждан стала доступнее в 2,8 раз (836 человек против 237 в 2022 году), возрос охват длительным уходом за лежачими больными почти в 2 раза (с 56 до 108 человек).

Анализируя показатели в населенных пунктах, где реализуется проект «Помощник фельдшера», следует отметить значительный медицинский эффект от его внедрения. Так, число посещений на одного помощника фельдшера в год в отслеживаемый период выросло более чем на 2 тыс. посещений, на 2% возросло число посещений на одного жителя помощником фельдшера в год, что, с одной стороны, увеличивает охват населения медицинской помощью и ее доступность, с другой стороны, говорит о практической обоснованности необходимости наличия данных специалистов как промежуточного звена в системе «пациент–фельдшер». Количество посещений фельдшерами малых населенных пунктов, реализующих проект, также заметно увеличилось после введения должности в 1,3 раза, что говорит о повышении внимания и степени ответственности по отношению к обслуживаемому контингенту. Это связано с активным выявлением проблем пациентов во время проведения подворовых обходов помощником фельдшера.

При этом теперь фельдшер чаще имеет дело не с критическими, неотложными и экстренными случаями, а с плановыми, в силу того что охват профилактическими мероприятиями и разъяснительной работой возрос





с 77% (до начала реализации проекта) до 98% в 2023 году.

В связи с тем, что через помощников фельдшера осуществляется и льготное лекарственное обеспечение малых населенных пунктов, то в соответствии с результатами полученных статистических исследований за 2 года количество сельских жителей, обеспеченных лекарственными средствами, в том числе льготными и жизненно необходимыми, возросло в 2,4 раза.

Также при возможности рационального перераспределения функциональной нагрузки, территориальной близости и большей мобильности с появлением должности помощника фельдшера количество вызовов СМП в отдаленные населенные пункты сократилось на 35% по отношению к показателям на начало 2022 года, что, помимо медицинского, имеет и экономический эффект, так как снижает транспортные расходы на медицинское обслуживание.

Наконец, ввиду своевременного оказания неотложной доврачебной помощи, непосредственной близости специалистов, их посреднической роли за 2 года удалось достичь главного – уменьшения показателей смертности на обслуживаемых помощниками фельдшера территориях в 2 раза.

«Помощник фельдшера не только не является заменой самого фельдшера, а наоборот, служа его “глазами, ногами, руками”, за счет проактивного наблюдения за пациентами, приводит к повышению доступности и фельдшерской помощи», – отметила вице-губернатор, заместитель председателя Правительства Оренбургской области по социальной политике – министр здравоохранения региона Татьяна Савинова.

Социальный эффект проекта оценивается исходя из данных обратной связи от жителей малых сел. В ходе мониторинга 96% из 745 человек, участвовавших в анкетировании, отметили повышение доступности медицинской помощи населению; жалоб на момент опроса не отмечено (на начало реализации проекта 38 респондентов имели замечания и пожелания к работе помощника фельдшера). Наконец, 77% опрошенных удовлетворены качеством оказываемой медицинской помощи на 5 баллов по пятибалльной шкале.

Следует отметить, что программа подготовки помощника фельдшера также способствует и повышению занятости в малых населенных пунктах, так как к работе привлекаются люди трудоспособного возраста, ориентированные на повышение уровня дохода и социального статуса, коммуникабельные, стрессоустойчивые и ответственные, что, в свою очередь, может помочь сгладить интенсивность процессов урбанизации в регионе.

Подводя предварительные итоги реализации проекта «Помощник фельдшера» на территории Оренбургской области, считаем, что данная практика оправдывает себя.

Результаты реализации проекта «Помощник фельдшера» легли в основу соответствующей научно-доказательной базы для внесения изменений в номенклатуру должностей медицинских работников и фармацевтических работников: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 мая 2023 г. № 205н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических персонала», п. 12 Должности младшего медицинского персонала, пп. 12.1 Младшая медицин-

ская сестра. Приказ вступил в силу 1 сентября 2023 года [2].

С целью обмена опытом по организации образовательной деятельности в части практической подготовки специалистов для малых сел учебно-производственные мастерские колледжа в сентябре–ноябре 2023 года посетили представители министерств здравоохранения и руководители медицинских образовательных организаций близлежащих регионов.

Увеличение продолжительности жизни, повышение доверия населения к медицинскому сообществу, улучшение информационной доступности в части организации медицинской помощи, положительное влияние на демографическую ситуацию и ситуацию в сфере занятости, являются, на наш взгляд, ключевыми задачами, которые определяют дальнейшие перспективы в этом направлении.

#### ИСТОЧНИКИ:

1. Правительство России: [сайт]. URL: <http://government.ru/>
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 02 мая 2023 г. № 205н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников»
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (с изменениями и дополнениями)
4. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 12 января 2016 г. № 2н «Об утверждении профессионального стандарта «Младший медицинский персонал»

# РОЛЬ И КОМПЕТЕНЦИИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ



**Елена Петровна КОТОВА**

Главный внештатный специалист по организации работы медицинских работников со средним медицинским, фармацевтическим образованием Министерства здравоохранения Республики Беларусь



**Светлана Фадеевна ЮЖИК**

Председатель Белорусского общественного объединения медицинских сестер

## Основы государственной политики и направления развития сестринского дела

Современные тенденции развития сестринского дела в Республике Беларусь обусловлены социальными и экономическими факторами, географическим положением, конституционным строем и направлены на реализацию государственной политики в области охраны и укрепления здоровья населения в рамках:

- Программы социально-экономического развития Республики Беларусь на 2021–2025 годы, утвержденной Указом Президента от 29 июля 2021 г. № 292;
- Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2021–2025 годы, утвержденной постановлением Совета Министров от 20 апреля 2022 г. № 237;



- Государственной программы о социальной защите и содействии занятости населения на 2021–2025 годы, утвержденной постановлением Совета Министров от 21 декабря 2020 г. № 748;
  - Государственной программы «Образование и молодежная политика» на 2021–2025 годы, утвержденной постановлением Совета Министров от 31 декабря 2021 г. № 797;
  - Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021–2025 годы, утвержденной приказом Министра здравоохранения от 31 декабря 2020 г. № 1438.
- Концепция развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021–2025 годы определила план мероприятий (дорожную карту) в отношении сестринского персонала в соответствии с нормами действующего в стране законодательства.
- Концепция предусматривает:
- совершенствование кадровой политики (планирование потребности в специалистах сестринского дела, совершенствование нормативной правовой базы, отнесение должности главной медицинской сестры к должности руководителя, введение в штатное расписание должности младшей медицин-

- ской сестры по уходу за пациентами и др.);
- совершенствование системы непрерывного профессионального образования:
  - совершенствование УМК с учетом практикоориентированной направленности и потребностей практического здравоохранения;
  - оптимизацию срока обучения по специальности высшего образования 1–790106 «Сестринское дело»;
  - введение специальности высшего образования II ступени (магистратуры) «Сестринское дело» в Общегосударственный классификатор Республики Беларусь ОКРБ 011–2009 «Специальности и квалификации»;
  - организацию подготовки специалистов на II ступени высшего образования (магистратуре) по специальности «Сестринское дело» и др.;
- укрепление ресурсного обеспечения и внедрение современных технологий в профессиональную деятельность специалистов сестринского дела:
  - разработку инструкций по оказанию медицинской помощи в условиях медицинской организации и на дому, в том числе паллиативной помощи

и медико-социальной помощи в составе мультидисциплинарной команды;

- разработку сестринских программ по гигиеническому обучению и воспитанию населения, профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний, формированию навыков здорового образа жизни и др.;
- развитие научных исследований и научной деятельности;
- развитие общественной деятельности, международного сотрудничества в сестринском деле и непрерывном профессиональном образовании:
- укрепление сотрудничества с Белорусским обществом Красного Креста;
- расширение международного сотрудничества;
- обеспечение обмена международным опытом организации сестринского дела и др.

### Структура кадров и обеспеченность сестринским персоналом

По состоянию на 1 января 2023 года численность работников с СПО в Республике Беларусь составляет 112 702 человека. Из них занимают должности средних медицинских работников в организациях здравоохранения различного профиля 112 378 человек, а 324 специалиста заняты в государственной научной и организационной сферах деятельности. Большинство специалистов сестринского дела (95,54 %) составляют женщины.

Более 5500 специалистов работают в должности старшей медицинской сестры, более 1500 в должностях заведующих структурными подразделениями, а корпус главных сестер Республики Беларусь составляет 561 человек.

Республика Беларусь уникальна по показателю обеспеченности сестринским персоналом. **На начало 2023 года он составил 120,7 на 10 тысяч населения**, что значительно выше аналогичного показателя в странах ЕС (86,8) и СНГ (62). Укомплектованность средним медицинским персоналом – 97,04 %. Коэффициент совместительства среднего медицинского персонала – 1,28. Соотношение численности врачей и специалистов со средним специ-

альным медицинским образованием составляет 1:2,2.

Виды деятельности и функции сестринского персонала оптимизируются, расширяется спектр и объемы медицинской помощи: в ежедневную практику постепенно интегрируются задачи сохранения здоровья, повышения качества и продолжительности жизни.

### В едином ключе: совершенствование образования и развитие практики

В Республике Беларусь действует многоуровневая система подготовки сестринских кадров:

- среднее профессиональное образование (СПО);
- высшее профессиональное образование (ВПО);
- дополнительное профессиональное образование для получения дополнительной квалификации на уровне СПО: медицинская сестра по диетологии, физиотерапии, анестезиологии, лечебному массажу, медицинская сестра операционная, косметологического кабинета и др.

Для повышения профессиональной компетентности специалистов сестринского дела в колледжах реализуются образовательные программы «Организация работы медицинской сестры общей практики» объемом 80 часов. Благодаря этой программе появляются возможности расширения роли медицинских сестер в первичном звене здравоохранения.

В центре внимания ПМСП развитие модели терапевтического участка по принципу «команды»:

- врач общей практики + медицинская сестра участковая (медицинский брат участковый) или
- медицинская сестра общей практики (медицинский брат общей практики) + помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи.

Роль и функции работников с СПО расширяются, в особенности это касается оказания помощи на дому. На основе научно обоснованных подходов меняются должностные инструкции специалистов. Медицинские сестры играют ведущую роль в формировании здорового образа жизни, гигиеническом обучении и воспитании насе-

ления, профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний.

Положительные результаты дает пересмотр роли и функций специалистов сестринского дела при оказании медико-социальной помощи инвалидам, лицам пожилого и старческого возраста и при оказании паллиативной медицинской помощи. По состоянию на 1 января 2023 года в Республике функционируют 102 больницы сестринского ухода, из них 91 расположена в сельской местности (коечный фонд составляет 2792, из них в сельской местности – 2387). Самостоятельно медицинскую помощь данному контингенту оказывают 798 средних медицинских работников.

Возвращаясь к особенностям работы образовательных учреждений, отметим востребованность лабораторий для отработки практических навыков с помощью симуляционного оборудования, а также в имитированных условиях. Здесь проходят подготовку студенты и уже практикующие специалисты, проводится аттестация, в том числе и с использованием объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ).

Мировой опыт подтверждает важнейшую роль медицинских сестер с высшим образованием в преодолении современных вызовов в сфере здравоохранения. Краеугольный камень преткновения – сроки обучения таких специалистов. Концепция развития сестринского дела в Республике Беларусь, утвержденная в 2020 году, предусматривает долгожданную реструктуризацию подготовки специалистов сестринского дела с высшим образованием через интеграцию образовательных программ СПО по специальностям «Сестринское дело» и «Лечебное дело» и высшего образования по специальности «Сестринское дело». Это значительно сократит срок обучения медицинских сестер с высшим образованием, оптимизирует затраты времени и финансовых средств на их подготовку.

Сейчас сроки обучения по программам СПО «Сестринское дело» составляют 1 год 10 месяцев (по дневной форме на основе общего полного образования), «Лечебное дело» – 2 года 10 месяцев, а по программе ВПО «Сестринское дело» – 5 лет. Обсу-

ждается, что срок обучения по программе высшего сестринского образования на базе СПО в результате интеграции сократится и составит 3 года.

В Республике Беларусь активно развивается подготовка специалистов на уровне магистратуры. В Гродненском государственном медицинском университете медицинские сестры имеют возможность получить степень магистра по профилям:

- «Организация здравоохранения и общественное здоровье»;
- «Научно-исследовательская, педагогическая деятельность»;
- «Медицинская реабилитация»;
- «Валеология»;
- «Диетология».

Магистратура расширяет возможности трудоустройства медицинских сестер с учетом их квалификации на должности, не требующие компетенций врача-специалиста.

В организациях здравоохранения создана и работает система наставничества. Целью наставничества является успешное профессиональное становление молодых работников, адаптация в трудовом коллективе, создание комфортной профессиональной среды, позволяющей молодым работникам реализовать профессиональные задачи на высоком уровне. Наставниками назначаются лица, имеющие большой опыт работы и высокий уровень профессиональной подготовки, способные обучать и мотивировать молодых работников, служить им примером в профессии. Как правило, молодой специалист закрепляется за наставником на 2 года.

Более того, коллективные договоры помогают закрепить молодых специалистов на рабочих местах. Договоры предусматривают меры по социальной поддержке, предоставлению жилья, а также порядок денежных выплат, компенсаций и оказания помощи в решении бытовых вопросов. В коллективных договорах предусмотрены и меры стимулирования наставников.

В целом, нормативная правовая база, регламентирующая гарантии и льготы, – оплату труда, продолжительность рабочего времени и дополнительные трудовые отпуска, непрерывно совершенствуется:

- с 2008 года работникам с установленным ненормированным рабочим днем предоставляется дополнительный отпуск;

- с 2016 года для медицинских работников установлена сокращенная продолжительность рабочего времени (в их число не входят специалисты, работающие во вредных условиях, где продолжительность рабочего времени еще ниже и составляет 35 часов, а также руководители) – 38,5 часов в неделю;

- с 2021 года усовершенствован порядок проведения оценки условий труда. Если вредные или опасные условия труда подтверждены, работники имеют право на дополнительный отпуск, сокращенную продолжительность рабочего времени, оплату труда в повышенном размере, пенсию по возрасту за работу с особыми условиями труда;

- с 2021 года Первичные организации профсоюза медицинских работников в рамках общественного контроля следят за состоянием условий труда, защитой трудовых и экономических интересов медицинских работников. По результатам мероприятий разрабатываются и реализуются меры по нормированию и улучшению условий труда, материальному стимулированию, проведению оздоровительных мероприятий.

### Развитие общественной деятельности

Белорусское общественное объединение медицинских сестер (БелООМС) – некоммерческая организация, добровольное сообщество специалистов, имеющих среднее специальное медицинское образование и высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело», было основана в 2000 году.

БелООМС объединяет в своих рядах более 20 000 членов со всех областей республики и города Минска.

Объединение активно сотрудничает с Министерством здравоохранения, Белорусской ассоциацией врачей, Белорусским обществом Красного Креста, с коллегами в странах СНГ, в Европейском регионе ВОЗ.

С участием членов данных общественных объединений разработан ряд



информационно-методических документов, на основании которых в организациях здравоохранения разрабатываются адаптированные к условиям конкретного учреждения локальные документы, которые позволяют выработать единый подход к проведению манипуляций по определенным разделам и обеспечить преемственность их выполнения.

Для разработки направлений развития Сестринской службы в Республике Беларусь, повышения качества сестринской помощи, совершенствования организационного и научно-методического обеспечения сестринского дела приказом Министерства здравоохранения в 2008 году создан Республиканский совет по Сестринской службе Министерства здравоохранения Республики Беларусь (далее – Республиканский совет). Члены правления БелООМС входят в Республиканский Совет сестер.

Специалисты сестринского дела играют ведущую роль в формировании здорового образа жизни, гигиеническом обучении и воспитании населения, профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний.

Задача всех общественных объединений заключается в том, чтобы защищать права всех специалистов: обеспечивать им юридическую, социальную, общественную поддержку в случае нарушения прав, содействовать развитию системы непрерывного образования, поддерживать учебные программы и профессиональную деятельность.

# ВЕРНЫЕ РЕШЕНИЯ СПАСАЮТ ЖИЗНЬ

ОПЫТ СЕСТРИНСКОЙ ИНИЦИАТИВЫ  
ПО ПРОВЕДЕНИЮ ОСМОТРОВ ЖИТЕЛЕЙ СЕЛА В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ



**Татьяна Викторовна  
ШУЛЬДЕШОВА**

Главная медицинская сестра ГБУЗ ТО  
«Областная больница № 3» (город  
Тобольск)



## Здоровье сельчан под вопросом

Сельское население – оно особенное, терпеливое, непритворное, за квалифицированной помощью обращающееся, когда совсем прижмет. Потому и смерть там принимают с пониманием: значит время пришло... Но мы-то знаем, что вся эта безысходность и принятие заболевания как неизбежности рождается от элементарного невежества и непонимания, что любую болезнь, застигнутую на начальных стадиях, можно победить! Вот именно на этих наших знаниях и родилась идея реализации проекта.

Фельдшер на селе – это непререкаемый авторитет, спешащий на помощь жителям своего участка, несмотря на погодные условия и в любое время суток. У него нет выходных и праздников, отпусков и отгулов. А если копнуть поглубже, сельский фельдшер – универсален, потому что уровень его знаний разноплановый, а умения безграничны. Только в крайних случаях он возлагает надежды на помощь районных или областных врачей, но чаще всего справляется со всеми испытаниями сам. Существует расхожее мнение, что хороший сельский медик врачует не только тело, но и душу. Поэтому и значимость медицинского работника в сельском здравоохранении очень высока.

На селе фельдшерско-акушерский пункт – это не просто медицинское учреждение. Что бы ни случилось со здоровьем, сельчане идут в ФАП. Идут с надеждой, что фельдшер сможет решить все накопившиеся проблемы со здоровьем, исцелить боль. А что же делать людям, живущим на отдаленных территориях, где нет вот такого «ангела-спасителя»?

По статистике, сельчане в 1,5–2 раза реже городских жителей посещают амбулаторные учреждения, а госпитализируются лишь в крайних случаях, и то чаще всего при неотложных состояниях. От плановой госпитализации они, как правило, отказываются, ссылаясь на трудности бытового характера: уход за маленькими детьми, наличие подворья, сезон сельскохозяйственных работ. Да и, честно сказать, – некогда людям в деревне болеть, там то сено поспело и дождь может все испортить, то картошку пришла пора убирать!

На сегодняшний день на территории Вагайского района имеется 38 фельдшерско-акушерских пунктов, из них 9 не имеют медицинского работника.

Не хотят сегодня молодые кадры приходить на смену специалистам, отработавшим на своих ФАП более 40,

а то и 50 лет. Отсутствие современной комфортной жизни в деревне, отсутствие банального интернета отпугивает молодое поколение от проживания и работы в сельской местности. Конечно, это далеко не все, – многие испытывают объяснимое чувство страха ответственности за здоровье населения целого села, которая ложится на плечи сельского медика.

А что же делать жителю деревни?

На территории Вагайского района эту проблему мы решили путем совместительства работника соседнего ФАП. Но, к сожалению, хорошие результаты такая работа дает не всегда. Ведь всплывает масса проблем:

- недостаточное количество времени для качественной работы;
- отдаленность;
- нагрузка по основному месту работы;
- неотложная помощь, а также транспортировка в районный центр, как следствие, отсутствие четкого графика работы;
- отсутствие контроля за выездами;
- низкая мотивация сотрудника.

Работа на такой территории сводится только к лечению и оказанию неотложной медицинской помощи, в то время как в приоритете должна стоять профилактическая работа.



Важнейшим направлением в профилактической работе первичного звена должно быть активное функционирование кабинета раннего выявления заболеваний (КРВЗ). При проведении анализа работы по обследованию населения отдаленных территорий в КРВЗ был выявлен факт крайне низкого процента обследования либо проведение некачественного осмотра. Все это заставило нас задуматься о том, что работу в данном направлении необходимо менять коренным образом. Поэтому и было принято решение по реализации проекта «Увеличение доступности и качества обследования в кабинетах раннего выявления заболеваний Вагайского района на отдаленных территориях». Проект стартовал 18 июля 2022 года.

### **«С заботой о каждом», или как мы претворяли проект в жизнь**

Специалисты Областной больницы № 9 села Вагай выбрали для своего проекта благородную миссию. Но как ее реализовать, особенно в свете имеющихся рисков: низкий охват населения профилактическими осмотрами, рост онкологических заболеваний и их выявление на поздних стадиях?

Проектом были поставлены следующие цели:

1. Увеличить охват населения профилактическими осмотрами (не менее 95 % населения).

2. Повысить выявляемость на ранней стадии онкологической патологии (не менее 65 % на 1–2 стадии).

Взрослое население Вагайского района составляет 14 692 человек,



из них 4756 проживают на удаленной территории. До начала проекта за 7 месяцев было осмотрено в КРВЗ – 1760 человек, прошли диспансеризацию 624 человека, профилактические осмотры проведены 206 жителям. Для достижения поставленных целей мы определили следующие задачи проекта:

- первый этап диспансеризации должны пройти 1586 человек;
- профилактические осмотры – 1585 человек;
- осмотры в КРВЗ – 4756 человек.

На собрании рабочей группы было принято решение задействовать передвижной мобильный комплекс, имеющийся на балансе учреждения.

Важным этапом в реализации проекта стала разработка и утверждение графика выездной работы. Главе сельского поселения заблаговременно сообщалась дата выезда специалистов на территорию. Посредством общения в мессенджерах «Вайбер» и «Ватсап» администрация сел информировала население своих населенных пунктов, активно приглашая людей и, соответственно, обеспечивая посещаемость. Мы, со своей стороны, размещали график выездов в социальных сетях.

Наладив тесный контакт с социальной службой района, мы убили двух зайцев. Социальные работники не только охотно «включились» в благое дело, они и помогли организовать подвоз пациентов, проживающих на краю села или с близлежащих деревень.

В рамках проекта была создана мобильная бригада, в состав которой вошли фельдшер отделения профилактики, работник КРВЗ, медицинская се-

стра, врач терапевт при необходимости. За каждым работником был закреплен свой спектр обязанностей, но при этом все были взаимозаменяемы.

Медицинская сестра была включена в состав бригады не только для взятия крови, снятия ЭКГ или проведения вакцинации. Основное ее предназначение мы видели в другом. В этом нам очень помог опыт реализации проекта «Гипертония СТОП». Именно по этому пути и решено было идти. Мы знали, что людям необходимо «живое» общение, благодаря которому со временем нам удастся увидеть плоды своего труда.

В начале нашей работы я самостоятельно выезжала вместе с бригадой. Мне было необходимо самой посмотреть, как обстоят дела с профилактической работой, которая для нас приоритетна. Нам было важно собрать население и рассказать жителям сел о том, для чего организован кабинет по раннему выявлению заболеваний, в чем заключается важность раннего выявления онкологических заболеваний. Рас-



сказывая истории о том, как изменяются жизни людей, столкнувшихся с такой бедой, мы не просто привлекали их внимание, мы настораживали. Мы показывали жителям села возможности современной медицинской помощи, объясняли, как важно просто довериться медицинским работникам.

Возможно, люди после пандемии устали от «оков» ковида, а может быть сказывался информационный голод, но на каждом выезде бригаду ждал аншлаги. Для организации процесса жителей заблаговременно предупреждали о дате и времени, чтобы всем участникам процесса было удобно. Встречи проводили на территории домов культуры, имеющих в каждом поселении. Пока специалисты готовили медицинский «Камаз» к работе, мы с упоением проводили беседы.

Каждый раз, когда мне выпадает возможность сменить профиль работы с административного на лечебно-диагностический, я испытываю непередаваемые эмоции. Почувствовав азарт в горящих глазах пациентов, их заинтересованность и настороженность, видишь и понимаешь, что мы с ними на одной волне. Только непосредственное общение с пациентами дало нам возможность достучаться до них и донести тот факт, что выявление онкологического заболевания на ранней стадии дает шанс на выздоровление. Многочисленные вопросы, а также интерес к самообследованию нас очень порадовали. Но еще больше мы были удивлены тем, что после такой беседы ни один человек не отказался пройти осмотр в КРВЗ, включая пальцевое исследование прямой кишки.

Для себя мы отметили, что когда работники КРВЗ сетуют на отказ пациентов от прохождения обследования, становится ясно, что есть проблемы в организации процесса. Например, отсутствует понимание, что в момент осмотра вы не «друзья», не «родственники» или «соседи», а медицинский работник, который может спасти чью-то жизнь. Важно достичь полного осознания проблемы и убежденности в необ-

ходимости качественного осмотра не только у пациента, но и самого медицинского работника.

Мы убедились, что включение терапевта в состав бригады для проведения осмотра на дому маломобильных, паллиативных пациентов и пациентов, декомпенсированных по основному заболеванию, это правильное решение. Доктор совместно с медицинской сестрой точно проезжали по адресам. Результатом этой ра-



**«Надеюсь, что наш энтузиазм не остынет, но и заразит других. Ведь эта работа кропотливая, трудная, но при этом важная и необходимая!»**

бота стало внесение в регистр паллиативных пациентов 112 человек, нуждающихся в наблюдении и оказании помощи. 8 человек по экстренным показаниям были госпитализированы в отделение сестринского ухода. Все пациенты на дому также были осмотрены в рамках обследования кабинетов раннего выявления заболеваний. Были взяты анализы для диспансеризации и профилактических осмотров.

### Результаты проекта и путь вперед

За период реализации проекта нам удалось достичь неплохих результатов:

- 962 человека были охвачены первым этапом диспансеризации (по этому показателю мы вышли на 100% выполнение плана);
- 1213 человек были охвачены профилактическими осмотрами (с учетом лиц, прошедших осмотры до начала проекта, мы вышли на уровень 89% охвата населения профосмотрами от плановых показателей);
- 2275 человек были осмотрены в КРВЗ (с учетом тех, кто прошел осмо-

тры в КРВЗ до проекта, итоговый показатель достиг 84,8% от годового плана осмотров по данным территориям).

В результате осмотров:

- у 17 женщин выявлены патологии щитовидной железы – 2, молочной железы – 3, кожных покровов – 3, половых органов – 4, прямой кишки – 5;
- у 7 мужчин выявлены патологии кожных покровов – 2, прямой кишки – 3, предстательной железы – 2.

В том числе, у одного мужчины мы выявили онкологическое заболевание на 2-й стадии, у двух женщин – на 1-й стадии. Все данные были внесены в регистр пациентов с предраковыми заболеваниями, который создан в лечебном учреждении специально для отслеживания своевременности дообследования пациентов.

Пусть мы пока не достигли целевых показателей (95% охват профосмотрами и 100% охват осмотрами в КРВЗ) по выявлению онкологических заболеваний на 1-й и 2-й стадиях, но мы видим положительные результаты нашей работы и не планируем останавливаться!

Мы предложили руководителю учреждения передать работу мобильного комплекса под контроль сестринского персонала. И это решение было правильным, – медицинские сестры глубоко вникли в проблемы, мешающие достичь его высокой посещаемости населением. У руководителей очень много задач и проблем, и им важен конечный результат. Поэтому мы ощущаем большую гордость за медицинских сестер, которые успешно справились с поставленными задачами, нашли верные решения и достигли неплохих результатов.

Лучшей оценкой нашей работы стала благодарность сельчан, удовлетворенных не только хорошим отношением, но и продуманной и профессиональной заботой об их здоровье. Особенно тронул и вдохновил тот факт, что профессиональную оценку нашей работе дали эксперты премии «Оргздрав. Лидеры отрасли», где наш проект стал победителем в номинации «Стратегические решения по охране здоровья населения».



# ПЕРВИЧНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: НАШЕ ВРЕМЯ, НАШИ ВОЗМОЖНОСТИ

В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ СОСТОЯЛСЯ ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС



■ **Наталья Владимировна  
СЕРЕБРЕННИКОВА**

к.п.н., директор по международным  
связям РАМС

Э тот год в глобальном измерении стал годом первичного здравоохранения – 25-летие Алма-Атинской Декларации в поддержку ПМСП и 5-летие Астанинской Декларации министры здравоохранения всего мира отметили, встретившись в Казахстане. А специалисты сестринского дела нашей страны отметили важные даты обменом опытом и прорывными идеями на Петербургской площадке. Вклад в насыщенную дискуссию внесли и наши коллеги из Казахстана, Кыргызстана и Республики Беларусь. Медицинским сестрам в развитии своей практики отставать нельзя – именно сейчас пришло наше время!

## Что же это за время такое и что его сделало «нашим»?

Времена у нас как всегда сложные; бывают ли «простые» и «легкие» вре-

мена, науке пока не известно. По крайней мере мы таких не припомним. Зато мы отлично осведомлены о текущем состоянии дел в ПМСП, о ресурсах сестринского дела, о потребностях пациентов и самого высокого уровня государственных задачах. На наш взгляд, они теснейшим образом связаны.

Главная задача государства – сбережение народа. А «сила народная» – это продолжительность активной жизни населения, когда человек счастлив, благополучен и вносит свой вклад в экономику. Решение этой задачи зависит от многих факторов, но роль системы здравоохранения бесспорна. Еще 45 лет назад страны согласились с тем, что вопросы здоровья страны решаются не в стационарах, а в первичном звене, с тем, что ресурсы здравоохранения должны быть переориентированы с лечения на профилактику. А профилактика – это медицинские сестры, которым именно сейчас пора предоставить гораздо больше возможностей, полномочий и поддержки для того, чтобы с этой задачей справиться! Тому, как меняются взгляды на специалиста сестринского дела, организацию работы в ПМСП и был посвящен состоявшийся конгресс.

Опыт больших преобразований поделилась Абзалова Роза Абзаловна, председатель Национальной ассоциации Primary Health Care Республики Казахстан. В Казахстане в решении про-

блем первичного звена ставка была сделана на сестринский персонал в составе мультидисциплинарной бригады.

За каждым участком, где порядка 1700 жителей, а это 200–300 семей, закреплена бригада из 2–3 медсестер. Выделены ставки: акушерки – на 3000 женщин, соцработника – на 5000–10 000 населения и психолога – на 10 000 человек. Внимание к вроде бы немедицинским вопросам вызвано тем, что до 15 % семей относятся к категории социально уязвимых, имеющих риски для психического и физического здоровья, предупредить которые должна медико-социально-психологическая поддержка. Ее специалисты оказывают в форме патронажных посещений. В таких бригадах у медицинских сестер особая ответственность – обучать членов семьи здоровому образу жизни, мотивировать, получать обратную связь, контролировать процесс, чтобы дети росли здоровыми, пожилые не оставались в одиночестве, а пациенты с хроническими заболеваниями выполняли все рекомендации.

Опыт Республики Кыргызстан и Беларуси не менее интересен – в странах приняты государственные программы, регламентирующие развитие профессии, расширение самостоятельной роли специалистов, развитие высшего образования и науки. Хотя остаются и проблемы – заработная плата, не-

хватка специалистов в сельской местности.

А что в России? Многие годы мы живем с ощущением, что ситуация в профессии буксует. И действительно, данные статистики тревожны – специалистов в ПМСП все меньше. Как отметила Яна Сергеевна Габоян, главный внештатный специалист по УСД, за предыдущие пять лет численность среднего медицинского персонала первичного звена сократилась более чем на 20 000 человек, фельдшеров ФАП стало меньше на 3000. Даже в масштабах нашей страны это серьезные потери – каждый из этих специалистов незаменим на своем ФАПе. Но усилия государства, а это и расширение действия программ «Земский врач», «Земский фельдшер», и серьезные инвестиции в инфраструктуру, и дополнительные выплаты медицинским работникам первичного звена, и все более яркая проектная работа на уровне регионов привели к росту и опережению целевых показателей, по которым можно оценивать работу. С 35,6 до 46,3% вырос охват населения профосмотрами или диспансеризацией, 5,56 посещения ФАП сельским жителем вместо намеченных 3,44 за год показали отчетные данные.

И, что самое значимое для профессионального сообщества, начался процесс передачи полномочий от врача медицинской сестре, от медицинской сестры техническому персоналу. Передаваемые медицинской сестре функции, как отметил начальник отдела организации ПМСП Минздрава России Павел Щеголев, – это, в первую очередь, доврачебный прием, патронаж пациентов на дому, выполнение предварительных исследований (АД, масса тела, уровень глюкозы и т.п.), консультирование по назначенному врачом лечению, обучение и профилактика, работа с маломобильными пациентами, проведение профосмотров и диспансеризации, ведение школ пациента. Особое внимание диспансеризации и профосмотрам уделяется с целью раннего выявления онкологических заболеваний. Если, а мы приложим к этому все свои силы, все пойдет по плану, то к 2030 году наша страна выйдет на существенный рост продолжительности жизни – до 78 лет.

Поддержать сельское здравоохранение призваны и развитие телемеди-

цины, и внедрение новых форм организации. Минздрав ищет и находит решения наболевших вопросов нехватки кадров. Да, решения «не от хорошей жизни», но ведь они работают, эффективны, а значит имеют полное право на то, чтобы в их тиражирование инвестировать дополнительные ресурсы. На одном из таких решений подробнее остановился Анатолий Владимирович Володин, главный внештатный специалист по УСД Оренбургской области, директор Оренбургского медицинского колледжа.

В регионе прошел апробацию пилотный проект по внедрению должности младшей медицинской сестры – помощника фельдшера. В колледже

**Развитие профессии уже не остановить, настал момент для отбора, стандартизации и тиражирования лучших практик сестринской помощи в масштабах страны.**

**Валентина Саркисова,  
президент РАМС**

разработали специальную программу для подготовки таких работников, чтобы они в своих населенных пунктах стали «глазами» и «руками» фельдшера ФАП, который может находиться в десятках километров от села и физически не имеет возможности качественно следить за состоянием здоровья сельчан. Итоги впечатляют!

**Наши возможности. Как их создает и использует профессиональное сообщество**

Более 30 лет в России действует, развиваясь и углубляя понимание роли сестринского персонала, Ассоциация медицинских сестер России. 730 специалистов первичного звена и молодых специалистов собрались в Санкт-Петербурге в не самые простые времена – разве не достижение? Каждую делегацию тщательно отбирали и готовили в регионах, распределяли роли – кто чем поделится, кто где послушает и запишет, чтобы передать другим... Такая невероятная «плотность» программы, внимание к каждой минуте, пробежки участников в спринтерской





скорости между конгресс-залами от секции к секции, потому что надо успеть услышать и здесь, и там, – все это говорит само за себя. Было невероятно интересно – спасибо каждому докладчику. Ассоциация поощряет обмен опытом и лучшими практиками и способствует тому, чтобы они рождались повсеместно.

Валентина Антоновна Саркисова, президент РАМС, рассказала о том, как работает ассоциация, как в логике этой работы Ассоциация реализует идеологию современного сестринского дела и идет к цели высокого статуса, высокой роли, достойного внимания и признания профессии, решения актуальных проблем. Ведь и о них мы говорим на крупнейшем в стране конгрессе. Те вопросы, которые озвучиваются профессионалами – направления для работы РАМС. Давайте зафиксируем, – на пленарном совещании руководитель специализированной секции «Лечебное дело – ФАПы» Любовь Федоровна Цыгановкина подчеркнула: *«Очень хорошо, что реализуется проект “Помощник фельдшера”. Мы надеемся, что в будущем у нас появится возможность реализовать следующий пилотный проект – “Медсестра ФАП”. Сегодня у фельдшера ограничены возможности по профилактике, обучению пациентов, уходу за паллиативными больными. Если мы хотим сделать эту помощь более доступной, нам нужны дополнительные профессионалы».* Для Ассоциации – это повод к серьезной работе и взаимодействию с Минздравом, чтобы через несколько лет такой проект появился.

В успех мы верим, ведь сегодня РАМС – это более 250 образовательных мероприятий ежегодно, более 40 выездных школ, крупнейшие тиражи полезных материалов, всероссийские акции в поддержку профессии, творческие и профессиональные конкурсы, а также целенаправленные проекты.

Конгресс подвел итоги проекта «Лидерство в сестринском деле», начало которому было положено еще в феврале 2021 года, в самый разгар пандемии. Ни РАМС, ни участники тогда не представляли, к чему приведет совместная работа.

А привела она к 29 уже завершенным или еще реализуемым проектам.

Специалистам удалось сократить время выезда бригад неотложной помощи, сроки выдачи результатов анализов, наладить работу процедурного кабинета поликлиники, повысить процент детей, прошедших вакцинацию, распространить цифровые программы и сократить затраты времени на проведение медосмотров.

Были созданы и развиваются школы и целые программы в поддержку пациентов, перенесших инсульт, и пациентов с деменцией, в поддержку молодых мам и семей с тяжелообольными детьми, проекты привлечения доноров крови и костного мозга, обучения мобилизованных навыкам оказания первой помощи.

Открывается новое направление реабилитации для детей с диагнозом Spina Bifida, сестры-анестезисты взяли под свой контроль уход за пациентами на аппарате ЭКМО, получилось передать важные клинические полномочия акушеркам, провести ревизию и разработать паспорт участка, внедрить проект диспансеризации на селе...

Специалисты взялись и за развитие общественного движения – работу с ключевыми членами, молодежью, нацелились на продвижение ЗОЖ среди медицинских сестер, продвижение современных знаний и интереса к профессии и разным ее направлениям, обучение работе с порт-системами, а также развитие эмоционального интеллекта, наставничество и подготовку резерва старших медицинских сестер. Лидеры поддержали развитие региональных ассоциаций, разработку соглашений с Теркомами Профсоюза, создание молодежных советов...

### Молодым – везде у нас дорога!

Руководствуясь этим девизом, оттолкнувшись от опыта 2018 года, когда Ассоциация провела Первый Молодежный форум, воодушевившись отличным опытом Московской ассоциации (РООМС), региональные организации включились в работу с молодежью. С одной стороны, жизнь заставила, ведь далеко не всегда выпускники колледжей пополняют ряды практикующих специалистов в полном составе, с другой стороны, стало так интересно, что аж дух захватывает.

# ПЕРВЫЕ ШАГИ

В АССОЦИАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР  
РОССИИ СОЗДАН МОЛОДЕЖНЫЙ СОВЕТ



**Дмитрий Алексеевич ГЕВОРГЯН**

Рентгенлаборант, ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница», председатель Молодежного совета ПАМС

Общественная работа объединяет людей разных возрастов, культур, расширяя кругозор и углубляя понимание многогранности медицинского сообщества. Это обогащает опыт, дает возможность воплощать свои идеи в реальные действия, оставить след в истории общества. Это чувство принадлежности к чему-то важному, где вклад каждого имеет значение.

С самого начала профессионального пути, окончив Кинешемский медицинский колледж в 2022 году и решив посвятить свою жизнь медицине, я знал, что не останусь на достигнутом, и продолжу совершенствовать себя и профессию.

Весной 2023 года Ивановская общественная организация по защите прав и интересов специалистов со средним медицинским образованием создала новую структуру – Молодежный совет. Конечно, молодые специалисты Ивановской области, зараженные общей идеей развития медицинского сообщества, с интересом включились в работу. Итогом совместных трудов при поддержке старших коллег в регионе стал I Молодежный слет специалистов со средним медицинским образованием Ивановской области «Территория молодости».

Одновременно стало известно, что Молодежный совет создается и на уровне Ассоциации медицинских сестер России. Воодушевившись идеей, коллеги выдвинули мою кандидатуру в качестве председателя Молодежного совета ПАМС.

И вот уже в октябре 2023 года мы встретились с коллегами из разных регионов на Всероссийском конгрессе с международным участием «Первичное здравоохранение: Наше время, наши возможности». В ходе Конгресса молодые специалисты регионов России представили свои доклады, познакомили участников с достижениями в области сестринского дела, представили региональные Молодежные советы.

Знаковым событием Конгресса стало организационное заседание кандидатов в Молодежный совет ПАМС, рассмотрение положения о Молодежном совете и его состава, выборы руководителя и заместителей. Опытные члены Правления ПАМС поприветствовали молодых коллег и пожелали плодотворной работы и успеха.



## СОСТАВ МОЛОДЕЖНОГО СОВЕТА

**Председатель совета:** Дмитрий Геворгян, Ивановская область

**Заместители председателя:**

- Ксения Карпова, Ленинградская область
- Татьяна Алексеева, Республика Чувашия

**Члены совета:**

1. Алексей Коноплев, Астраханская область
2. Алина Приходько, Брянская область
3. Екатерина Борисова, Владимирская область
4. Нелли Микляева, Воронежская область
5. Дарья Гризодуб, Донецкая Народная Республика
6. Максим Сохин, Кемеровская область
7. Татьяна Безносюк, Москва
8. Татьяна Носенко, Омская область
9. Мариам Погосян, Республика Карелия
10. Елена Фёдорова, Севастополь
11. Ольга Абаза, Челябинская область

Молодежный  
совет ПАМС  
«ВКонтакте»:



В ходе встречи нам удалось доработать и согласовать Положение о Молодежном совете ПАМС, утвердить структуру Совета, распределить обязанности и роли его участников, определить стратегию развития, мероприятия, в которых Совет примет участие. Ближайшее событие – это акции, посвященные Всемирному дню борьбы со СПИДом. А еще у Совета появится своя эмблема, ее идею мы также успели обсудить на состоявшемся заседании.

Разъехавшись по своим регионам, члены Совета уже провели несколько встреч: внесли свои предложения в план работы на 2024 год, определили значимые мероприятия и формат участия в них Молодежного совета.

От лица членов еще раз хочу поблагодарить старших коллег, Ассоциацию медицинских сестер России за оказанное доверие, создание Молодежного совета, возможность участия во Всероссийском конгрессе. Ведь большинство специалистов побывали на таком грандиозном мероприятии впервые и, увидев размах и содержательность крупнейшего ежегодного мероприятия для специалистов сестринского дела, были поражены силой знаний и мощью нашего общественного движения.

Уверен, что создание в составе ПАМС такой нужной структуры, как Молодежный совет, еще раз подчеркнет значимость нашей профессии и поспособствует развитию каждого специалиста, заинтересованного в совершенствовании своих знаний и умений.



Помогала «перехватить дыхание» и подготовить молодежные советы к участию в конгрессе и учредительном собрании Молодежного совета РАМС президент Омской профессиональной ассоциации, вице-президент РАМС Татьяна Александровна Зорина. Яркие приветствия подготовили советы молодых и смелых из Москвы, Брянска, Ленинградской области, Астрахани, Якутии и Омска, показав, что для них сестринское дело – это профессия с традициями, безусловными моральными ценностями, бесконечными научными открытиями, уверенными профессиональными навыками, это путь настоящего призвания.

Молодежь участников конгресса не только поприветствовала. Фактически весь второй день стал молодежным форумом. На какую бы секцию не заглянул пытливым делегат конгресса – у микрофона молодые! И такие уверенные, мотивированные, задорные! Готовые перевернуть весь мир. И все им интересно, – как работать, чтобы не выгореть, как учиться, чтобы освоить востребованное, как идти по жизни в своей профессии, чтобы приносить людям максимум пользы. А сколько ценных предложений озвучили специалисты о том, какими бы им хотелось видеть образование и практику, организацию наставничества и карьерный рост.

И эти предложения не пропадут даром! Ведь в рамках конгресса состоялось организационное собрание, на котором впервые в истории Ассоциации был создан Молодежный совет. Его члены уже сейчас готовят свои первые мероприятия, планируют работу в следующем году, представляют свои предложения «взрослому» правлению РАМС, находясь на связи с Татьяной Александровной Зориной.

### **Вперед, к победам!**

Конгресс победы – так без малейшей тени сомнений можно охарактеризовать прошедшее мероприятие.

**Победы были зафиксированы в индивидуальных гонках** – 130 спикеров, каждый из которых волновался, победил себя, массу обстоятельств и отлично выступил.

**Победы были командные** – мы уже говорили о Молодежных советах ре-

гионов, создании совета РАМС, а ведь прошли и выборы его членов и руководителей!

**Победы были совместные** – 20 региональных команд, нацеленных на победу, схлестнулись в битве Медицинского квиза. «Люди в белом» из Астрахани, «Руки на пульсе» из Владимира, «Капли в мозг» из Тюмени, «Мозгва» – понятное дело, из Москвы! А еще «Зыряночки», «Премудрые Василиски», «Девчата» из Воронежа и с Донбасса, команды «А» и «47», «Горящие сердца» и «Сердца северные», «Антрацит» и «Молодая гвардия», «Октет», «Импульс», «Регион 14», «Лидеры перемен», «Здоровья желаем» и «Северное сияние чистого разума» – все интересные, яркие, знающие, достойные. Всем залом волновались, отвечая на каверзные вопросы, подготовить которые очень постаралась президент Ассоциации Республики Карелия Татьяна Валентиновна Вирки, а победа досталась «Зыряночкам» – сборной команде Республики Коми и Тамбовской области!

**Победы были творческие!** Сердцебиение достигало критических отметок при подведении итогов Всероссийского конкурса видеосюжетов о работе специалистов первичного звена «Медицинские сестры всегда рядом. Профессия во благо здоровья».

В совокупности на конкурс было представлено 47 видеосюжетов. Особенно отличились несколько регионов: 6 видеосюжетов подготовили во Владимирской области, 4 – в Ленинградской, 5 – в Кемеровской, 5 – в Республике Марий Эл и 18 – в Тюменской области! Более 48 000 сердечек и более 27 000 голосов отдали специалисты за представленные работы.

А победителем конкурса зрительских симпатий стал сюжет о работе Светланы Саренковой, заведующей фельдшерским пунктом – фельдшером Дачно-Троицкого ФП ГАУЗ «Яйская районная больница» Кемеровской области.

Не сможем мы обойти вниманием и те сюжеты, что победили по версии профессионального жюри:

**3 место** занял сюжет из Республики Марий Эл о работе Евгении Абдулиной, старшей медицинской сестры педиатрического отделения детской поликлиники Йошкар-Олинской детской городской больницы им. Л.И. Соколовой;

**2 место** жюри отдали сюжету Курбалиевой Аминат Замировны, участковой медицинской сестры Городской поликлиники № 17 г. Тюмени;

**1 место** и взрыв аплодисментов достались видеосюжету о работе двух фельдшеров, заведующих ФАП в Смоленской области – Надежды Андреевой и Владислава Селиверстова, подготовленному Жердецким Андреем Сергеевичем, президентом Смоленской ассоциации.

Цветы, дипломы, ценные подарки, фотографии на память и незабываемые эмоции подарил нам этот конкурс, с его потрясающими сюжетами, которые не оставили равнодушными ни зрителей, ни профессионалов документали-

стики. Финалистами стали работы, представленные ассоциациями из Республики Саха (Якутия), Владимирской, Вологодской, Ленинградской, Кемеровской, Кировской областей и Республики Марий Эл. Внепланово два сюжета – из Тюменской области и Марий Эл – были отмечены благодарностью Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи.

**И, наконец, победы были профессиональные!** Торжественно и с волнением зал приветствовал коллег, награжденных знаком «За верность профессии» и медалью «Гордость Ассоциации». Многие годы упорного труда, поддержки коллег, невероятной личной ответственности за результат

стоят за каждым награждением, и не только! Как родную сестру, дочь, любимую подругу зал приветствовал Катю Целуйко, совсем молоденькую, но мужественную медицинскую сестру военно-полевого госпиталя в зоне СВО, впитавшую с генами волю к победе и удостоенную награды «Гордость Ассоциации».

Ассоциация гордится успехами участников состоявшегося конгресса, успехами тысяч специалистов, которые сегодня трудятся для того, чтобы завтра медицинская помощь была более качественной и более доступной. И нет никаких сомнений в том, что устремления каждого помогут нам вместе достичь побед на всех фронтах!

## СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ – ОСНОВА ПРОЦВЕТЕНИЯ

### ОПЫТ РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИИ В РЕСПУБЛИКЕ КЫРГЫЗСТАН



**■ Айзат Кубанычбековна АСАНОВА**  
Председатель Ассоциации специалистов сестринского дела Республики Кыргызстан

#### Стратегические направления развития сестринского дела в Республике Кыргызстан

Профессия медицинской сестры занимает центральное место в дискуссиях по укреплению систем здравоохранения во всем мире. Республика Кыргызстан предпринимает активные действия для того, чтобы специалисты в стране получили должную подготовку и могли реализовать свой потенциал на практике.

Для начала немного статистики. Общая численность населения Кыргызстана составляет 7 000 037 человек.



По данным Центра электронного здравоохранения Кыргызской Республики за 2021 год, специалисты здравоохранения представлены 12 905 врачами и 33 212 специалистами СД, из них:

- медицинские сестры – 74,9%;
- акушерки – 7,43%;
- фельдшеры – 5,6%;
- другие работники – 12,1%.

Здравоохранение Республики Кыргызстан отличается достаточно высоким уровнем укомплектованности специа-

листами со средним медицинским образованием. Процент укомплектованности в первичном звене здравоохранения составляет 96,5%, на уровне стационаров – 95,3%. В сельских и отдаленных регионах отмечается переизбыток специалистов со средним медицинским образованием.

В национальной программе Правительства КР по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019–2030 годы «Здоровый



человек – процветающая страна» сразу два раздела посвящены сестринскому делу:

1. Реформирование сестринского образования;
2. Расширение функций медицинских сестер.

Решение этих вопросов, на наш взгляд, позволит профессии развиваться необходимыми темпами в соответствии с потребностями населения.

### Реформирование сестринского образования

Если говорить о проблемных вопросах профессионального образования, то наиболее актуальными из них в Республике являются следующие:

- в государственных образовательных стандартах (далее – ГОС) не предусмотрено прохождение всех видов практики с целью развития практических навыков. Анализ действующего ГОС выявил: количество кредитов, предусмотренных на прохождение студентами практики, недостаточно для приобретения и закрепления практических навыков, и составляет 13,4% от всего количества кредитов;
- ГОС не соответствуют реформам в системе здравоохранения и требованиям практического здравоохранения;
- у практикующих специалистов сестринского дела со средним профессиональным образованием возможность получения высшего сестринского образования ограничена, обучение для таких специалистов доступно только на платной основе. Но высшее образование необходимо для их карьерного роста, выполнения управленческих функций;

- слабая востребованность специалистов с высшим сестринским образованием;

- недостаточная педагогическая и методическая подготовка преподавателей образовательных организаций по вопросам применения компетентного подхода и новых технологий обучения. 94,5% преподавателей-врачей преподают клинические дисциплины по сестринскому делу без соответствующей подготовки по специальности 060109 «Сестринское дело», и это создает определенные сложности при реформировании сестринского дела и внедрении качественных преобразований в систему подготовки медицинских сестер. Для проведения занятий привлекаются только 3,2% преподавателей с высшим сестринским образованием и 2,3% – со средним медицинским.

### Расширение функций сестринского персонала

Развитие медицинской помощи в первичном звене здравоохранения в Республике Кыргызстан идет по пути семейной практики. На уровне ПМСП медицинская сестра играет лидирующую роль по достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения. Чтобы уйти от теоретического рассмотрения вопроса, приведем пример, который расскажет о работе медицинской сестры ПМСП.

Героиня нашей публикации – семейная медицинская сестра Элита Алиаскарова. За ее плечами 20 лет практики, обучение в медицинском колледже и специализация по семейной медицине.

Элита Алиаскарова выполняет внушительный объем профессиональных задач, но она не только высококвалифицированный специалист, но также заботливая супруга и мама троих замечательных детей, которая успевает в свободное время петь и танцевать.

Но вернемся к профессиональной деятельности. Элита Алиаскарова работает единственной семейной медицинской сестрой в ФАПе в селе ГЭС-3 Аламудунского района, где приписанное население составляет 1300–1500 человек.

Как строится работа семейной медицинской сестры:

- Медицинская сестра самостоятельно планирует и организует собственную профессиональную деятельность.
- Выявляет демографическую и медико-социальную структуру населения.
- Проводит сестринский скрининг населения по факторам риска и раннему выявлению неинфекционных заболеваний в соответствии с действующими руководствами.
- При выявлении отклонений направляет на консультацию к семейному врачу.
- Оказывает сестринскую помощь в соответствии с этапами сестринского процесса.
- Ведет всю медицинскую документацию пациентов.
- Планирует и проводит сестринские приемы и посещает пациентов и семьи на дому, по необходимости проводит на дому медицинские вмешательства и манипуляции.
- Во время приема пациентов и посещений на дому проводит опрос, фи-

зикальный осмотр пациента, измеряет параметры здоровья в соответствии с целью обращения, оценивает степень рисков здоровью, включая социальные, в том числе риски жестокого обращения и домашнего насилия в семье. Назначает и анализирует лабораторные и инструментальные исследования пациенту, в рамках своей компетенции и в соответствии с действующими клиническими протоколами. Оценивает состояние пациента, дает рекомендации пациенту и при необходимости планирует повторный прием, в рамках своей компетенции.

– Анализирует результаты лабораторных и инструментальных исследований, выполненных пациенту, в рамках своей компетенции. Передает семейному врачу информацию о состоянии пациента и, при необходимости, направляет на прием к семейному врачу.

– Проводит вакцинацию населения по действующему календарю прививок. Ведет наблюдение детей до 5 лет с наиболее распространенными заболеваниями.

– Консультирует и обучает пациентов/семьи по профилактике заболеваний.

Семейные медицинские сестры в Кыргызстане на вес золота! При целевом показателе в 7000 специалистов, на данный момент трудятся 4256 таких медсестер.

### **Объединение юридических лиц «Ассоциация специалистов сестринского дела»**

С обретением независимости Кыргызской Республикой в областях стали создаваться сестринские ассоциации. Одной из первых стала Ассоциация медицинских сестер Ошской области, следом появилась ассоциация Жалал-Абадской области. По итогам III съезда специалистов сестринского и акушерского дела, который состоялся 7 декабря 2010 года, в соответствии с Программой развития сестринского дела КР на 2012–2016 годы, утвержденной приказом МЗ КР № 61 от 9 февраля 2012 года, а также по инициативе медицинских сестер в 2012 году было создано ОЮЛ «Ассоциация специалистов сестринского дела КР». 6 апреля 2012 года организация была зарегистрирована в Ми-

нистерстве юстиции. Ассоциация получила признание как национальная организация, представляющая и защищающая интересы специалистов сестринского дела Кыргызской Республики. ОЮЛ АССД КР является некоммерческой организацией.

С момента своего создания ОЮЛ АССД КР определила свою цель как «защиту законных интересов и прав медицинских сестер и акушерок со средним и высшим образованием, повышение качества и доступности медицинской помощи, наращивание потенциала медицинских сестер и акушерок, повышение культуры здравоохранения...».

В настоящее время для достижения своих уставных целей и задач Ассоциация активно участвует в реформах сестринского и акушерского дела, профессионального образования, в разработке стандартов обучения и практической деятельности медицинских сестер и акушерок; участвует в образовательном процессе и непрерывном профессиональном развитии специалистов, в процессе независимой оценки компетенций медицинских работников, а также проводит ряд образовательных мероприятий для развития сестринского и акушерского дела.

Ассоциация имеет широкий численный состав, который представлен медицинским и акушерским персоналом государственных организаций здравоохранения всех уровней и всех областей страны.

В целях эффективной реализации миссии и видения, а также усиления своей роли в развитии сестринского и акушерского дела в КР в 2023 году ОЮЛ АССД КР внесла изменения в свою организационную структуру.

ОЮЛ АССД КР пользуется популярностью среди специалистов сестринского и акушерского дела, призванных на республиканском уровне способствовать повышению качества услуг в организациях здравоохранения Кыргызской Республики, продвигать интересы медицинских сестер и акушерок, повышать их авторитет и потенциал.

По состоянию на январь 2023 года ОЮЛ АССД КР представлена 16 общественными объединениями и территориально охватывает весь Кыргызстан, что дает информацию о потребностях и проблемах, с которыми сталкиваются

специалисты сестринского и акушерского дела на региональном уровне.

Кроме того, Ассоциация специалистов сестринского дела:

– Принимает активное участие в разработке клинических руководств по сестринскому делу на основе сестринского процесса, стандартов сестринского и акушерского дела, организует и проводит аттестацию всех специалистов со средним медицинским образованием.

– Эффективно сотрудничает с МЗ КР, партнерами по развитию здравоохранения, организациями здравоохранения, профессиональными медицинскими ассоциациями, участвует в разработке нормативных документов и программ здравоохранения.

– Развивает международное сотрудничество, взаимодействует с Ассоциацией медицинских сестер России, Всемирной организацией здравоохранения, Европейской ассоциацией студентов и начинающих медсестер, является членом Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций.

У ОЮЛ АССД КР есть постоянный председатель, который координирует усилия Ассоциации в соответствии с планом оперативной работы, а ее члены активно участвуют в деятельности Ассоциации и обеспечивают полное сотрудничество.

Приглашаем всех заинтересованных специалистов побывать на нашем сайте: [assd.med.kg](http://assd.med.kg), где

размещена основная информация об Ассоциации, ее структуре и деятельности, а также информация о ее членах. На сайте также есть информационные ресурсы как для членов, так и для всех медицинских работников ОЗ (ОЮЛ АССД КР, приказы, СОП, информация об аттестации и т.д.), что обеспечивает быстрый доступ к необходимой документации.

ОЮЛ АССД КР принимала активное участие в мероприятиях во время кризиса COVID-19, являясь ключевым партнером МЗ КР в борьбе с эпидемией, содействуя мобилизации медицинских сестер и распространению информации, новых знаний среди своих членов.



# ВНЕДРЕНИЕ ПРОЕКТА БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА В БУЗ ВО «МЕДСАНЧАСТЬ «СЕВЕРСТАЛЬ»



**Елена Валентиновна АДРИАНОВА**

Старшая медицинская сестра  
поликлиники № 1 БУЗ ВО «Медсанчасть  
«Северсталь»

Сегодня в медицинских организациях повсеместно внедряется проект «Бережливая поликлиника», основной задачей которого является оптимизация работы, сокращение времени пребывания пациента в поликлинике, разделение потоков и упрощение записи на прием к врачу. Пилотный проект «Бережливая поликлиника» был реализован в целом ряде регионов РФ, включая и Вологодскую область.

Поликлиника № 1 БУЗ ВО «Медсанчасть «Северсталь» стала одним из тех учреждений Вологодской области, где проект «Бережливая поликлиника» был запущен в работу и продолжается по сегодняшний день. Основными направлениями проекта стали обеспечение доступности, удовлетворенности и качества оказания медицинской помощи закрепленному населению. О том, каких изменений удалось достичь в нашей поликлинике, мне хотелось бы поделиться в этой статье.

Поликлиника № 1 БУЗ ВО «Медсанчасть «Северсталь» начала свою работу 10 апреля 1957 года, в 2023 году поликлинике исполнилось 66 лет.

В настоящее время в организации функционируют 17 структурных подразделений в двух корпусах. Работают два терапевтических отделения, которые включают в себя 23 цеховых врачебных участка; хирургическое отделение; офтальмологическое консультативно-диагностическое отделение; неврологическое отделение; отделе-

ние медицинской профилактики; физиотерапевтическое отделение; травматологический пункт; отделение лучевой диагностики; доврачебный кабинет; процедурные и прививочный кабинет, регистратуру. В состав подразделения входит и стоматологическая поликлиника, в которой развернуто отделение ортопедической стоматологии.

Прием ведется по 24 врачебным специальностям. Основной принцип работы поликлиники – цеховой, то есть за каждым цехом закреплен врач-терапевт.

В рамках проекта проведен ряд преобразований. С целью обеспечения планового приема врачей внедрена электронная запись. Работают современные информационные системы, закуплены инфоматы. Записаться на прием пациент может не только в поликлинике, но и в женской консультации, на фельдшерских здравпунктах. В фойе регистратуры появилась система электронной очереди, установлен терминал по формированию очереди к администраторам. У пациентов появилась возможность получить номер очереди через инфомат. Электронное табло визуализирует, какой пациент к какому окну приглашается. Приглашение сопровождается голосовым оповещением.

Электронная очередь позволила разделить потоки пациентов, сократить время ожидания обслуживания пациентов администраторами регистратуры. Обстановка стала более благоприятной и спокойной за счет упорядочения потока пациентов.

Медсанчасть «Северсталь» – первое бюджетное учреждение здравоохранения на Северо-Западе, работающее по системе «электронная очередь».

Важным показателем, способствующим повышению удовлетворенности пациента качеством оказываемой медицинской помощи, является создание комфортных условий пребывания. В нашей поликлинике уделяется большое внимание этому вопросу, а ведь



еще совсем недавно пациентов и регистраторов разделял барьер, чтобы получить нужную информацию, пациенту приходилось наклоняться к окошку регистратуры.

В декабре 2016 года после ремонта открылась регистратура в новом «открытом» формате – теперь между пациентом и администратором регистратуры нет барьера. Посетитель и администратор общаются друг с другом в открытом пространстве. Отремонтиро-

вана входная группа с пандусом для маломобильных групп населения; расширена зона ожидания с креслами для посетителей; переоборудован гардероб.

В феврале 2017 года в поликлинике **организован колл-центр**: виртуальная АТС со специальным номером. Колл-центр принимает звонки для предоставления справочной информации по всей медсанчасти, предварительной записи к специалистам, отмены талонов к специалистам.

Часть функций регистратуры по предоставлению информации возложили на **администратора зала**. С открытием регистратуры «открытого типа» в фойе появилась стойка информации, где непосредственно с пациентами работает администратор зала. Функциями «Стойки администратора зала» являются: информирование граждан о порядке работы поликлиники, запись пациентов на прием через инфоматы, распределение потоков пациентов с учетом причин обращения в поликлинику и обеспечения равномерной нагрузки врачей-специалистов.

На сегодняшний день в поликлинике существует **система навигации**. С ее вводом снизилось количество обращений со стороны посетителей по поводу разрозненной и плохо читаемой информации, высвободилось время у администратора зала на стойке информации. Единая навигационная система позволяет управлять потоками посетителей и повышает комфортность пребывания в поликлинике.

В рамках бережливого производства в медсанчасти внедрена и работает **лабораторная информационная система** «Акросс клиническая лаборатория» (ЛИС), которая интегрирована с медицинской информационной системой Медворк. Это позволило полностью автоматизировать технологический процесс лаборатории от регистрации заказов с помощью штрихкодов, до получения результатов и их отправки в Медворк. С внедрением ЛИС уменьшилось количество ошибок при регистрации биоматериалов и обработке данных, сократились сроки обмена данными и результатами анализов, у врачей появился оперативный доступ к результатам исследований, решена проблема повторного предоставления результатов анализа.

Применение лабораторной информационной системы в поликлинике позволило оптимизировать процессы, снизить расходы и повысить качество оказываемой медицинской помощи.

Мы не стоим на месте, продолжаем развиваться. Для подобных задач у нас есть внутренний проект – «Анатомия успеха» (фабрика идей). Сюда каждый может направить предложения, связанные с оптимизацией процессов, улучшением условий труда, повышением уровня сервиса. Именно так я и поступила – предложила **изменить работу процедурного кабинета** поликлиники.

Признаюсь, что это не была целиком моя идея. Читая очередной номер журнала «Вестник Ассоциации медицинских сестер России», я увидела статью коллег из Воронежской городской поликлиники № 4, где они рассказали о своей инновационной практике и методах внедрения Федерального



проекта «Бережливая поликлиника».

Проект по работе процедурного кабинета меня заинтересовал. Я дополнила его своими предложениями, актуальными для медсанчасти, направила свои идеи на рассмотрение комиссии, после этого проект по реорганизации процедурного кабинета по взятию крови был одобрен главным врачом медсанчасти и взят в реализацию.

Началось все с ремонта помещения. В этом нам помогли наши партнеры – ПАО «Северсталь». В кабинете сделали современный, соответствующий всем нормативам ремонт. В кабинете оборудованы три рабочих места медицинских сестер процедурных, которые оснащены планшетами для вызова пациентов через «Электронную очередь». Медицинские сестры осуществляют взятие крови на анализ, сидя на функциональных стульях, что позволяет снизить нагрузку в статической позе (ранее процедура выполнялась стоя с наклоном), пациенты при сдаче

анализа крови располагаются в удобных креслах, оборудованных подлокотниками под правую и левую руки.

Проект позволил решить несколько вопросов одновременно: улучшить условия труда медицинских сестер, увеличить пропускную способность кабинета, равномерно распределить нагрузку, свести на нет конфликтные ситуации в очереди ожидания – у пациентов отпала необходимость искать и запоминать крайнего и отслеживать очередь. При этом пациент может заниматься своими делами, и ожидание становится менее тягостным, устраняется вероятность выбора неправильной очереди и повторного ожидания. Проект позволил наладить логистику работы медицинских сестер, обеспечил реализацию на месте бережливых технологий.

Главное доказательство эффективности проекта – это обратная связь от пациентов, полученная путем опроса прикрепленного контингента в рамках проекта по клиентоориентированности.

**Среднее время пребывания пациента в ожидании у кабинета сократилось до 7 минут, пропускная способность процедурного кабинета увеличилась на 35 человек в смену, удовлетворенность пациентов организацией работы кабинета выросла до 90%!**

В работе медицинских сестер ликвидированы лишние перемещения внутри кабинета, что позволило высвободить часть рабочего времени и увеличило пропускную способность в пиковые часы. Теперь медицинские сестры перемещаются вдоль стола от пациента к компьютеру для регистрации анализов в медицинской информационной системе. Благодаря электронной очереди нагрузка на медицинских сестер распределена равномерно.

Весной 2023 года Департамент здравоохранения Вологодской области объявил премию для медицинских сестер Вологодской области «Признание 2023 года». Мы решили принять участие в номинации «Проект года» и заняли первое место. Получать столь высокую награду было очень приятно и волнительно.

Мы уверены, что данный опыт может быть внедрен в любой поликлинике, очевидно, что это позволит повысить качество медицинской помощи.

# «МАЛЕНЬКИЕ» ОШИБКИ С «БОЛЬШИМИ» ПОСЛЕДСТВИЯМИ



## ■ Анна Леонидовна АВДЮГИНА

Главная медицинская сестра Клиники № 1 ГБУЗ МО «Московский областной клинический противотуберкулезный диспансер», заместитель председателя секции «Сестринское дело в эндоскопии» РООМС, преподаватель дисциплины «Сестринское дело» в Медицинском колледже г. Москва, председатель аккредитационной комиссии по специальности «Операционное дело».

К сожалению, в практике сестринского персонала встречаются небольшие ошибки, недочеты, которые могут обернуться серьезными последствиями. Как организовать работу в эндоскопическом кабинете/отделении, чтобы качество медицинской помощи не страдало? Об этом и пойдет речь в нашей статье.

### Ведение медицинской, учетно-отчетной документации

При рассмотрении обозначенного круга вопросов мы будем опираться на следующие нормативные документы:

- Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 января 2021 г. № 4 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686–21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» приложение № 37;

- Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 31 мая 1996 г. № 222 «О совершенствовании службы эндоскопии в учреждениях здравоохранения Российской Федерации»;

- Приказ Минздрава России от 17 июня 2013 г. № 378н «Об утверждении правил регистрации операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, включенных в перечень лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету, в специальных журналах учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, и правил ведения и хранения специальных журналов учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения»;

- Методические указания от 25 ноября 2022 г. «МУ 3.1.3798–22. 3.1. Эпидемиология. Профилактика инфекционных болезней. Обеспечение эпидемиологической безопасности нестерильных эндоскопических вмешательств на желудочно-кишечном тракте и дыхательных путях. Методические указания».

Одной из важнейших проблем является частота ошибок, которые могут возникать в рутинной работе. Из-за большой загруженности специалисты очень часто перестают видеть ошибки, которые совершают при выполнении своих должностных обязанностей, – ведь в более чем в 90% случаев мы не видим пациентов и не можем оценить их состояние после проведенного исследования. Со временем эти ошибки становятся систематическими, а их последствия необратимыми. Звучит довольно пугающе, хотя на практике кажется, что ничего страшного нет.

Работа медицинской сестры – это, по сути, тыл врача. От работы медицинской сестры зависит качество оказания медицинской помощи и ее безопасность для пациента. Важно помнить, что ошибки на практике и нежелательные последствия для пациента – это еще и правовые последствия для врача и медицинской сестры. Поэтому призы-ваю отнестись к рассматриваемым во-

просам со всей серьезностью и начать, пожалуй, с самых простых, постепенно двигаясь к сложным, наиболее важным и уже наболевшим проблемам.

В нашем распоряжении небольшой перечень медицинской документации. И здесь важно преодолеть автоматизм заполнения, отказаться от порой неосознанного и бездумного внесения записей. Важно понять и принять, что заполнение определенных журналов – это работа с важными документами, которые мы заполняем в том числе и для «прокурора». Рассмотрим типичные ошибки.

**Журнал регистрации исследований, выполняемых в подразделении эндоскопии (отделе, отделении, кабинете).** Его ведение предусмотрено приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 31 мая 1996 г. № 222 «О совершенствовании службы эндоскопии в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» (форма 157/у-96) (рис. 1).

Очень часто журнал не соответствует утвержденной форме, нужные разделы отсутствуют и/или заменены на другие. Но официальные документы указывают нам на утвержденную форму заполнения и важность внесения именно этих данных. Многие оставляют большие пробелы между записями или вносят всего одну запись на целый лист, что ведет за собой перерасход бумажных носителей, а также возможность внести любую запись на любого пациента через какое-то время. Кажется мелочь, но все начинается именно с таких мелочей (рис. 2).

В этом журнале не просто так прописаны «Фамилия, имя, отчество» – это говорит нам о том, что нужно указывать информацию полностью, без сокращений. В первую очередь это нужно для того, чтобы не перепутать пациентов, так как очень часто у нас бывают не только однофамильцы, но и полные тезки, пациенты с созвучными инициалами.

Например, «Иванов С.С.» и «Иванов С.С.» – при сокращении это один человек, но по факту «Иванов Сергей Степанович» и «Иванов Станислав Сергеевич» разные люди.

Некоторые могут мне возразить, что дальше есть графа «год рождения», но всегда есть одно большое «НО» – это человеческий фактор. Медицинская сестра, которая отработала смену в операционной, провела предварительную очистку, тест на герметичность, окончательную очистку, азапирамовую/фенолфталеиновую пробу, дезинфекцию высокого уровня, упаковала и отправила на хранение эндоскопическое оборудование (таких исследований за день на одну медицинскую сестру могут быть десятки), провела предварительную, текущую и заключительную уборку (**огромный объем работы**), просто устала. В этом состоянии все пациенты для нее уже на одно лицо, палец может дрогнуть, соскочить с нужной строчки, а в результате – две абсолютно идентичные записи, и попробуй потом разберись с Ивановыми С.С.

**Журнал контроля стерилизации эндоскопического оборудования ручным способом и журнал контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств.** Ведение этих журналов регулируют соответственно приложение № 37 и приложение № 34 Постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 января 2021 г. № 4 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686–21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» (рис. 3, рис. 4).

Начнем с конца. Контроль обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств, как правило, никогда не заполняется в процессе обработки, все данные вносятся по окончании рабочего дня. И здесь возникает проблема, как отследить время?! Кто-то запишет поэтапно время на листочек, а кто-то и этого не делает, потому что «хорошая память», а потом примерно, «на глаз» внесет временные интервалы.

Допустим, в этом плане будет проще тем, у кого есть моечно-дезинфекционная машинка (далее –

Рис. 1.

Наименование формы	№ формы	Формат	Вид документа	Срок хранения
Журнал регистрации исследований, выполняемых в отделе, отделении, кабинете эндоскопии	157/у-96	A4	Журнал в обложке	5 лет

Рис. 2. Журнал регистрации исследований, выполняемых в отделе, отделении, кабинете эндоскопии, в обязательном порядке содержит следующие разделы:

1. Порядковый номер исследования
2. Дата исследования
3. Фамилия, имя, отчество исследуемого (пациента)
4. Год рождения
5. Домашний адрес
6. Кем направлен: учреждение, отделение, врач, № истории болезни, амбулаторной карты
7. Клинический диагноз
8. Метод исследований
9. Заключение
10. Особые отметки

Рис. 3. Журнал контроля стерилизации эндоскопического оборудования ручным способом содержит следующие обязательные разделы:

1. Дата и время
2. Наименование стерилизуемых изделий
3. Номер медицинской карты стационарного больного
4. Наименование стерилизующего средства
5. Режим стерилизации
  - 5.1. Температура раствора
  - 5.2. Концентрация раствора и результат экспресс-контроля уровня содержания ДВ в нем
  - 5.3. Экспозиция
6. Время завершения стерилизации
7. Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) и подпись оператора

Рис. 4. Журнал контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств содержит следующие обязательные графы для заполнения:

1. Дата
2. Код эндоскопа
3. Тест на герметичность
4. Окончательная очистка
  - 4.1. Наименование средства
  - 4.2. Время начала
  - 4.3. Время окончания
5. Тест на герметичность
6. Дезинфекция высокого уровня
  - 6.1. Ручной способ
    - 6.1.1. Наименование средства ДВУ
    - 6.1.2. Температура рабочего раствора
    - 6.1.3. Концентрация раствора и результат экспресс-контроля уровня содержания ДВУ в нем
    - 6.1.4. Время начала/окончания дезинфекционной выдержки
  - 6.2. Механизированный способ
    - 6.2.1. Номер МДМ
    - 6.2.2. Номер режима обработки
    - 6.2.3. Наименование средства ДВУ
    - 6.2.4. Концентрация раствора и результат экспресс контроля уровня содержания ДВУ в нем
    - 6.2.5. Время окончания цикла
7. Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) и подпись оператора

Рис. 5. Журнал учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, и правил ведения и хранения специальных журналов учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, содержит следующие обязательные графы для заполнения:

1. Месяц
2. Остаток на 1-е число месяца
3. Приход
  - 3.1. От кого получено
  - 3.2. № и дата документа
  - 3.3. Количество
4. Всего за месяц по приходу с остатком
5. Расход
  - 5.1. Кому отпущено
  - 5.2. № и дата документа
  - 5.3. Количество
6. Всего расход за месяц
7. Остаток по журналу учета на конец месяца
8. Подпись уполномоченного лица

МДМ), которая по итогу обработки распечатает чек, – он и зафиксирует время загрузки эндоскопа в МДМ и время окончания дезинфекции высокого уровня (далее – ДВУ). Все остальное время просчитать достаточно легко, – мы знаем, на какое время погружаем эндоскоп в раствор для дезинфекции, сколько длится ополаскивание, тесты и где взять сведения о времени окончания исследования. Это то самое время, которое должно фиксироваться в протоколе врачебного заключения. Таким образом, у нас есть время начала и окончания исследования.

Но, к сожалению, многие не используют информацию из чека МДМ, кто-то обрабатывает эндоскопы вручную и не фиксирует время, а затем проводит приблизительный подсчет времени. Например, часто бывает так, что отделение закончило исследование фактически в 14:00, а по результатам журнала в 17:45. Сразу возникает вопрос, каким было качество проведенной окончательной и предварительной очистки ДВУ? Явно был сбой, но на каком этапе?! И сбой ли это? А может быть это и есть ежедневная, систематическая работа, та самая «маленькая» ошибка, которая впоследствии приведет к большим проблемам у пациента. Увы. Многим становится не важно, что будет потом

с пациентом. Пациент уходит из отделения, и дальнейшая его судьба нам неизвестна, в то время как сотрудники спешат побыстрее закончить свою работу. И здесь мне всегда хочется привести пример.

**Представим ситуацию.** Вы стоите за операционным столом с 7:00–8:00 до 15:00–16:00, огромный поток пациентов, вам даже на минуту некогда отойти. И вот вы вспомнили, – в кабинете/кармане у вас лежит леденец, вы решаете его съесть. Вдруг поперхнулись, леденец попадает в трахею, и следующий пациент на операционном/манипуляционном столе это Вы! Как вы помоеете эндоскоп для СЕБЯ?! Будете ли вы при этом помнить, что пациенты иногда скрывают информацию и анализы у них не всегда «правильные»? Что если у пациента до вас была одна из инфекций (гепатит, сифилис, ВИЧ), а вы плохо промыли эндоскоп, нарушили очередность, время экспозиции, плохо прочистили канал, и, как итог, что вы получите для СЕБЯ?! **Авось обойдется, или нет?!** Какой из этого напрашивается вывод? Каждый эндоскоп следует мыть и дезинфицировать как для себя!

Отсюда всегда возникает наболевшее, – надо освобождать медицинскую сестру от проведения дезинфекции эндоскопов. Для этого совместными усилиями с руководством необходимо обсудить возможность ввода в штат отделения/отдела/кабинета должности работника (медицинская сестра/техник), который пройдет обучение на рабочем месте и будет полностью от «А» до «Я» отвечать персонально за процесс обработки и дезинфекции эндоскопов.

Особенно эффективно и обосновано данное решение, если в вашем медицинском учреждении большое количество исследований, и медицинская сестра действительно не успевает все делать одна. На нее уже возложено большое количество обязанностей, требований, которые она должна выполнять и неукоснительно соблюдать. Эндоскопические медицинские сестры нередко ассоциируются с многоруким божеством Шивой. У него восемь рук, а в эндоскопии медицинской сестре и десяти не хватит, чтобы все успеть. При этом очень часто этого огромного объема работы никто не видит.

**Журнал учета спирта – последний, но не менее важный журнал в эндоскопическом отделении.** Заполнение журнала регламентирует Приказ Минздрава России от 17 июня 2013 г. № 378н «Об утверждении правил регистрации операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, включенных в перечень лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету, в специальных журналах учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, и правил ведения и хранения специальных журналов учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения» (рис. 5).

Первая проблема состоит в том, что не все ведут этот журнал по утвержденной форме, журналы ведутся, но «*по старинке*». А вторая проблема в том, что аптеки в медицинских организациях получают спирт во флаконах и миллилитрах, выдают в отделения во флаконах и миллилитрах, списание проводится в миллилитрах, а согласно действующему приказу списание спирта проводится в граммах и учет ведется тоже в граммах. Но все продолжают списывать в миллилитрах просто потому, что так удобно. И никто в отделениях не выписывает внутреннее требование у старшей медицинской сестры для дальнейшего учета спирта, хотя этого требует приказ.

В действительности, в работе медсестры эндоскопического отделения еще очень много подводных камней, которых мы не коснулись в этой статье. Эти «незаметные» действия никто не видит, и мы со временем перестаем уделять им должное внимание.

Но именно эти незаметные «мелочи» важны в нашей работе, и они уменьшают риск развития инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Надеюсь, что многие из вас посмотрят на свою работу с новой точки зрения, как говорится, под «другим углом». А руководство обратит, наконец, свое внимание на текущую нагрузку и поможет обеспечить условия для эффективной работы и качественного оказания медицинской помощи.

# НУТРИЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА ПАЦИЕНТА

ОПЫТ СПЕЦИАЛИСТОВ ОТДЕЛЕНИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА  
ТОСНЕНСКОЙ МЕЖРАЙОННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ



## Мария Олеговна НАЗАРОВА

Заведующая отделением сестринского ухода – медицинская сестра ГБУЗ ЛО «Тосненская КМБ»

Питание является важным фактором, определяющим состояние здоровья и самочувствие людей. Питательные вещества, поступающие в организм, активно влияют на все обменные процессы, состояние иммунологической реактивности, функции всех органов и систем.

### Риски недостаточности питания

В научной литературе отмечена тесная связь между нарушениями питания и неблагоприятными исходами, особенно у пациентов пожилого возраста – увеличение частоты инфекций, продолжительности пребывания в стационаре и частоты повторных госпитализаций, удлинение сроков выздоровления после острого заболевания, повышение риска перелома проксимального отдела бедренной кости, увеличение смертности и снижение качества жизни [1].

Недостаточность питания, связанная с хроническим заболеванием,

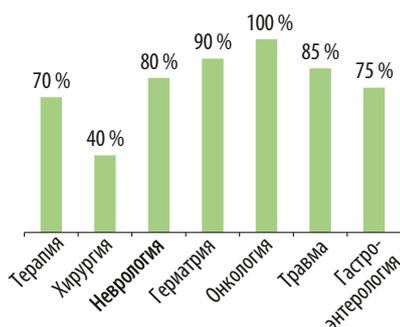


Рис. 1



представляет собой серьезную проблему для системы здравоохранения. Недостаточность питания наблюдается у 85% пожилого населения и в среднем у 50% всех госпитализированных пациентов (Рис. 1).

Отделение сестринского ухода ГБУЗ ЛО «Тосненская КМБ» рассчитано на 25 коек и предназначено для оказания паллиативной медицинской помощи пациентам с тяжелой соматической патологией, в основ-

ном это люди пожилого возраста, требующие постоянного ухода и медицинского наблюдения. Частыми симптомами неизлечимых прогрессирующих заболеваний являются болевой синдром, когнитивные нарушения, депрессия, дисфагия, тошнота, рвота, запоры и др.

Вся перечисленная симптоматика ведет к нарушению пищевого поведения, ухудшению качества жизни пациента и увеличению бремени



Рис. 2. Основные виды энтерального питания

ухода. Редукция массы тела и, прежде всего, потеря мышечной массы, дефицит плазменных белков приводят к развитию выраженной слабости, астенизации пациента, плохому заживлению ран, образованию пролежней и инфекционных осложнений. Длительное пребывание пациента в лежачем положении отрицательно влияет на работу желудочно-кишечного тракта: мышцы живота ослабевают, ухудшается всасывание нутриентов, нарушается перистальтика кишечника.

### Нутриционная поддержка пациентов

Специализированное лечебное питание может быть энтеральным и парентеральным. В ситуациях, когда ЖКТ работает, предпочтительнее использовать более физиологичное энтеральное питание (ЭП) (рис. 2). Его преимущество заключается в том, что стимулируется деятельность ЖКТ, не требуется создание стерильных условий, а риск осложнений практически отсутствует в отличие от процедуры парентерального питания. Методики энтерального питания отличаются простотой и доступностью применения не только в медицинских учреждениях, но и в домашних условиях.

Энтеральное питание в короткие сроки устраняет белково-энергетическую недостаточность, улучшает трофику тканей, способствует раннему заживлению ран, консолидации переломов, нормализует иммунную систему, снижает риск развития системной бактериальной инфекции, способствует более быстрому выздоровлению больных, уменьшает потребление медицинских ресурсов, а, следовательно, экономит финансовые расходы.

### Осложнения при применении энтерального питания

Несмотря на то, что лечебное питание является весьма физиологичным и достаточно хорошо переносится большинством пациентов, негативные реакции и осложнения все же встречаются. Специалистам следует обращать внимание на возможные желудочно-кишечные осложнения при применении энтерального питания:

- **Диарея.** Диарея является наиболее частым осложнением, которое может наблюдаться у 5–20% больных. Возникновение диареи можно предотвратить, подбирая наиболее подходящую смесь, а также способ и скорость ее введения. Наиболее частые причины диареи при ЭП: применение антибиотиков, несоблюдение предписанных при разведении смеси и ее использовании гигиенических мероприятий (микробная контаминация), быстрое ее введение, применение холодной смеси;

- **Тошнота и рвота.** Приблизительно у 10–20% пациентов, получающих ЭП, отмечается тошнота и рвота, которые способствуют значительному увеличению риска аспирационной пневмонии. Наиболее частые причины тошноты/рвоты при ЭП: замедленное опорожнение желудка, сопровождающееся чувством дискомфорта в животе и/или чувством распирания;

- **Запор.** Запор может быть следствием сниженной физической активности, снижения моторики кишечника, снижения поступления воды (например, использование смесей с повышенной энергетической плотностью), образования плотных каловых масс, отсутствия пищевых волокон в питании. Запор необходимо четко дифференцировать от обструкции кишечника.

Осложнения при применении зондового энтерального питания:

- **Осложнения, связанные с установкой зонда и неправильным его положением.** Неправильное положение зонда может вызывать риск кровотечения, перфорации, развития пролежней и свищей, поэтому требует немедленной коррекции сразу после выявления. Зонд может стать причиной пролежней, образования язв в месте его контакта с пищеводом, желудком и двенадцатиперстной кишкой. Он может быть причиной микроаспирации и развития пневмонии, а также образования трахеопищеводного свища. Риск таких осложнений можно снизить путем использования современных мягких и гибких силиконовых или полиуретановых зондов с малым диаметром;

- **Закупорка зонда.** Обструкция зонда является частым осложнением при проведении ЭП, в большинстве случаев она связана со сворачиванием смеси в зонде и неадекватным его промыванием после кормления. Риск обструкции зонда связан с его диаметром, качеством сестринского ухода, типом зонда (трансназальный, еюностома, гастростома) и продолжительностью его использования. При возникновении закупорки зонда следует попытаться восстановить его проходимость и, при отсутствии положительного результата, провести его замену.

При питании через стому могут возникнуть следующие осложнения:

- Обструкция еюностомы;
- Кожные или внутриабдоминальные абсцессы;
- Энтерококковые фекальные стулы;
- Формирование воздушных кист в стенках кишечника (пневматоз);
- Оклюзия кровеносных сосудов, питающих кишечник, сопровождающаяся ишемией органа;
- Аспирационная пневмония.

Среди противопоказаний к ЭП необходимо отметить абсолютные, когда следует немедленно отменить прием энтеральной смеси:

- механическая непроходимость кишечника;
- продолжающееся профузное кровотечение в желудочно-кишечном тракте;
- индивидуальная непереносимость.

В настоящее время в России нет единых принятых рекомендаций, когда нужно начинать нутриционную поддержку пациентов. Решение об искусственном питании относительно легко принять у больных с явной недостаточностью питания, организм этих пациентов не способен обеспечить свои нутритивные потребности в течение длительного периода и чаще всего это связано с дисфагией.

### Выявление и коррекция дисфагии

**Дисфагия** – это патологическое состояние, при котором нарушается акт

**Риск осложнений при недостаточности питания повышается 5–10 раз, затраты на лечение возрастают в 3–5 раз, а летальность увеличивается в 2–3 раза.**

глотания. Проявляется затруднением проглатывания твердой пищи, жидкостей, слюны, их попаданием в органы дыхания, усиленным образованием слюны, болевыми ощущениями за грудиной, осиплостью голоса, першением в горле. Дисфагия является вторичным патологическим процессом и развивается на фоне других заболеваний. Расстройства глотания выявляются во всех возрастных группах, однако с возрастом заболеваемость увеличивается. Существует два ключевых механизма развития дисфагии – обструктивный и дизрегуляторный, которые при некоторых патологических состояниях могут сочетаться.

**В задачи медицинских сестер отделения входит выявление дисфагии и ее коррекция.** Дисфагия увеличивает риск аспирации, поэтому крайне важно выявлять ее на раннем этапе и проводить необходимые вмешательства своевременно. Для скрининговой оценки возможно применение «Йельского протокола проглатывания».

### АЛГОРИТМ «ЙЕЛЬСКОГО ПРОТОКОЛА ПРОГЛАТЫВАНИЯ»

1. Краткая оценка когнитивных функций:

- Как Вас зовут?
- Где Вы сейчас находитесь?
- Какой сейчас год?

2. Оценка смыкания губ, объема движения языка, симметричности лица при улыбке и нахмуривании.

3. «Трехуницевая (трехглотковая) проба»: пациент сидит (80–90 градусов или так высоко, как может, но не менее 30 градусов относительно горизонтального положения), ему дают выпить около 90 мл воды из чашки или соломинки медленными непрерывными глотками.

Необходимо оценить перерывы при питье, кашель или удушье во время или сразу после окончания теста.

При нормальных результатах теста возможно начать или продолжить обычное питание, при наличии отклонений необходимо, совместно с лечащим врачом, дальнейшее обследование с участием логопеда или объективизацией нарушений инструментальными методами.

**Мероприятия по коррекции дисфагии:** применение загустителей, уменьшение объема пищевого комка, придание пациенту вертикального положения во время приема пищи для снижения риска аспирации и возникновения гастроэзофагеального рефлюкса.

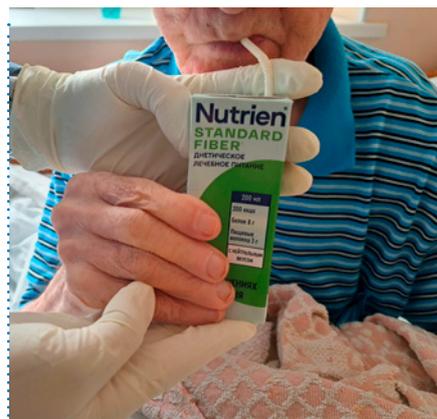
При дисфагии 4 степени, сохраненной функции ЖКТ и отсутствии противопоказаний мы применяем зондовое питание, чаще через назогастральный зонд. Следует помнить, что такое питание должно применяться в течение относительно непродолжительного времени (до 4 недель). Если пациент нуждается в более длительном проведении зондового питания, мы направляем его в профильное учреждение, где производится установка гастростомии, применение которых сопряжено с меньшим дискомфортом для пациента и меньшей частотой осложнений зондового питания.

**Противопоказания к установке назогастрального зонда:**

- пищеводные стриктуры/дивертикулы;
- пищеводная обструкция;
- разрывы стенки пищевода;
- переломы носа;
- повреждения носоглотки;
- ожоги лица.

### Практический опыт нутриционной поддержки пациентов отделения сестринского ухода

Неполноценное питание является общепринятым фактором риска развития хронически незаживающих ран. При хронических ранах процесс регенерации и восстановления тканей затягивается. Нормальный процесс заживления может нарушаться из-за чрезмерной бактериальной нагрузки, неправильного баланса влаги, недостаточного кровоснабжения соответствующего участка и неполноценного питания. В дополнение к надлежащему уходу за хронической раной и ее местному лечению мы с повышенным вниманием относимся к питанию пациента, поскольку дефицит питательных веществ ослабляет ранозаживляющие возможности организма и лишает его ресурсов для борьбы с раневой инфекцией. Белки являются наиболее важ-



ными макронутриентами и необходимы для восстановления тканей. При пролежнях потребность в белке возрастает в полтора-два раза. Такие высокие потребности можно обеспечить только с помощью специализированного питания, в малом объеме которого содержится много энергии и белка, полезные жиры и углеводы, витамины и микроэлементы.

Специализированная нутритивная поддержка является важным дополнением к терапии пролежней, о чем свидетельствуют результаты исследований и ее присутствие в международных рекомендациях по профилактике и лечению пролежней [2].

Для выявления нарушений питания на ранней стадии в нашем отделении регулярно проводится оценка количества потребляемой пациентами пищи, изменение веса и индекса массы тела. Контроль этих показателей – задача не только врача, но и медицинских сестер отделения. При обсуждении пищевого статуса пациента учитывается целый ряд факторов:



- основное заболевание;
- исходные нарушения питания;
- саркопения (снижение объема мышечной массы);
- синдром астении;
- дисфагия;
- гастропатия;
- коморбидность;
- прием лекарственных средств и др.

Важно отметить, что нормальная или повышенная масса тела не означает того, что у пациента не имеется признаков недостаточности питания. При нарастающей потере массы тела в первую очередь уменьшается не жировая ткань, а теряется именно мышечная ткань, что, в свою очередь, ведет к потере белка, и данный процесс не зависит от исходной массы тела человека. Своевременное выявление пациентов из группы риска позволяет нам защитить пациента от развития кахексии. Даже при наличии минимального риска развития недостаточности питания в нашем отделении незамедлительно назначается нутриционная поддержка.

Для коррекции нутриционной недостаточности в нашем отделении чаще используется сипинг и зондовое питание.

**Сипинг** – это пероральный прием питательной смеси через трубочку маленькими глотками. При выборе смеси используется принцип минимальной эффективной дозы. Предпочтение отдается смеси, содержащей максимум калорий и белка в минимуме объема. Прием смесей для сипинга имеет ряд особенностей, которые необходимо учитывать на практике: метод сипинга подразумевает медленное потребление напитков во избежание диспептических явлений. Принимать сипинг необходимо строго через трубочку (чтобы глоток был небольшим) и пить медленно (примерно в течение 30 минут). Смесей для сипинга имеют различные вкусовые особенности, и пациенты могут выбрать тот вкус, который им нравится.

Наши пациенты, в основном, получают сипинг в качестве дополнения к обычным приемам пищи, объемом 200 мл 2–3 раза в день. Если пациент находился на зондовом питании, объем питательной смеси увеличивался до 4–6 раз в день. Все наши пациенты

хорошо переносят диету с включением специализированного лечебного питания, каких-либо неблагоприятных побочных явлений и отказов от приема продукта не отмечалось. В общем состоянии пациентов, получающих нутриционную поддержку, прослеживается увеличение физической активности, нормализация ночного сна, улучшение аппетита, снижение астенических расстройств. Так же было отмечено улучшение состояния кожи и слизистых оболочек: уменьшались сухость и шелушение, улучшался тургор кожи.

Проведение нутриционной поддержки пациентов при оказании паллиативной медицинской помощи направлено на обеспечение качества жизни пациента, облегчение симптомов, приносящих страдание пациенту.

#### **Выводы и рекомендации по расширению доступности нутриционной поддержки**

Результаты, которые мы получили за время использования нутриционной поддержки в отделении сестринского ухода, позволяют нам сделать выводы о том, что специализированное лечебное питание должно назначаться в качестве дополнительного продукта к лечебным диетам практически всем пациентам с тяжелой соматической патологией, а не только пациентам с явной недостаточностью питания.

Энтеральное питание в короткие сроки устраняет белково-энергетическую недостаточность, улучшает трофику тканей, способствует заживлению ран, консолидации переломов, нормализует иммунную систему, снижает риск развития системной бактериальной инфекции, способствует более быстрому выздоровлению больных, уменьшает потребление медицинских ресурсов и в связи этим экономит финансовые расходы медицинских организаций.

Радует тот факт, что коррекция недостаточности питания активно внедряется в практику стационаров и хосписов, но вопросы нутриционной поддержки требуют дальнейшего и более глубокого изучения. В настоящее время имеется ряд проблем в области клинического питания, а именно:

- Дефицит знаний медицинского персонала как у врачей, так и у медицинских сестер;
- Дефицит подготовленных специалистов – в стационарах необходимы нутрициологи;
- Дефицит обучающих циклов по клиническому питанию;
- Дефицит специализированного питания в стационарах, – во многих учреждениях его попросту нет.

В нашем отделении функции нутрициолога выполняет врач отделения. Медицинские сестры проводят диагностику нутриционной недостаточности и на основании полученных данных пациентам назначается адекватная нутриционная поддержка. Для нутриционной поддержки пациентов мы используем лечебное питание «Нутриен». Фирма «Инфаприм» наш отечественный производитель, с разнообразной линейкой, что позволяет подобрать персональную нутриционную поддержку каждому пациенту. Совместно с нашими партнерами мы проводим обучающие семинары для медицинских сестер, где обсуждаем основные вопросы нутриционной поддержки.

В заключение мне хотелось бы обратить ваше внимание на фактические данные, приведенные в медицинской литературе – **каждые пять минут в нашей стране погибает один истощенный пациент, который так и не дождался нутриционной поддержки.**

В наших с вами силах сделать все, чтобы пациенты получили нутриционную поддержку вовремя!

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Руководство по клиническому питанию/ под редакцией В.М. Луфта. СПб.: Арт-Экспресс., 2016.
2. Методические рекомендации «Нутритивная поддержка и регидратация взрослых, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи». Москва, 2021.
3. «Нутритивная недостаточность и методы ее лечения у онкологических больных» / А.В. Снеговой, А.И. Салтанов, Л.В. Манзюк, В.Ю. Сельчук // Практическая онкология. – 2009. – № 1. – С. 49–57.
4. «Клиническое питание и нутриционная поддержка» / И.Е. Хорошилов. СПб.: Эрби, 2018.

# Можно ли сократить время на обеззараживание воздуха?

**ВОПРОС ОТ СТАРШЕЙ МЕДСЕСТРЫ ОПЕРБЛОКА.** *В нашем оперблоке есть несколько экстренных операционных, в которых установлены рециркуляторы. После окончания операции мы проводим уборку, дезинфицируем поверхности и оборудование. Чтобы обеспечить обеззараживание воздуха, рециркуляторы, согласно прилагаемым инструкциям, должны отработать целый час. В условиях экстренной хирургии это очень долго. Можно ли как-то сократить время на обработку, не устанавливая при этом открытые облучатели в каждом помещении? Какое оборудование посоветуете приобрести?*

Действительно, в медицинских организациях нередко возникают ситуации, когда нужно быстро и оперативно подготовить помещение к работе, выполнив обеззараживание воздуха и поверхностей. Особенно остро такая потребность время от времени появляется:

- в операционных, когда завершилось одно вмешательство, а на очереди уже следующий «экстренный» пациент;
- в приемных отделениях и врачебных кабинетах, когда при осмотре больного было заподозрено инфекционное заболевание, а прием пациентов нужно продолжать;
- в палатных отделениях, в том числе в родильных домах, когда палату освобождают и нужно срочно разместить в ней вновь поступивших пациентов;
- в изоляторах и боксах, когда требуется оперативно провести заключительную очаговую дезинфекцию.

Одним из современных методов экстренной одномоментной дезинфекционной обработки воздуха и поверхностей в медучреждениях является использование мощных передвижных открытых ультрафиолетовых облучателей, например установки «ДЕЗАР-ОМЕГА-КРОНТ» (см. рисунок).

«ДЕЗАР-ОМЕГА-КРОНТ» обеспечивает обеззараживание объектов в соответствии с требованиями СП 2.1.3678–20 и Руководства Р 3.5.1904–04. Поток ультрафиолетового излучения от бактерицидных ламп распространяется по всему помещению, за счет чего происходит эффективное обеззараживание как воздуха, так и поверхностей, включая находящиеся на них предметы.

Отличительной особенностью такого оборудования является то, что встроенные в него ультрафиолетовые бактерицидные лампы генерируют излучение с длиной волны 253,7 нм. Это обеспечивает максимальный бактерицидный эффект и позволяет бороться с возбудителями инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Исследования подтверждают, что при эксплуатации установки «ДЕЗАР-ОМЕГА-КРОНТ» в радиусе 4 метров наблюдается гибель 100% микроорганизмов, включая сальмонеллы, синегнойную палочку, золотистый стафилококк, микобактерии туберкулеза.

К другим существенным преимуществам «ДЕЗАР-ОМЕГА-КРОНТ» перед стандартными бактерицидными облучателями относят небольшую временную продолжительность обработки. Так, для обеззараживания помеще-



ния площадью до 45 квадратных метров с эффективностью 99,9% требуется всего 7 минут. Существуют и дополнительные режимы, за счет которых оборудование способно дезинфицировать воздух и поверхности в помещениях значительного объема, до 200 квадратных метров. При этом время обработки составит 12–20 минут.

Гарантия проведения процесса дезинфекции с заданной эффективностью 99,9% обеспечивается встроенным микропроцессором, который непрерывно отслеживает исправность каждой из 8 ламп, электронно-пускорегулирующих аппаратов, счетчиков часов и сеансов обеззараживания.

Установка «ДЕЗАР-ОМЕГА-КРОНТ» проста в эксплуатации и обслуживании, компактна и снабжена четырьмя поворотными колесными опорами, две из которых оснащены тормозом. За счет мобильности аппаратуру можно установить в той части помещения, где име-

ются максимальные риски контаминации объектов возбудителями инфекций. Например, в операционном зале расположить установку рядом с операционным столом, в палате интенсивной терапии – рядом с объектами, которые находились в непосредственной близости с больным.

Вес оборудования небольшой, всего 35 кг, что позволяет медицинской сестре без посторонней помощи и физических усилий перемещать установку из одного помещения в другое, если необходимо последовательно выполнить обработку в нескольких подразделениях клиники.

Описываемая технология очень экономична. Ресурс работы ламп в составе установки «ДЕЗАР-ОМЕГА-КРОНТ» – не менее 9000 часов. Этого достаточно, чтобы выполнить более 77 тысяч стандартных циклов обработки воздуха и поверхностей в помещениях.

При эксплуатации «ДЕЗАР-ОМЕГА-КРОНТ» необходимо неукоснительно соблюдать технику безопасности. Установка работает только в автоматическом режиме и исключительно в отсутствие людей. Оборудование оснащено функцией отложенного старта. При нажатии кнопки запуска цикла обработки на 30 секунд включается встроенное речевое оповещение, которое информирует окружающих о необходимости покинуть помещение. По окончании сеанса дезинфекции установка автоматически отключается, а на панели управления загорается индикатор «Дезинфекция проведена». В течение 5 секунд подается звуковой сигнал о завершении работы оборудования.

Установка «ДЕЗАР-ОМЕГА-КРОНТ» работает за счет безозоновых ламп. Колбы ламп выполнены из специального увиолевого стекла, которое обладает высоким коэффициентом пропускания бактерицидных ультрафиолетовых лучей в окружающее пространство, но при этом поглощает излучение с длиной волны менее 200 нм, за счет которого образуется озон. Таким образом, после сеанса обеззараживания не требуется проветривание, чтобы удалить озон, способный негативно влиять на здоровье персонала и пациентов. Это особенно важно при создании безопасных условий в помещениях класса чистоты А, проветривать которые запрещено.

Не следует путать описанную технологию с импульсными ксеноновыми ультрафиолетовыми установками. Последние, к сожалению, проигрывают по ряду критериев. В частности, при работе ксеноновых ламп возможно появление озона в воздухе обрабатываемого помещения. Кроме того, согласно отдельным исследованиям, эффективное обеззараживание поверхностей производится в радиусе 2 метров. При этом стоимость импульсных ксеноновых ультрафиолетовых установок значительно выше, чем стоимость оборудования с классическими ультрафиолетовыми лампами.

**Е.В. Дубель,**  
канд. мед. наук, врач-эпидемиолог,  
врач-дезинфектолог

# ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПЕРИОПЕРАТИВНОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

## РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ



■ **Кристина Владимировна  
БАРАНОВА**

Старшая медицинская сестра  
отделения № 5 ФГБУ «СПБ НИИФ»  
Минздрава России

К сожалению, в настоящее время появление в стационаре пациента, страдающего наряду с основным заболеванием наркотической зависимостью, уже не относится к форс-мажорному обстоятельству. Соответственно, медицинские сестры стационарных отделений должны иметь полное и четкое представление о таких пациентах.

Наркомания – (от др.-греч. νάρκη – «оцепенение», «сон» и μανία – «безумие», «страсть», «влечение») – состояние, характеризующееся патологическим влечением к употреблению наркотических веществ, сопровождающееся психическими, а иногда и соматическими расстройствами.

**Наркоман** – человек, систематически употребляющий вещества, зачастую страдающий от болезненной зависимости, ряда психических расстройств и нарушений биохимических процессов.

Габитус человека, страдающего хронической наркотической зависимостью, явно отличает его от других пациентов. Взгляд затуманенный; зрачки сужены «в точку» либо слишком расширены; кожные покровы бледные, с множеством изъязвлений на лице, верхних и нижних конечностях; речь замедленна. Сразу хочу акцентировать внимание на следующем факте: употребление психоактивных веществ

влияет на поведение наркозависимого не только в момент наркотического опьянения. Зачастую человек испытывает постоянное напряжение, желая скрыть факт зависимости, а значит он суетлив и возбужден, взволнован и озлоблен.

Наркотическая зависимость является актуальной медицинской и социальной проблемой не только в Российской Федерации, но и во всем мире. Постоянное употребление наркотических препаратов влияет на все органы и системы организма наркозависимого пациента, вызывая в них патологические изменения, что значительно усложняет проведение лечебных мероприятий при ведении таких пациентов в периоперативном периоде.

**В частности, особого внимания требуют следующие патологические изменения:**

- Психоактивные вещества меняют характер и выраженность действия препаратов, применяемых для анестезии и аналгезии, в связи с этим требуется большая доза препарата и кратность его введения;

- Злоупотребление психотропными веществами может приводить к нарушению функций печени и, как следствие, влиять на фармакокинетику препаратов, применяемых для общей анестезии (увеличивать или укорачивать период полураспада препарата);

- Наркотическая зависимость значительно увеличивает **риск периоперационных осложнений:**

- угнетение функции печени (гепатит С) увеличивает риск кровотечений во время хирургических вмешательств;

- угнетение иммунитета повышает риск воспалительных, в том числе гнойно-септических, состояний;

- на фоне постоянного приема наркотических препаратов снижается самоконтроль, что может приводить к ортопедическим осложнениям (вывихи имплантированных установлен-

ных протезов, перипротезные переломы).

Появление в стационаре пациента, страдающего наркотической зависимостью, не должно оставаться без внимания всего медицинского персонала и руководства лечебного учреждения. С учетом этого руководство больницы обязано составить четкий и последовательный алгоритм действий медицинского персонала в случае поступления в стационар пациента с хронической наркотической зависимостью.

### Основные меры противодействия употреблению и распространению наркотических веществ

Заведующий отделением, лечащий врач, средний и младший медицинский персонал должны знать о пристрастии пациента к наркотикам. Данный факт нужно обязательно зафиксировать в медицинской документации. **Пациенту в кратчайшее время необходимо обеспечить консультацию врача-нарколога и психиатра.** Если у работника лечебного учреждения возникли подозрения в том, что пациент принимает наркотические и психотропные вещества, пытается их распространять либо склонять других пациентов к их употреблению, он должен незамедлительно уведомить об этом заведующего отделением, лечащего врача и главного врача лечебного учреждения. Руководство больницы необходимо извещать и в том случае, если кто-либо из пациентов открыто высказывается о безвредности наркотических и психотропных веществ, часто рассуждает на темы, связанные с их употреблением. При малейшем подозрении на то, что в стационарном отделении состоялась купля-продажа наркотических веществ, главный врач обязан сообщить об этом в полицию.

**Обязательной мерой должен стать круглосуточный контроль за пациен-**

том среднего медицинского персонала, но без привлечения внимания. Медицинские сестры должны иметь четкое представление о своей роли в системе лечебного процесса наркозависимого пациента, а также знать отдельные аспекты социальной и медицинской психологии при общении с наркозависимым.

К психологическим особенностям личности наркозависимого пациента можно отнести:

- повышенную конфликтность;
- склонность к агрессии (совершению насильственных и корыстных преступлений);
- беспричинные перепады настроения с острыми фазами депрессии, когда пациент мало говорит и не проявляет желаний общаться и идти на контакт с другими пациентами и медицинским персоналом или, напротив, возбужден и слишком разговорчив;
- наркозависимый пациент может оказаться бывшим осужденным и быть активным носителем криминальной субкультуры – образа жизни лиц, объединившихся в криминальную группу с присущими ей внутренними законами и традициями (**обязательно обратите внимание на пациента, который открыто заявляет о своем статусе в групповой иерархии криминального сообщества, следует определенным правилам поведения, открыто ведет психологическую дискредитацию гомосексуалистов и, напротив, проявляет особое уважение к престарелым матерям или детям, использует в речи специальный сленг, имеет татуировки. Визитной карточкой в преступной среде таких пациентов служат перстневые татуировки, но для обычного гражданина они мало информативны и способны вызвать только общую настороженность; татуировки в виде джинна, вылетающего из кувшина, или паука в паутине указывают на то, что их носитель наркоман**).

Диалог между медицинским работником и таким пациентом должен быть выстроен спокойно, адекватно, без чтения лишних «нравоучений» и в спокойном тоне.

Не грубите – главное правило при общении с такими пациентами. Постарайтесь выстраивать диалог с пациентами, страдающими хронической нар-

котической зависимостью, так же, как вы бы общались при поступлении на лечение пожилого человека или ребенка.

### Организация рабочего места постовой медицинской сестры в отделении

Наше отделение для лечения пациентов с костно-суставным туберкулезом (для взрослых) выполняет высокотехнологические оперативные вмешательства при эндопротезировании суставов верхних и нижних конечностей. Выполняются реконструктивные операции на верхних и нижних конечностях.

Пост медицинской сестры в отделении организован таким образом, чтобы пациенты отделения постоянно находились в поле зрения медицинской сестры и всего медицинского персонала. Все сотрудники отделения знают, что если на хирургическое лечение поступил пациент с наркотической зависимостью, то внимание к нему будет пристальным, но не навязчивым. Средний и младший медицинский персонал знает и обеспечивает полную готовность к оказанию доврачебной неотложной медицинской помощи при передозировке наркотическими и психотропными веществами. Весь медицинский персонал отделения в своей работе неотъемлемо соблюдает принципы медицинской этики и деонтологии, сохраняет медицинскую тайну.

Не секрет, что передозировки наркотическими веществами происходят в закрытых и закрывающихся на ключ помещениях: санитарная комната, туалет или ванная комната. Поэтому в нашей работе мы даже используем документирование и фиксацию времени с указанием фамилии пациента, заходящего, например, в санитарную комнату.



Если пациент через 5–7 минут не вышел из помещения, то медицинская сестра или санитарка обязательно окликнет его у двери и деликатно узнает о его состоянии. Благодаря этой мере мы успешно предотвращаем случаи передозировки наркотическими и психотропными веществами в нашем отделении.

### Психоактивные вещества и действия сестринского персонала при передозировке

Оказывая медицинскую помощь по профилю своего учреждения, специалисты должны быть в курсе рисков тех состояний, к которым приводит употребление психоактивных веществ.

В настоящее время особой «популярностью» среди наркозависимых пользуются *опиаты* и «соли».

#### ОПИАТЫ

- Героин
- Метадон
- Кодеин
- Морфин
- Промедол
- Фентанил

Действие препаратов этой группы отличается сильной анальгезией. Через 20 минут после внутривенного введения достигается максимальная концентрация препарата в плазме крови. Действие препарата длится до 6 часов и зависит от типа, степени очистки, дозировки и стажа его употребления. В организме человека препараты этой группы вызывают следующие изменения:

- полное безразличие к болевым ощущениям;
- сонливость, вялость;
- тяжесть в руках, ногах;
- сухость во рту;
- зуд кожи, крыльев носа;
- сужение зрачков.

Для передозировки опиатами характерны:

- 1) Угнетение сознания (до глубокой комы).
- 2) Брадикардия и апноэ, при этом цвет кожных покровов имеет синюшно-серый – синий оттенок – вплоть до баклажанного.
- 3) Следы от в/в инъекции на локтевых сгибах, кистевых сгибах и кистях, в паху.
- 4) Рядом с пациентом на полу (в кровати) медицинский персонал на-

ходит использованный шприц с остатками светлого вещества и следами крови.

**Первая помощь:**

- 1) Вызвать реаниматолога.
- 2) Расстегнуть стесняющую одежду.
- 3) Окликнуть пациента громко по имени, применить тактильные раздражители (постучать по плечу пациента ребром пальцев своей руки).
- 4) При нарушении сознания придать больному устойчивое боковое положение, предпочтительно на правом боку, с отведенной назад головой.
- 5) По назначению реаниматолога вводится в/в антидот – налоксон 0,8 мгр в/в струйно.
- 6) Пациент переводится в реанимационное отделение.
- 7) В реанимационном отделении при возникновении апноэ проводится ИВЛ.

Очень часто медицинские сестры, обнаруживая у таких пациентов синюшные (а иногда и багряно-красного цвета) кожные покровы, незамедлительно приступают к компрессии грудины, что является большой ошибкой и приводит к ряду тяжелых осложнений в ходе оказания неотложной доврачебной помощи. Запомните: опиоидные наркоманы «НЕ дышат», сердцебиение у них, как правило, ясное и ритмичное, вплоть до тахикардии.

**СОЛИ**

Под сленговым понятием «соли» скрываются дизайнерские синтетические наркотики. Они имеют низкую стоимость, обладают мощным и непредсказуемым эффектом, стремительным развитием зависимости. Солевая наркозависимость считается одной из самых сильных и трудно поддается терапии. Регулярный прием препарата приводит к летальному исходу.

Наркотик «соль» – это препарат, состоящий из **синтетических катионов и разнообразных добавок**. По внешнему виду напоминает гранулы поваренной соли или мелкие кристаллики. Наркотик не имеет специфического запаха и конкретного цвета. Кристаллы обычно полупрозрачные или белые. В зависимости от размера частиц **наркотик проглатывают, втирают в слизистую полости рта, делают раствор для внутримышечных и внутривенных инъекций**. «Соли» отличаются характерным горьковатым привкусом,

после употребления вещества ощущается онемение языка.

Препарат оказывает психостимулирующее воздействие на организм. Известен под названиями:

- спид;
- скорость;
- PABS.

Наркотик создают с несоблюдением технологии окисления, т.е. в нем содержится множество непрореагировавших веществ, которые наносят серьезный вред здоровью, вплоть до смерти. Формулы наркотика «соль» не существует, так как торговцы часто меняют состав, подмешивая новые компоненты, чтобы избежать уголовного наказания.

Чаще всего основными компонентами выступают мефедрон или метилон. Основная часть компонентов взаимозаменяема, на сегодняшний день их насчитывается больше сотни и это количество постоянно растет. Как правило, основного наркотического вещества мефедрона в них содержится минимальное количество. Для усиления наркотического действия торговцы добавляют измельченные медикаменты. Для увеличения веса в наркотик добавляют соду, муку и т.д.

Действовать наркотик начинает через 15–20 минут после употребления. Принимая небольшое количество вещества, человек испытывает ощущения, схожие с приемом «экстази». При увеличении дозы появляется эффект, аналогичный действию кокаина.

**После приема препарата пациент ведет себя крайне неадекватно:**

- смеется без повода и кричит;
- поет и танцует;
- проявляет бесцельную физическую активность;
- расчесывает кожные покровы, особенно область шеи;
- наносит себе и окружающим увечья из-за галлюциногенного бреда;
- проявляет агрессию;
- под действием «соли» человек чувствует прилив сил и энергии, в голове возникают необычные идеи, он не испытывает страха, притупляется чувство самосохранения, но обостряются тактильные, звуковые и зрительные ощущения. Под влиянием вещества такие люди способны всю ночь провести на танцполе, не чувствуя усталости, поэтому «соли» так по-

пулярны среди молодежи. После окончания эффекта на смену эйфории приходят депрессия и галлюцинации.

**Первая помощь при передозировке «солевыми» наркотиками**

- 1) Вызовите реаниматолога, дежурного врача, охрану лечебного учреждения для фиксации пациента.
- 2) НЕ ПОДХОДИТЕ близко к больному до прибытия врачебного состава.
- 3) По возможности уберите рядом стоящую мебель с острыми углами или предметы, которые могут нанести увечья пациенту.
- 4) При возможности фиксации больного по назначению врача в/в вводится раствор сибазона 10 мг (1 ампула).

**Экспресс-тест на 10 наркотиков**

В своей работе мы активно используем тест-системы на 10 видов наркотиков. Для проведения теста у пациента с подозрением на отравление наркотическими веществами берется моча (собирается так же, как общий анализ мочи), тест-планшет погружается в баночку с биоматериалом на 20–30 секунд, результат считывается через 10 минут.

**Интерпретация результата:**

- Одна линия свидетельствует о положительном результате.
- Две линии – результат отрицательный.

В заключение хотелось бы напомнить о трагических событиях, которые произошли в Санкт-Петербурге в Военном клиническом госпитале им. Соловьева в апреле 2016 года. При исполнении своего служебного долга на дежурстве были убиты две медицинские сестры. Убийство совершили пациенты госпиталя. Я не берусь обсуждать эту трагедию. Но вспоминая новостные публикации о событии: «драпая из госпиталя, эти трое унесли с собой полные вещмешки наркотиков и полный арсенал шприцев...», очень хочется предостеречь каждого из нас от фатального исхода, который вполне возможен, если не соблюдать определенные правила и алгоритмы при взаимодействии с пациентами с хронической наркотической зависимостью в нашем и без того нелегком труде. Берегите себя!

# БЕЗОПАСНОСТЬ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

## ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ И АЛГОРИТМЫ ДЕЙСТВИЙ



**Людмила Юрьевна ДВОРЯШИНА**  
Психолог, методист ГБПОУ «ЦНМО ЛО»

В журнале «Вестник РАМС» № 4/2023 мы открыли новую рубрику, в которой вместе с читателями будем разбирать различные кейсы коммуникации медицинской сестры с пациентом. **Напомним о содержании кейса № 1 – «Как вести себя с пациентами в алкогольном опьянении, если работаю в ночную смену и на рабочем месте только медсестра и санитарка».**

**КЕЙС № 1:** *Вы – медицинская сестра приемного отделения и работаете сегодня в ночную смену. Ваше ЛПУ небольшое, и в данный момент на дежурстве находитесь Вы и санитарка. Дежурный врач, к сожалению, отсутствует, но вы можете ему позвонить и вызвать его, если возникнет экстренная ситуация. В учреждении отсутствует пункт охраны (что странно, но это реальный пример от медиков ДНР и ЛНР). После полуночи в приемное отделение вваливается гражданин в алкогольном опьянении и начинает агрессивно что-то от вас требовать. Вы видите, что пациент может быть опасным. Ваши действия?*

**ВНИМАНИЕ, ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:** *«Если пациент агрессивен и нет пункта охраны, включайте запись на телефоне и вызывайте полицию. До приезда полиции забаррикадируйтесь в помещении, продолжая записывать (аудио)».*

Ниже мы предлагаем разбор данного кейса, опираясь на законодательные акты.

### Взаимодействие с агрессивным пациентом

Пациентский экстремизм – не шутка и не анекдот. Увы, из-за этого явления медицинские работники регулярно страдают (как морально, так и физически). В социальных сетях, в сообществах медиков, а также в официальных СМИ все чаще встречаются печальные истории о том, что пациенты избивают фельдшеров «Скорой помощи» или откровенно хамят медикам поликлинических отделений, чувствуя себя абсолютно безнаказанными. Поэтому вопрос о возможных способах защиты медиков от разных форм агрессии, проявляемых пациентами, стоит достаточно остро.

1) *Если пациент хамит, оскорбляет, матерится, дебоширит, не применяя физической силы*, то – увы, у нас нет законных возможностей этому противостоять. Придется продолжать лечебные процедуры, иначе есть риск попасть под статью «Неоказание помощи больному» (статья 124 УК РФ, до 4 лет лишения свободы).

2) *Если пациент начинает кусаться, лягаться, щипать медсестру, разбрасывать вещи и другими подобными способами нарушать порядок*, то следует вызывать больничную охрану, чтобы она «зафиксировала» хулигана. То есть попросту обездвигила его и пресекла хулиганское поведение. Но может случиться так, что охранника нет на месте либо он не в силах справиться с буйным больным – в этом случае медицинский работник может смело подключиться к «нейтрализации» пациента.

**Важно:** в такой ситуации адвокат рекомендует медперсоналу даже при наличии больничной охраны параллельно вызывать полицию. Напомним: само по себе хулиганское поведение является правонарушением и может подпадать как под административную ответственность, так и под Уголовный кодекс (статья 213 УК РФ, до 5 лет лише-

ния свободы в случае грубого нарушения общественного порядка по мотивам вражды в отношении какой-либо социальной группы, национальным, расовым мотивам и т.п.).

3) *Начинать обороняться, бить агрессора вплоть до летального исхода медицинский работник вправе только в том случае, если, как говорит закон, налицо реальная угроза жизни и здоровью медперсонала* – как самого работника, так и его коллег. На практике это могут быть следующие варианты:

- в руках у больного оружие, нож, осколок бутылки, другие предметы, способные причинить вред, и он угрожает ими;
- пациент нападает на окружающих, бьет, режет и т.п.

### Какие средства самозащиты может использовать медперсонал

- Медработники могут использовать средства самозащиты, которые разрешено приобретать без лицензии. Это механические распылители, устройства со слезоточивыми или раздражающими веществами, электрошокеры и искровые разрядники отечественного производства, пневматическое оружие с дульной энергией не более 7,5 Дж и калибра до 4,5 мм включительно.

- Разрешение на хранение и ношение таких средств самообороны получать не нужно.

- Газовые пистолеты, револьверы можно покупать на основании лицензии. Это оружие необходимо зарегистрировать в полиции. Приобретать газовое и огнестрельное гладкоствольное длинноствольное оружие для самообороны можно с 18 лет, гражданское огнестрельное оружие ограниченного поражения – с 21 года. Это правило устанавливают статьи 13, 22 Закона от 13 декабря 1996 г. № 150-ФЗ «Об оружии».

- При применении оружия соблюдайте требования статьи 24 Закона «Об оружии». Используйте оружие только при крайней необходимости и в пределах необходимой обороны.

- Прежде чем применить оружие, четко предупредите об этом. Этого можно не делать только в тех случаях, когда промедление опасно для жизни.

- Поскольку все факторы, которые предусматривает закон, сложно определить в экстренной ситуации, используйте средства самозащиты только в крайних случаях.

### Что делать, если пациент напал

- Если пациент напал, ударил или другим способом проявил физическую агрессию, медработник имеет право применить методы самообороны.

- Во время нападения сотрудники должны в первую очередь защищать свою жизнь, а не заботиться о сохранности оборудования или лекарств.

- Если пациент пытается отобрать препараты, например наркотические или психотропные вещества, их лучше отдать.

### Как законодательно решают вопрос самозащиты медиков

Вопрос об ужесточении наказания за нападения на врачей депутаты Госдумы поднимали много раз. В январе 2018 года предложили ввести штраф на сумму от 1000 до 2500 рублей или административный арест до пяти суток за угрозы в адрес медработника на рабочем месте. Минздрав же за покушение на жизнь медработников предлагал наказывать вплоть до пожизненно-го лишения свободы. За угрозу применения насилия – срок до пяти лет, сажать под административный арест на полгода или отправлять на принудительные работы. За применение насилия в отношении медика – наказывать тюремным сроком до 10 лет.

Все законопроекты Госдума отклонила.

### Как защитить бригады «Скорой помощи»

Существуют случаи, когда прибывших по вызову врачей «Скорой помощи», запирают в квартире, не выпу-

скают, например, с целью вымогательства лекарств, содержащих наркотические вещества. В должностных инструкциях сотрудников диспетчерской службы необходимо указать, что бригада «Скорой помощи» должна позвонить через 30 минут после приезда к пациенту. Если медработники не выходят на связь, направляется полиция по месту вызова. Если пациент запер медработников в своей квартире, они должны сказать, что через полчаса диспетчер вызовет полицейских.

Людей, которые действуют импульсивно, это обычно пугает, и они успокаиваются.

Если на вас напали на улице, зовите на помощь. Крики отпугивают агрессивных людей.

**Пример.** В 2011 году администрация Кемеровской области оснастила 232 бригады «Скорой помощи» электрошокерами. Чиновники решили обезопасить медработников после того, как на санитарный автомобиль напал мужчина с травматическим пистолетом. В 2018 году кемеровскую «Скорую» оборудовали планшетами с программой вызова бойцов Росгвардии – в случае опасности они могут вызвать ближайший экипаж. Аналогичную систему также применяют в Омске, Иркутске, Ярославле, Москве, Кирове и других городах.

### Памятка по самообороне

**Суд не посадит в тюрьму за превышение пределов самообороны, если медработник, защищаясь от агрессора, соблюдал следующие условия:**

1. Оборонялся, когда на него действительно напали, то есть посягали на жизнь и здоровье. Например, агрессор применил оружие, биту, пытался душисть, поджечь, ранил жизненно важные органы.

2. Оборонялся после того, как агрессор угрожал насилием, опасным для жизни, и мог привести угрозу в исполнение. Например, демонстрировал оружие, предметы, которые можно использовать как оружие, взрывные устройства.

3. Защищал коллег или посетителей медорганизации. Например, вступился за санитарку или медсестру.

4. Оборонялся именно в тот момент, когда на него напали. Например, медработник не имеет права ударить человека, который набросился на него накануне.

5. Медработник во время схватки стремился защититься и остановить нападающего, а не расправиться с ним.

6. Медработник при самообороне причинил вред только нападавшему.

**НЕЛЬЗЯ ПРОВОЦИРОВАТЬ АГРЕССОРА НА НАПАДЕНИЕ, ИНАЧЕ ДЕЙСТВИЯ МЕДРАБОТНИКА НЕ БУДУТ КВАЛИФИЦИРОВАННЫМИ КАК САМООБОРОНА.**

ПРЕДЛАГАЕМ ЧИТАТЕЛЯМ ПОДУМАТЬ НАД РЕШЕНИЕМ СЛЕДУЮЩЕГО КЕЙСА

#### КЕЙС № 2. *Общение с тревожным пациентом перед операцией.*

**Кейс:** Вы – медицинская сестра-анестезист. Перед началом операции Вы наблюдаете, что пациент ведет себя слишком нервно. На Ваш вопрос о причинах его беспокойства, он отвечает, что боится проснуться во время операции (смотрел фильм «Наркоз»). Ваши действия.



Редакция ждет ваших ответов в срок до 20 февраля 2023 года по адресу: [natalia@medsestre.ru](mailto:natalia@medsestre.ru)

Напоминаем, что активных специалистов, направивших правильные ответы, ждет поощрение в форме индивидуальной подписки на журнал «Вестник». Десятку таких специалистов редакция определит по итогам решения кейсов, опубликованных в этом и последующих выпусках – № 1/2024, № 2/2024). А победителя ждет бесплатное обучение по теме «Скорая помощь при стрессе на работе и дома».

# Безыгольный доступ

Защита персонала и пациента

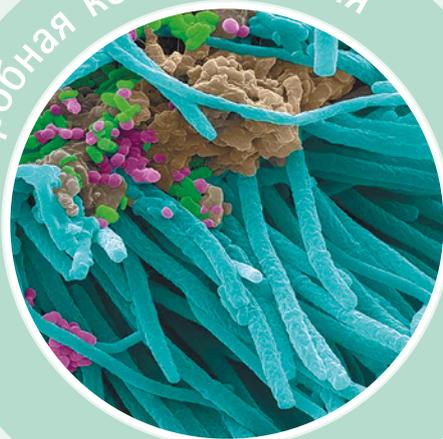
## Укол иглой



- Ежегодно в мире фиксируется более 3 000 000 травм контаминированными иглами и острыми инструментами
- В среднем более 80 000 медицинских работников ежегодно получают заражение гепатитом В, гепатитом С или ВИЧ в результате укола иглой
  - Около 50% подвергшихся травмированию острым предметом — средний медицинский персонал
- Из всех типов острых устройств, вызывающих травмы — 56% инъекционные иглы, периферические катетеры
- Из 300 уколов контаминированной иглой:
  - 100 гепатит В
  - 10 гепатит С
  - 1 ВИЧ

- 16 миллионов пациентов в год умирают во всем мире от внутрибольничных инфекций
- Потенциальным источником инфекции может оказаться контаминированный многодозный флакон

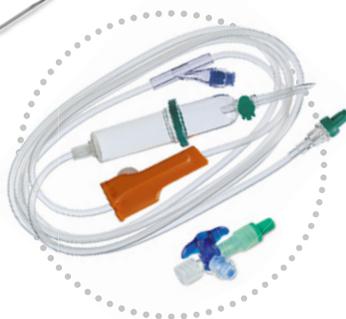
## Микробная контаминация



Приготовление  
раствора

Сосудистый  
доступ

Применение



## Преимущества

- закрытая система
- до 300 подключений
- ровная обрабатываемая поверхность коннектора
- не требует применения заглушек



ООО «Б. Браун Медикал»

196128, Санкт-Петербург, а/я 34, e-mail: office.spb.ru@bbraun.com, тел.: +7 (812) 320-40-04  
117246, Москва, Научный проезд, д. 17, оф. 10-30, тел.: +7 (495) 777-12-72



[www.bbraun.ru](http://www.bbraun.ru)



[vk.com/bbraunrussia](https://vk.com/bbraunrussia)



[t.me/bbraun\\_ru](https://t.me/bbraun_ru)



ВРЕМЯ

7

МИНУТ

ОБРАБОТКИ

ОБЪЁМ

130

М<sup>3</sup>

ПОМЕЩЕНИЯ

БАКТЕРИЦИДНАЯ

99,9

%

ЭФФЕКТИВНОСТЬ

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

НОВЫЙ ЭРГОНОМИЧНЫЙ ДИЗАЙН  
ПРОВЕРЕННАЯ ВРЕМЕНЕМ КОНСТРУКЦИЯ  
ВЫСОКАЯ ЭКОНОМИЧНОСТЬ ЭКСПЛУАТАЦИИ

### ПРИМЕНЕНИЕ

Обеззараживание воздуха и поверхностей помещений всех категорий в отсутствие людей.

### НАЗНАЧЕНИЕ

Основной цикл дезинфекции — **7 минут**:

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

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

**Гарантийный срок – 2 года**

Ресурс у/ф ламп – **9 000 часов**

Цена производителя – **480 000 рублей**



**30 ЛЕТ**  
НА РЫНКЕ

**Лидер У/Ф технологии в России**

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

Подробная информация на сайте:

