ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

медицинских сестёр России

№ 1/65 2024

ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ЗА 30 МИНУТ

Как фельдшерам удалось наладить работу приемного отделения в «Медицинском городе» – крупнейшем онкоцентре Тюмени

стр. 9

ПРОФЕССИЯ, ЧТО ПРИНОСИТ РАДОСТЬ

Акушерки Астрахани рассказали о своей работе в женской консультации

стр. 12

ПИОНЕРАМ ПРОВИНЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ ПОСВЯЩАЕТСЯ

Молодые специалисты Тамбова подготовили историческую экспозицию

стр. 24

ПООЩРЯЕМ ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Передовой опыт акушерок Перинатального центра Омска

ЛИЗОФОРМ

НОВИНКА

НЕОДЕЗИН

- Универсальное применение в специальных моечно-дезинфицирующих машинах, УЗ-установках и для предстерилизационной очистки ручным способом
- Средства для каждого этапа обработки в МДМ – от мойки до финального ополаскивания
- Широкий спектр воздействия: бережное и эффективное удаление загрязнений любой сложности, включая засохшие и въевшиеся загрязнения органической и неорганической природы
- Не оставляет следов и разводов на поверхности инструментов
- Комплексное применение средств линейки Неодезин продлевает срок службы медицинских инструментов и оборудования

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОЧИСТКЕ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

НЕОДЕЗИН F — pH 12,0±1,0
Щелочное моющее средство для очистки многоразовых медицинских изделий

НЕОДЕЗИН КЛИН — pH 10,5
Среднещелочное комплексное моющее средство для очистки многоразовых медицинских изделий

НЕОДЕЗИН N — pH 2,0
Кислотное средство на основе неорганических кислот для нейтрализации и предварительной мойки многоразовых медицинских изделий

НЕОДЕЗИН Z — pH 2,5
Кислотное средство на основе органических кислот для нейтрализации и предварительной мойки многоразовых медицинских изделий

НЕОДЕЗИН КЛАР — pH 7,0
Ph-нейтральный ополаскиватель для ускорения этапа сушки многоразового медицинского инструмента

ООО «Лизоформ-СПб»
E-mail: sales@lysoform.ru;
www.lysoform.ru

От этого года мы все ждем не только профессионального развития, но и системных решений в поддержку сестринской профессии

Уважаемые коллеги, дорогие читатели «Вестника»!

С первыми лучами весеннего солнца спешим познакомить вас с планами и главными событиями года, надеясь, что наше взаимодействие станет еще более результативным.

Пока первый выпуск журнала шагает по стране, эксперты РАМС и ВМШ (Высшей медицинской школы) уже оценивают работы, поступившие на всероссийский конкурс по номинациям «Лучший наставник» и «Лучший преподаватель». Качественная подготовка в период обучения – залог воплощения наших надежд на развитие сестринского дела. Сроки обучения сокращаются, мотивации работать в практическом звене все меньше, а новое поколение требует переосмысления педагогической тактики и роли наставника. Конкурсы выявят победителей, а с ними и лучшие практики, которые мы при поддержке региональных ассоциаций будем повсеместно тиражировать.

О том, что разделяет поколения, мы предлагаем подумать и нашим читателям вместе с автором статьи, представившей в этом выпуске материал о том, на что следует обратить внимание в работе с представителями разных поколений. Прежние стратегии мотивации персонала, единожды утвержденные, согласованные и, казалось бы, эффективные, с молодыми специалистами работать не будут. Предлагаем вооружиться необходимыми знаниями и хорошенько обдумать собственную практику взаимодействия с молодежью.

Региональные ассоциации в этой работе обязательно помогут. Одна за другой, они с воодушевлением создают молодежные советы, приходят к студентам, привлекают к своей деятельности, пытаясь разгадать, что вызывает интерес, захватывает умы и сердца самых юных медиков нашей страны. Многие ассоциации, что очень ярко показала декада региональных ассоциаций, а это своеобразный марафон обмена опытом между лидерами организаций, еще в минувшем году приступили к масштабным проектам профориентации. Как правило, в центре внимания оказываются школьники старших классов и студенты медицинских колледжей и училищ – сегодня все обеспокоены низким процентом трудоустройства выпускников. Тем не менее, есть и такие организации, кто обращает ряд профориентационных мероприятий на среднюю школу, младших школьников и даже малышей. Как знать, вполне возможно, что первая встреча с медициной в таком формате годы спустя откликнется в сердцах молодых людей, и свой выбор в пользу сестринского дела сделают именно те, кто для этой профессии рожден, кто к ней расположен и для кого чужого горя не бывает. Ведь именно такую молодежь мы ждем на студенческой скамье, на практике и, впоследствии, в отделе кадров каждой медицинской организации.

Опыт уже реализуемых проектов будет полезен, и мы его обязательно поддержим яркими событиями, например, такими, как конкурс видеосюжетов. Его содержание сейчас разрабатывается и обязательно охватит разные сферы здравоохранения, – и первичное звено, и работу в стационарах.

Поддержит внимание к молодому поколению и главное событие этого года – осенью в Санкт-Петербурге пройдет уже III Молодежный форум, на котором инициативные группы молодежных советов и те, кто только планирует их создание, попробуют взять бразды правления практикой и образованием в свои руки.

Не останутся без внимания и опытные профессионалы. В планах Ассоциации проведение конкурса школ пациента, организованных силами сестринских коллективов. Постараемся разобраться в содержании, целях, стратегиях работы с разными категориями пациентов, с тематикой школ и доступностью занятий. Пока обучение пациента не встроено как следует в практическую деятельность каждой медицинской сестры, посмотрим, какие пробелы сохраняются, на что профессиональному сообществу стоит обратить внимание. А лучшие и образцовые практики обязательно сделаем достоянием всего профессионального сообщества.

Конечно, в течение года нас ждут многочисленные очные встречи. Заправлены в планшеты космические карты, – перефразируя слова известной песни скажем, что по карте нашей необъятной страны уже проложены маршруты многочисленных выездных школ. Более 30 выездов запланировали эксперты по санэпидрежиму, фтизиатрии, медицине катастроф, лучшим перинатальным практикам, реабилитации и управлению. И пусть каждая встреча будет не напрасна, принесет новые знания и вдохновит на профессиональный рост!

Обмену опытом будут содействовать и онлайн-мероприятия, а также публикации «Вестника». Из текущего выпуска вы узнаете о том, как усовершенствовать обучение по грудному вскармливанию, правильно выстроить общение с тревожным пациентом перед операцией, трансформировать работу приемного отделения крупного стационара, передав врачебные полномочия фельдшеру.

От этого года мы все ждем не только профессионального развития, но и системных решений в поддержку сестринской профессии. В прошлом году РАМС обратилась к губернаторам ряда российских регионов по вопросу о повышении оплаты труда, по итогам этой работы сформулировала предложения в адрес Минздрава России и ЦК Профсоюза работников здравоохранения. Уже в этом году мы задействовали и другие доступные каналы связи с органами власти и очень надеемся, перемены не заставят себя долго ждать. Нам нужна победа на всех фронтах, в том числе в переосмыслении ценности нашей профессии в современном российском обществе.

На обложке: Коллектив Приемного отделения ГАУЗ ТО МКМЦ «Медицинский город» (г. Тюмень)

СОДЕРЖАНИЕ

СОБЫТИЯ В РЕГИОНАХ	
Пионерам провинциальной медицины посвящается. Молодые специалисты Тамбова подготовили историческую экспозицию	стр. 12
ЗНАКОМСТВО С ПРОФЕССИЕЙ	
Акушерство – профессия, что приносит радость.	стр. 9
Единственная запись в трудовой	стр. 27
50 лет в профессии	стр. 28
СЕКРЕТЫ УПРАВЛЕНИЯ	
Этика нового поколения и особенности взаимодействия с кадрами в современных реалиях	стр. 14
ИННОВАЦИОННАЯ ПРАКТИКА	
Вклад сестринского персонала Республики Марий Эл в лечение детей, больных лейкозами	стр. 6
Плановая госпитализация за 30 минут. Как фельдшерам удалось наладить работу приемного отделения в «Медицинском городе» – крупнейшем онкоцентре Тюмени	стр. 19
Поощряем грудное вскармливание. Передовой опыт ведения школы акушерками Перинатального центра г. Омска	стр. 24
КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Весна пришла – аллергию принесла. Роль медицинских сестер в проведении аллергенспецифической терапии	стр. 29
Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия в акушерстве	стр. 33
ГЕРОИ ПРОФЕССИИ	
Огненными тропами Тигра. Посвящается бесстрашной службе тюменской медсестры по спасению защитников Отечества в ходе СВО	стр. 3
С ЗАБОТОЙ О КАДРАХ	
Безопасность на рабочем месте. Практические примеры и алгоритмы действий	стр. 38

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-43903 от 17.02.2011. Подписано в печать 05.03.2024. Отпечатано в ООО «Аллегро». Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 28. Заказ № 1299. 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 Ф.И.О. автора, должности, учреждения, контактных данных, фотографией автора, иными иллюстрациями в виде отдельных файлов JPEG по электронному адресу: **natalia@medsestre.ru**

ОФОРМЛЕНИЕ ПОДПИСКИ

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

Подробная информация о подписке и размещении публикаций – на сайте РАМС: **www.medsestre.ru**

УЧРЕДИТЕЛИ И ИЗДАТЕЛИ

Ассоциация медицинских сестёр России
ООО «Милосердие»
Издательство «Рио»

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

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

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.

Огненными тропами тигра

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

Всевышний, возможно, еще с детства готовил героиню моего очерка к чему-то важному и великому, определив для нее особое предназначение в жизни. И Она, чувствуя в себе огромный потенциал, с упорством шла своим путем – тропой правды, справедливости и любви к людям. Откуда столько внутренней силы и жизненной мудрости в этой девочке? Девочка-воин, девочка-помощник, духовные предводители которой существуют где-то в Царстве добра и света. Восточная красавица с чуть раскосыми, все понимающими глазами, с жесткими упрямыми волосами, забранными в толстый пучок на затылке, и озорными ямочками на смуглых щеках, которые ярко прорисовываются при нечастой в последнее время улыбке. Небольшой у нее только рост, да и важно ли это, когда у тебя огромное сердце? Она всегда там, где непросто, где трудно. Не каждый уверенный в своих силах парень решился бы пройти даже часть пути, которым Она движется. Именно благодаря таким людям с несгибаемой волей и характером, твердым, как нефритовый стержень, и развивается цивилизация. У нее красивое восточное имя, но, рассказывая о ней, я буду называть ее местоимением Она, уважительно прописывая его с заглавной буквы.

Она немногословна и требовательна к себе. С детства куклам Она предпочитала деревенскую мальчишескую компанию, катание на велосипеде или игре в футбол. Содранные коленки, ссадины дворовых друзей не оставляли ее равнодушной. Вырасти и стать военным доктором – эту мечту Она взращивала в себе с детских лет и, чем старше Она становилась, тем ближе и осуществимее становилась ее мечта. Почему именно военным? Кто знает… Возможно, наитие. Главное для нее было не топтаться на месте, а идти вперед. Маленький гайдаровский Мальчиш-Кибальчиш в юбке, освоив алфавит, Она жадно «глотала» книжки, и это ее интеллектуально развивало. Книги открывали нравственные ориентиры, учили добру, рассказывали о подвигах и человеческой дружбе.

Еще в 9 классе наша героиня вступила в ряды Поискового движения России, в составе сводного поискового отряда Тюменской области участвовала в международных и межрегиональных военно-исторических экспедициях «Вахта памяти».

Благодаря гибкому уму, широкому кругозору, глубоким знаниям, в школьные годы Она была постоянной участницей районных и областных олимпиад и соревнований, КВНов и интеллектуальных игр. Активное участие в общественной деятельности класса и школы привело ее в волонтерский отряд школьников. Еще в 9 классе Она вступила в ряды Общероссийского общественного движения по увековечиванию памяти погибших при защите Отечества «Поисковое движение России». Ее сердечко набатом стучало в колокол памяти предков. Дальше – больше. В составе сводного поискового отряда Тюменской области Она участвовала в международных и межрегиональных военно-исторических экспедициях «Вахта памяти». Медицинскому работнику там всегда отводилась своя роль, как при проведении эксгумационной работы на раскопках, так и при возможных несчастных случаях. Уже тогда мысли о медицине стали занимать все больше места в ее сердце. Экспедиции поисковиков, как правило, снаряжаются туда, где в годы Великой Отечественной войны шли кровопролитные бои. В погоду-непогоду, преодолевая вязкую болотную топь или холмистую местность, опираясь на палки, двигались к цели юные поисковики и их руководители. Шли чаще змейкой, подставляя друг другу по-братски плечо. И каждую поездку им удавалось находить массу боевых артефактов, снарядов и осколков, касок, жетонов и христианских нательных крестиков и, конечно, кости. Много костей. Благодаря отряду, останки погибших воинов с почестями перезахоранивали, давая им возможность по-человечески обрести последний покой. В 2019 году, уже обучаясь на 2 курсе медколледжа, Она стала инициатором создания студенческого поискового отряда под названием «Санбат», который был организован для увековечивания героических подвигов медработников в годы Великой Отечественной войны как на линии фронта, так и в тылу. Ее главным ориентиром и жизненным кредо с юности и по сей день является выражение «Без прошлого нет будущего» …В этом Она вся.

Медицинский колледж, который Она окончила с красным дипломом в 2021 году, до сих пор вызывает у нее теплое чувство благодарности ведь активная студенческая жизнь была насыщена чередой мероприятий, форумов, конкурсов профессиональной и патриотической направленности разного уровня как региональных, так и всероссийских. Волонтер по жизни, Она чувствовала себя полезной в волонтерском отряде колледжа «Первая помощь», участвовала в проекте «Медики – школьникам», принимала участие в весенней сессии «Школа волонтера – 2019». Огонек, горящий в груди этой девушки, невозможно было не заметить. И ведь заметили, – избрали кандидатом в члены Общественной молодежной палаты VII созыва при Тюменской областной Думе. Отличную профессиональную подготовку наша героиня продемонстрировала еще во время обучения на 2 курсе, став призером профессионального VII открытого регионального чемпионата «WorldSkills Russia 2020» в Тюменской области по компетенции «Медицинский и социальный уход». Участие в Программе обучающего курса «Современные аспекты профориентационной работы» также было обоюдно полезным. В общем, общественная деятельность стала ее основным стимулом развиваться и двигаться вперед.

Вслед за призовым местом регионального чемпионата «WorldSkills Russia 2020» и окончанием Медицинского колледжа с красным дипломом последовала работа в моноинфекционном госпитале.

Будучи студенткой 3 курса, в 2020-м, при обострении эпидобстановки в стране из-за распространения новой коронавирусной инфекции маленький боец в очередной раз бросила себя на амбразуру профессии, предложив свои силы для работы в Тюменском моноинфекционном госпитале. Там, среди маститых коллег, Она научилась многому. Неспроста говорят, что каждый опыт чему-то нас учит. Ей в то непростое время даже была вручена Памятная медаль «За особый вклад студентов-медиков в борьбу с коронавирусом», которой награждали наиболее отличившихся студентов за содействие в борьбе с COVID-19. Получив диплом по специальности «сестринское дело», Она продолжила работу в госпитале. Понимая всю опасность, висевшую над медиками дамокловым мечом, Она ни минуты себя не жалела. Она четко осознавала, что там, в моногоспитале, сможет принести максимальную пользу обществу, людям. В сентябре 2021 года устроилась работать в одну из тюменских областных клиник, но и там Она продолжала участвовать в общественной деятельности. По-прежнему все свое свободное время Она продолжала уделять поисковой работе. Даже в свой первый отпуск Она умудрилась поехать в военно-историческую экспедицию «Тельмановский рубеж – 2022» в Ленинградскую область.

Еще до объявления массовой мобилизации, подписав контракт, наша героиня добровольцем отправилась в зону СВО со стрелковой ротой снайперов «Тайга», чтобы служить медиком.

А уже в июле все того же 2022-го, еще до объявления массовой мобилизации, подписав контракт, наша героиня добровольцем отправилась

в зону СВО со стрелковой ротой снайперов «Тайга». Тогда на территории каждого региона формировались свои именные подразделения. Но служит Она там, в медицинской роте. Она была, пожалуй, одной из первых ласточек среди медиков Тюмени, которые поехали добровольно. Причем Она из тех, кто рискует жизнью по зову беспокойного сердца. Она отчетливо понимала, что ее руки, ее глаза, ее неравнодушная, умеющая сострадать душа, нужны там, на передовой, где гибнут наши солдаты, молодые мальчишки, попавшие в жернова боевых действий. Разве смогла бы Она со своим характером отсиживаться в тылу?

Где, как, почему, с каким молоком матери этой девочке удалось впитать в себя столько ответственности, самопожертвования, понимания чужой беды? Как можно было успеть столько сделать за свои 23 года девичьей жизни? Однажды в одной притче мне попалось мудрое изречение, которое

> Уже более полутора лет Она мужественно несет службу своей Родине на передовой, спасая солдатские жизни.

подходит нашей героине, как никому другому: ***«Она просила сил, а жизнь дала ей трудности, чтобы сделать ее сильной. Она просила возможность летать, а жизнь дала ей препятствия, чтобы Она их преодолела. Она просила мудрости, а жизнь дала ей проблемы, чтобы Она научилась их решать. Она ничего не получила из того, о чем просила, но Она получила все, что было нужно ей…»***

Там, за «красной чертой», у нее совсем другая жизнь, там Она – Тигра, и уже почти полтора года Она мужественно несет службу своей Родине, принося пользу тем, что на передовой Она спасает солдатские жизни. Другого предназначения для себя Она не желает. Недаром говорят, что в жизни всегда есть место подвигу. Там их подвиг не разовый, он ежедневный. А сопровождающим фоном их новой жизни являются взрывы, канонада, стрельба. Там каждый из них мечтает об окончании этого кошмара, где гибнут друзья и родные, где новый день для любого из них может никогда не наступить. Там жизнь ценится совсем по-другому. Но редкое наступление тишины не радует, а больше напрягает непредвиденными последствиями вражеской подлости.

Вообще, ее родители не сразу узнали, что их дочь в зоне спецоперации. На протяжении нескольких месяцев очень убедительно, с присущим ей восточным спокойствием, Она рассказывала им о работе в Ростовском госпитале. Правду они узнали позже. За время службы Она уже дважды побывала в отпуске. А в конце февраля ей удалось повидаться с двоюродным братом, 26-летним Жанатом, кадровым офицером, который нес службу на передовой с первого дня СВО. Такая встреча стала для обоих бесценной и знаковой. Она привезла ему привет из дома и пирожки от любящей жены.

Он нашел ее, и они в окружении друзей пили чай с пирожками и болтали о доме и родных, Она рассказывала ему о его маленьком сынишке, который очень скучает по папе… Кажется, ее друзья заочно знали все о ее замечательном героическом брате, офицере и командире, ведь Она часто с гордостью рассказывала им про его человеческие качества. Но какой бы приятной не была встреча, всегда приходит время прощаться. Прощания на войне вещь будничная, прощаться долго страшно. И если постоянно думать только о плохом, можно просто сойти с ума. А на следующий день к ней приехал парень, который нес службу в подчинении у ее брата. Виновато и растерянно опустив глаза, он сказал: «Ваш брат погиб. Командир подорвался в разведке. Надо тело опознать». Она, получив такое страшное известие, не смогла поехать на опознание брата, не нашла сил. Слишком тяжелым было это испытание для Тигры. Были горькие слезы без криков и истерик. Его тело опознали ее друзья, которые накануне присутствовали на встрече. Не как сестра, а как боевой товарищ Она поехала к жене брата и четырехлетнему племяннику, чтобы проводить Жаната в последний путь и рассказать родным как солдат о солдате о том, каким героем был ее брат там, на войне. У Тигры, девочки, ушедшей на фронт добровольцем в 22 года, там, высоко в небе, теперь есть свой ангел-хранитель, развернувший над ней свое братское крыло.

На все воля Всевышнего, и обязательно наступит время, когда все закончится. Мы все в это свято верим! Тигра завершит свой героический путь воина-медика, и ее позывной станет историей.

У каждого поколения свои герои. На смену уходящему поколению солдат – победителей Великой Отечественной пришли новые герои – их внуки и правнуки, такие же отважные ребята, патриоты своей Родины.

> Когда придет долгожданная Победа, наша героиня наденет все свои награды, полученные за храбрость и героизм. Среди них Орден мужества, медаль «За боевые действия», знак «Ветеран войны» и другие медали. Медицинские сестры России будут гордиться боевыми подвигами своей коллеги!

И когда придет долгожданный Парад Победы (а он обязательно придет!), Тигра наденет все свои награды, полученные за храбрость и героизм: среди которых орден Мужества, медаль «За боевые действия», знак «Ветеран войны», другие медали. И мы, ее земляки, будем гордиться боевыми подвигами медицинской сестры.

Ты только береги себя, девочка!

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ: ВКЛАД СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

К 35-ЛЕТИЮ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ

Ольга Михайловна ДОМРАЧЕВА
Старшая медицинская сестра онкогематологического отделения ГБУ РМЭ «Йошкар-Олинская детская городская больница»

Страницы истории

История развития детской онкогематологической службы является частью истории развития здравоохранения в Республике Марий Эл.

До 1988 года дети, больные гематологическими заболеваниями, лечились в Детской городской больнице на педиатрических койках.

Главный врач Соколова Лелия Ивановна понимала назревшую необходимость открытия гематологического отделения для детей. К этому времени сложилась благоприятная ситуация: имелись необходимые для развертывания отделения площади.

В декабре 1988 года Минздрав Марийской АССР издал приказ об организации гематологического отделения на базе Детской городской больницы города Йошкар-Олы. Отделение возглавила Гордеева Зинаида Семеновна, только что прошедшая ординатуру по специальности «Педиатрия». Благодаря стараниям этого руководителя работа в отделении была организована согласно требованиям времени.

1992 год знаменателен тем, что впервые появились не только надежда, но и реальные возможности выздороветь от острого лейкоза. Началась новая эра в лечении онкологических больных. Впервые Гордеевой З.С. в республике внедрены высокотехнологичные методы лечения детей с острым лейкозом. Одной из таких прогрессивных программ стало внедрение усиленной схемы лечения BFM (Берлин-Франкфурт-Мюстер), которая по продолжительности длится 2,5 года, вследствие чего в отделении появились больные дети-старожилы.

В 1998 году детская гематологическая служба получила статус Республиканского детского онкогематологического центра. В составе Центра онкогематологическое отделение с проектной мощностью на 30 коек и амбулаторно-консультативная поликлиника. За 35 лет существования отделения пролечено более 20 тысяч детей, из них свыше 3,5 тысяч детей с гемабластозами и новообразованиями.

В настоящее время отделение – одно из ведущих по оказанию высокотехнологичной, консультативной и специализированной помощи детям, больным онкогематологическими заболеваниями. В отделении работают преданные своему делу врачи, медицинские сестры, персонал. Труд этих людей необходим обществу. Сплоченный и дружный коллектив настроен на новые свершения и с оптимизмом смотрит в будущее.

Сейчас в отделении продолжают успешную работу ученики Гордеевой З.С. – заведующий отделением Сабанцев С.Л., врачи-гематологи Гатина Р.Н. и Белова М.Н., старшая медицинская сестра Домрачева О.М., 12 палатных медицинских сестер. Нельзя не отметить большую роль процедурных медицинских сестер с огромным опытом работы – Солкина Э.И., Буркова Н.И.

Сестринский коллектив

Открывая отделение и комплектуя его штат в 1988 году, Зинаида Семеновна сразу четко обозначила значимость и высокий статус медицинских сестер, настраивая и мотивируя их на благородный труд: ***«Запомните, вы – медицинские сестры онкогематологического отделения!»***, делая акцент на непростом профиле. И спустя 35 лет мы

чтим это напутствие и стремимся соответствовать возложенной миссии.

Конечно, в 1988 году в Республике не было сестер, подготовленных специально для этого отделения, владевших всеми манипуляциями и осведомленных о работе с детьми с острыми лейкозами. Поначалу в отделение пришли пять медицинских сестер, не имеющих опыта работы с детьми с онкогематологической патологией. Но все они являлись профессионалами своего дела, которые любят жизнь, людей, которые стремились помогать детям, учиться новому, умели сострадать. С этих трудолюбивых, добросовестных людей и началась сестринская помощь в отделении.

Для получения новых знаний, необходимых для профессиональной деятельности, медицинские сестры отделения прошли специальную подготовку в центре повышения квалификации.

Сегодня медицинские сестры отделения – профессионалы высочайшей квалификации, которые искусно проводят сложнейшую инфузионную терапию – трансфузии, химиолечение с применением специальной техники; работают с центральными и периферическими венозными катетерами, владеют навыками ухода за больными с грибковыми, вирусными и бактериальными инфекциями, геморрагическими осложнениями, в том числе в стерильных условиях, где особенно важны способы постановки, фиксации, методы и скорость введения препаратов, длительность использования и правила удаления.

Особое внимание в онкогематологическом отделении уделяется соблюдению правил безопасности при работе с кровью, обращении с опасными лекарствами. Защита персонала от инфекций при работе с кровью основана на использовании специальной одежды и перчаток, профилактике порезов, тщательном мытье рук, выполнении правил инфекционного контроля.

Многие лекарства, особенно цитостатики, которые применяют для лечения онкологических и гематологических больных, высокотоксичны и даже канцерогенны.

Специалисты подвержены рискам негативного воздействия цитостатиков посредством вдыхания паров или капель препарата, проглатывания, а также поглощения лекарств кожей.

Воздействие может быть и непрямым – через контакт с выделениями пациента, получившего химиопрепараты. Важно предусмотреть снижение риска контакта, что достигается использованием ламинарных вытяжных шкафов для разведения антибиотиков, цитостатических препаратов, растворов для парентерального питания.

Каждая медицинская сестра онкогематологического отделения знает обо всех возможных осложнениях при лечении заболеваний, владеет навыками их диагностики, проведения профилактических и лечебных мероприятий.

Новые технологии сестринского ухода

Время не стоит на месте. Весь медицинский персонал регулярно повышает уровень знаний, участвуя в образовательных мероприятиях по вопросам онкологии, гематологии и паллиативной помощи, изучая статьи в специализированных медицинских журналах. Старшая медицинская сестра и заведующий отделением регулярно проводят с персоналом практические занятия. Медицинские сестры во главе со старшей медицинской сестрой Домрачевой О.М. прекрасно освоили работу с порт-системами для введения химиопрепаратов, владеют навыками ухода за такой системой и постоянно их совершенствуют. Участвовали в Перспективном открытом наблюдательном исследовании долгосрочной ферментозаместительной терапии под руководством Гордеевой З.С.

Несмотря на трудную работу, в отделении нет текучести кадров. Более 30 лет работают палатные медицинские сестры Рачкова Е.Г., Козлова И.А., Пекменова М.Д., Соловьева З.В.

Невозможно представить работу онкогематологического отделения без работы клинической лаборатории. Дети с гемобластозами и злокачественными новообразованиями поступают в состоянии иммуносупрессии, а во время проведения агрессивной полиохимиотерапии наступает аплазия кроветворения. Таким детям необходимо проводить ежедневный контроль количества лейкоцитов, гемоглобина. Тщательно и своевременно это осуществляет лаборант отделения Белянина Н.А.

Ассоциация средних медицинских работников Республики Марий Эл оказывает большую поддержку медицинским сестрам онкогематологического профиля. Ежегодно проводятся республиканские конференции о роли сестринского персонала в повышении качества жизни онкологических пациентов. Благодаря РАМС и региональной ассоциации медицинские сестры отделения проходят повышение квалификации в рамках образовательной программы Фонда семьи Тиньковых «Особенности оказания сестринской помощи пациентам с онкогематологическими заболеваниями».

В 2023 году обучение по данной программе, где особое внимание было уделено вопросам ухода до, во время и после трансплантации гемопоэтических стволовых клеток, прошла стар-

шая медицинская сестра отделения Домрачева О.М.

Важным аспектом образовательной программы стала стажировка на базе ведущих центров Москвы и медицинского колледжа РАМН. Стажировка была построена в формате интенсивной ротационной работы в реальных условиях клинических отделений. Занятия проводили ведущие специалисты в области онкогематологии, трансплантологии, инфекционной безопасности, лабораторной диагностики, сестринского ухода.

На базе медицинского колледжа обучение проходило на тренажерах виртуальной реальности. Манекены последнего поколения помогли специалистам познакомиться с новейшими устройствами для перемещения тяжелобольных.

Сегодня работа в отделении построена и ведется по такому же принципу, как в ФГБУ «НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева». На вооружение специалистами приняты учебно-методические материалы, полученные в рамках стажировки, – по особенностям введения препаратов, взятия крови, основным принципам работы с центральным венозным катетером (ЦВК), по смене повязки ЦВК, по осложнениям, связанным с установленным катетером, мероприятиям при отсутствии тока жидкости, по окклюзиям, по использованию и особенностям ухода за коротким периферическим венозным катетером в педиатрической практике.

Изучив материалы, медицинские сестры онкогематологического отделения ЙДГБ усовершенствовали работу с порт-системами, обратив особое внимание на способы постановки, фиксацию, методы и скорость введения препаратов, длительность использования и правила удаления. Научились выделять ключевые зоны рабочих участков, контаминация которых сопровождается высоким риском инфицирования пациента.

Важную роль играет психологическая поддержка пациента и его родителей медицинской сестрой. Благодаря адекватному психологическому контакту удается максимально снизить у пациента чувство тревоги, страха, постоянных опасений.

Наряду с медицинским персоналом в отделении востребован медицинский психолог. Он одним из первых начинает работать с тяжелобольными детьми и, конечно, с их родителями. Психологическая травма больше ударит именно по родителям, им трудно принять, что их ребенок, еще недавно полный жизненных сил, угасает, и причина этого – тяжелое онкозаболевание. Начиная с 1989 года для детей работал педагог-воспитатель, а с 1995-го введена ставка психолога.

Юбилейные торжества и главные гости отделения

Первого декабря 2023 года онкогематологическое отделение отметило свой очередной юбилей.

«Будем жить!», – под таким девизом начались праздничные мероприятия, посвященные 35-летию онкогематологического отделения Йошкар-Олинской детской городской больницы имени Л.И. Соколовой». Эта традиция сохранилась со времен его создания.

Особые гости – уже взрослые бывшие маленькие пациенты, состоявшиеся в личной и профессиональной жизни. Их истории – это ценный опыт преодоления трудностей для пациентов нынешних.

Также в гостях отделения побывали все те, кто имеет непосредственное отношение к детской онкогематологической службе в республике. Это администрация больницы, представители Министерства здравоохранения, духовные наставники, труженики отделения прошлых лет.

Празднование проходило по оригинальному сценарию с участием людей доброй воли, волонтеров. Это студия танца «Море», талантливая исполнительница Линара Нигматуллина, студентка 4 курса МарГу, профессионал аккордеонист Сергей Мичурин, а также благотворительный фонд «Взрослые детям».

На торжественной церемонии также присутствовали дети, которые смогли пережить тяжелейший недуг. Они пришли со своими родителями и выразили огромную благодарность врачам и всем сотрудникам отделения, подарили памятные подарки и цветы.

Самоотверженный труд всех членов команды заслуживает уважения. На сегодняшний день отделение представляет собой большой слаженный организм, работающий быстро, четко, уверенно. Крепкий тандем «врач–медсестра» и вся мультидисциплинарная команда позволяет максимально эффективно реализовывать все поставленные задачи по лечению и сопровождению ребенка в условиях болезни.

АКУШЕРСТВО – ПРОФЕССИЯ, КОТОРАЯ ПРИНОСИТ РАДОСТЬ

Светлана Александровна АНДРЕЕВА
Исполнительный директор
АРОО «ПСА», г. Астрахань

2024 год – Год семьи

22 ноября 2023 года Президент России Владимир Владимирович Путин подписал указ, согласно которому 2024 год объявлен Годом семьи. Такое решение он принял, чтобы сохранить и укрепить традиционные российские семейные ценности.

Что же такое семья и какова ее роль в жизни человека?

Большой толковый словарь гласит: «Семья – это группа людей, состоящая из мужа, жены, детей и других близких родственников, живущих вместе».

Но ведь семья это не просто группа людей, живущих вместе. Это маленькая «вселенная» со своим уставом, откуда все начинается: рождение и воспитание детей, передача семейных ценностей и традиций, которые стараются не нарушать, сохранять и передавать следующему поколению.

Охрана здоровья женщин – залог формирования здорового поколения

Здоровье женщин детородного возраста формируется с первых лет жизни. Многие соматические заболевания, болезни женских репродуктивных органов и репродуктивные установки будущих матерей берут свое начало в самом раннем возрасте.

К сожалению, в настоящее время репродуктивной системе молодого поколения уделяется недостаточно внимания. Принято считать, что дети и подростки не ведут активную половую жизнь и поэтому не сталкиваются с проблемами в этой области. Юные особы по причине своей неосведомленности о проблемах полового созревания игнорируют посещения «женского врача».

Ответ на вопрос, рождаются ли здоровые дети от больных родителей, очевиден! Формируется замкнутый круг: больные дети – больная молодежь – больные родители – больные дети.

Важнейшей медико-социальной проблемой всегда было и остается здоровье детей и подростков. Улучшение репродуктивной функции населения и восстановление рождаемости могут оказать положительное влияние на сохранение генетической основы страны.

Основная задача по профилактике заболеваний, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению женской части населения возложено на акушерок (приказ от 13 января 2021 года № 6н «Об утверждении профессионального стандарта "Акушерка (Акушер)"».

Акушерки работают среди женщин, и именно им доверяют вопросы, связанные со здоровьем, о которых юные девушки стесняются или стыдятся спросить врача, а тем более своих родственников.

Кроме того, информация, которую девушки/женщины получают из социальных сетей, от друзей и родственников, которые «знают все», часто оказывается недостоверной.

Люди встречаются, люди влюбляются, женятся

Помните притчу про сороконожку? Ее спросили, как у нее так ловко получается ходить на своих сорока ногах – она задумалась об этом и не смогла больше ходить. По аналогии вспомните те времена, когда молодые пары не задавались вопросом о планировании рождения детей. Поженились, значит надо наследника – так было принято. Сейчас совсем другое время. Современные молодые люди больше размышляют о своих желаниях и осознанно подходят к вопросу рождения детей. Многие понимают, что перед

принятием важного жизненного решения необходимо подготовиться – проверить, могут ли они иметь детей, пройти диспансеризацию до зачатия ребенка, изменить образ жизни.

Беременность – время перемен и сомнений

С того момента, когда женщина узнает о своей беременности, ей следует обратиться в женскую консультацию. Как правило, многие так и поступают, чтобы быть спокойными в том, что беременность протекает нормально.

Женщина, ждущая ребенка, стремится наладить постоянный контакт с врачом и акушеркой, которые в тандеме будут вести ее беременность. Именно от них она будет получать квалифицированную информацию по всем вопросам, связанным с рождением ребенка. Каждая женщина, особенно ждущая первенца, нуждается в профессиональной поддержке, и в данном случае профессионалы акушерского дела как никто другой расскажут женщине обо всех изменениях, которые произойдут с ее организмом и самочувствием, откроют ей тайны загадочной жизни, происходящей внутри нее.

В АКБ «ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России» эти тайны открывают на занятиях в постоянно действующей «Школе материнства». Занятия проходят по расписанию, а проводят их опытные акушеры-гинекологи и акушерки в специальном кабинете. Расписание занятий «Школы материнства» находится рядом с регистратурой, кроме этого, о «школе» много рассказывает женщине как врач, так и акушерка во время приема. Запись доступна даже через новостной канал АКБ «ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России» в Telegram. К посещению «школы» привлекаются не только будущие мамы, но и будущие отцы.

На занятиях специалисты стараются сформировать у беременной женщины мотивацию к обучению в «школе», стараются доступно изложить материал и не забывают проверить, как полученные знания и навыки усвоены. Занятия проходят в атмосфере взаимного доверия, где беременная женщина – главное действующее лицо.

Акушерка и ее роль во время беременности

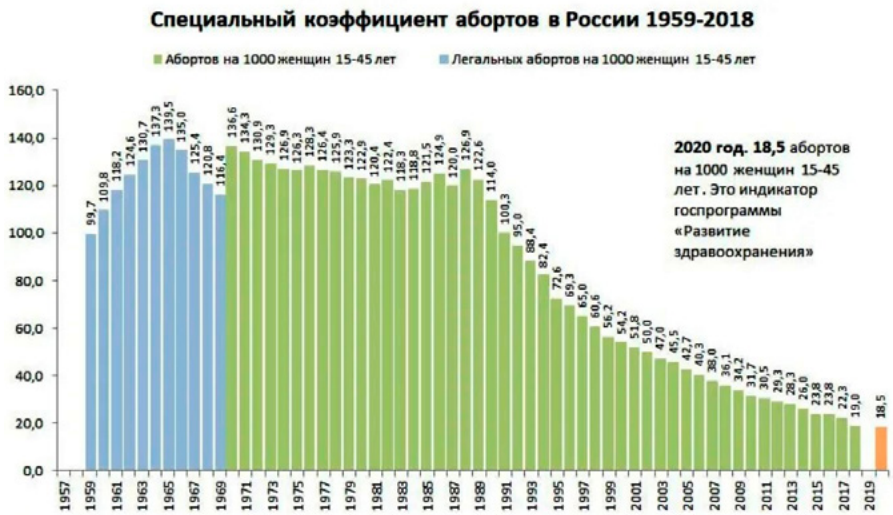
Одной из ключевых целей национального проекта «Здравоохранение» является снижение младенческой смертности и развитие педиатрической помощи. Как известно, здоровье маленького человека зависит не только от родителей и от наследственности, оно зависит и от тех, кто помогает ребенку появиться на свет.

Главная медицинская сестра АКБ «ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России» Машпанина Татьяна Павловна рассказала о том, как происходит взаимодействие акушерок женской консультации с беременными женщинами.

– Беременность – это особое время в жизни каждой женщины. Но всегда ли оно счастливое? Течение беременности не всегда бывает радужным и солнечным. Начиная с момента зачатия, организм начинает перестраиваться, и женщины испытывают самые разные симптомы. Однако в этот непростой период женщины полностью доверяются «женским специалистам». Они внезапно оказываются вместе в особенный и зачастую пугающий момент жизни женщины. И связь между ними формируется мгновенно.

Современная модель акушерства включает в себя три элемента. Самый первый – это воспитательная работа, на этом этапе идет обучение будущих матерей и отцов, следующие элементы – это медицинская помощь и человеческая поддержка. Важно понимать, что помощь беременным женщинам должна начинаться с социальной и психологической поддержки, с основных правил питания и ведения здорового образа жизни, а не с медицинской помощи.

Для обеспечения качественной пренатальной заботы акушерки стремятся к установлению доверительных отношений с обратившимися в наше медицинское учреждение женщинами, чтобы они не волновались, чувствовали себя спокойно и могли обсудить все тревожащие их вопросы относительно протекающей беременности.



У истоков новой жизни

Никонова Елена Николаевна, акушерка поликлиники № 2 Астраханской клинической больницы ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА более 30 лет помогает женщинам вынашивать и рожать здоровых детишек. Ничего не ускользает от взора Никоновой Елены, – ни отеки, ни лишний вес беременной. Большой опыт ра-

Число абортов по данным Росстата в 1990—2019 годах, тыс.

1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
4 103,4	3 608,4	3 436,7	3 244,0	3 060,2	2 766,4	2 652,0	2 498,7	2 346,1	2 181,2
2000	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**
2 138,8	2 014,7	1 944,5	1 864,6	1 797,567	1 675,693	1 582,398	1 479,010	1 385,600	1 292,389
2010	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
1 186,108	1 124,880	1 063,982	1 012,399	929,963	848,180	836,611	779,848	520,0	

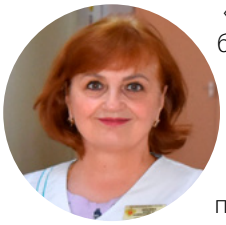
боты научил акушерку видеть отклонения от нормы прямо «с порога кабинета». Любые изменения в состоянии здоровья беременной женщины – повод обратить внимание врача, который в зависимости от самочувствия женщины, роста и развития плода может увеличить количество посещений в женскую консультацию. Все девять месяцев Елена Николаевна рядом с женщиной, ждущей ребенка, пропускает через свое сердце и радости и тревоги будущей мамы. Для многих женщин она не просто акушерка, а родной человек. Бытует такое мнение, что акушерки не стареют. И это правда. Видимо, сказывается то, что каждый день они видят женщин, которые вынашивают новую жизнь, не это ли счастье? Вот и Елена Николаевна так легко и ловко выполняет свою работу, с таким удовольствием общается и так открыто улыбается, что ее возраст просто и не угадать.

«Работать приходится не только по основной своей профессии, но и психологом, когда важно поговорить, успокоить, уговорить. Порой смотришь на беременных женщин и думаешь, какие они все разные, а пообщавшись с ними, понимаешь – одинаковые они все без исключения, потому что проникнуты теплом материнской любви к еще не рожденному, но уже самому дорогому и любимому ребеночку, – говорит Елена. – Переживаю сердцем за каждую женщину, ведь мы становимся за эти девять месяцев близкими людьми, а уж если женщина вынашивает второго, а то и третьего, то ощущаешь себя родным человеком».

Забота о женском здоровье

Многие женщины, которые территориально относятся к поликлинике № 4, знакомы с акушеркой Ольгой Александровной Лосевой. В этой поликлинике она работает более 5 лет. Ольга Александровна – это хозяйка кабинета врачебного приема и «правая рука» врача-гинеколога Козыревой Марины Андреевны.

Ольга Александровна подготавливает к работе лекарственные препараты и медицинское оборудование, измеряет вес и артериальное давление у пациенток, ведет медицинскую документацию, а самое главное, общаясь с беременными женщинами, поддерживает их психологически в этот ответственный и тревожный период. Зачастую именно ей пациентки рассказывают о своей жизни и здоровье такие факты, о которых стесняются рассказать врачу.

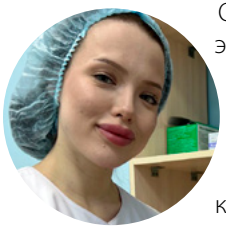


«Суть моей работы, – говорит Ольга, – заключается в заботе о женском здоровье. Совместное ведение пациентки врачом и акушеркой помогает женщине спокойно вынашивать здоровую беременность. Мы готовим ее организм к родам, настраиваем психологически. Я всегда на связи с нашими женщинами, звоню им и приглашаю на прием, если они пропускают явку к врачу, расспрашиваю о самочувствии. Обязательно звоню и после родов, чтобы узнать, как все прошло. Мы вместе с врачом всегда искренне радуемся за женщин, когда они с гордостью показывают нам фотографии новорожденных детишек. Акушерство – это мое призвание, а женская консультация – это мой второй дом и вторая семья».

Главная медицинская сестра душевно и с неким восхищением отзывается об акушерках, с которыми она работает не один год: «Акушерки на своих участках занимаются преимущественно беременными. Они приходят на работу значительно раньше врача, подготавливают кабинет, медицинские инструменты, индивидуальные карты назначенных на прием беременных женщин, просматривают и подклеивают анализы, направления на диагностические исследования и информацию для врача-гинеколога и для пациенток. Во время приема совместно с врачом ведут прием беременных. На акушерках лежит двойная ответственность – за жизнь матери и ребенка, что требует серьезного отношения к своей работе. Наши акушерочки не принимают роды, но они причастны к настоящему чуду – рождению новой жизни. А это самый важный результат работы и врача-гинеколога и акушерки, которые на протяжении девяти месяцев оказывают будущей маме и медицинскую и психологическую поддержку».

Всё начинается с любви к профессии

Акушерство – это сложная, но в то же время перспективная и самая добрая профессия. Медицинские работники, связавшие свой жизненный путь с акушерством, должны обладать такими качествами, как высокий профессионализм, компетентность, общая эрудиция, уважение к пациенткам.



Обладательницей этих качеств является Печерина Яна Муслимовна – молодой специалист, акушерка поликлиники № 3 Астраханской клинической больницы ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России.

Свой профессиональный путь Печерина Яна начала с 2021 года после окончания Астраханского базового медицинского колледжа. И с первых же

дней работы показала свою профессиональную грамотность.

«Мне очень повезло с учителями, которые привили нам не только уважение и гордость к выбранной профессии, но и уважение по отношению к нашим пациенткам», – говорит Яна.

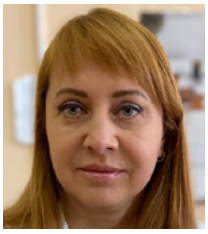
«Очень важно, чтобы между беременной женщиной и акушеркой сложились доверительные отношения, – считает Татьяна Павловна, главная медицинская сестра. – Наблюдая за работой Печериной Яны, мы видим, что ей это удается.

С каждой женщиной Яна "бок о бок" проходит все этапы и сроки беременности, видит и понимает их ощущения и тревоги, – продолжает главная медицинская сестра. – Она ставит коммуникацию с беременными женщинами на первое место, уделяя особое внимание пониманию ожиданий и потребностей каждой женщины, а также разъяснению любой медицинской информации. Яна Муслимовна умеет поддерживать открытый диалог, во время которого каждая пациентка чувствует себя вовлеченной, – так все решения принимаются только вместе с женщиной.

Наши акушерки стремятся постоянно повышать профессиональные знания и навыки, чтобы быть в курсе последних медицинских рекомендаций, чтобы обеспечить акушерскую помощь на высоком уровне, ведь здоровье матери и ребенка для них главный профессиональный приоритет, – с гордостью подчеркивает Татьяна Павловна. – У каждой из наших акушерок за годы работы имеются грамоты, благодарности за добросовестный труд. Но самое главное, что держит каждую из них на своем рабочем месте, – это любовь к выбранной профессии, а это не поменяешь ни на какие материальные блага».

ПИОНЕРАМ ПРОВИНЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ ПОСВЯЩАЕТСЯ

В РАМКАХ ПРОЕКТА С МОЛОДЕЖНЫМ ПРАВИТЕЛЬСТВОМ ТАМБОВА «ИСТОРИЧЕСКОЕ НАСЛЕДИЕ ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ» МЕДИЦИНСКИМ СЕСТРАМ УДАЛОСЬ СОБРАТЬ ЦЕННЫЕ ЭКСПОНАТЫ



Лариса Евгеньевна РАКИТИНА
главная медсестра ТОГБУЗ «Моршанская ЦРБ», член Правления Ассоциации медицинских сестер Тамбовской области, соорганизатор музея

На севере Тамбовской губернии расположился небольшой купеческий городок Моршанск. В 2023 году отмечалось 400-летие с момента первого упоминания села Морша в Шацкой уездной летописи. С 1779 года по указу императрицы Екатерины II Морша получила статус города и название Моршанск. Расцвет населенного пункта пришелся на вторую половину XVIII–XIX вв., когда благодаря удобному географическому расположению он стал важнейшей торгово-транспортной артерией страны, по реке Цне отправлялись караваны с зерном, салом, медом, пенькой в Москву, Петербург и далее в другие губернии.

В Моршанске сохранились купеческие особняки, церкви, собор, а также здание Моршанской больницы, построенной в 1868–1876 гг. В то далекое время в земской больнице принимали всех: сельским жителям медицинскую помощь оказывали бесплатно, с обеспеченных пациентов и приезжих из другого уезда брали плату за лечение. Помещение отапливалось голландскими кафельными печами, имелась необходимая вентиляция – форточки, камины, вытяжки, была проведена вода. Для

прогулок выздоравливающих больных имелся сад.

Историю города хранит Моршанский историко-художественный музей им. П.П. Иванова и люди, добрые и отзывчивые, настоящие патриоты своей малой родины. Именно в музее 9 августа в день памяти святого целителя Пантелеймона (покровителя больных и медиков) состоялось открытие выставки «Пионеры провинциальной медицины. От земства до советского здравоохранения».

Идея создания музея истории больницы не могла реализоваться в стенах самого лечебного учреждения, но случайное знакомство руководителя музея и главной медсестры больницы привело к решению объединить свои материалы и подготовить выставку, посвященную истории медицины и людям, ставшим первыми в организации медицинской помощи жителям глубинки.

Основной документальный материал был собран Татьяной Гурковой, заведующей музеем и автором книги «Пионеры провинциальной медицины». Предметный ряд для экспозиции подготовили медицинские работники Моршанской центральной районной больницы, многие приносили личные вещи своих родственников.

На открытие мероприятия пришли действующие медицинские работники, ветераны и родственники тех самых пионеров: докторов, фельдшеров, медицинских сестер.

На выставке рассказывается о людях, их судьбах и сложностях в становлении медицинской помощи в провинции. Первые уездные лекари или земские доктора начинали свою врачебную практику еще при царях. Многие из них, основываясь на своем опыте, писали статьи и монографии о медицинской помощи крестьянам, их специфических болезнях. Земские врачи после революции продолжали лечить и строить новую систему здравоохранения.

В первые годы советской власти медикам приходилось бороться с тифом, туберкулезом, холерой. В годы Великой Отечественной войны спасали раненных в эвакуационных госпиталях, которых в Моршанске находилось в общей сложности почти три десятка. Одним из госпиталей руководил выдающийся хирург Михаил Васильевич Быстров, после войны он станет главным врачом больницы.

Для решения кадрового вопроса в 1932 году открылась фельдшерско-акушерская школа (ФАШ), и городская больница стала учебной базой для школы. Учащиеся ФАШ оказывали немалую помощь в госпиталях, ухаживали за ранеными солдатами, стирали бинты, сдавали кровь, запасали дрова. Уровень образования выпускников ФАШ был очень высок, и сельские жители получали доступную и квалифицированную помощь.

Из экспонатов на выставке можно увидеть много фотографий, писем, грамот, удостоверений и приказов, большое количество книг. Эти фотографии как будто оживили размещенное на полках устаревшее оборудование: электрические стерилизаторы, первые эндоскопы, сшивающие аппараты и много разных инструментов, игл и шовного материала. Рядом с манекеном, изображающим врача, накрыт малый операционный стол, позади – хирургический шкаф. Большое количество лабораторной посуды: колбы, пробирки, дозаторы, а также микроскоп, гемометр, счетчик для подсчета клеток крови, в последующем их заменили цифровые анализаторы и вакуумные пробирки. Аптечная посуда, весы с набором гирь, этикетки напоминают о том, что при больнице функционировала аптека, где изготавливались растворы и порошковые смеси. В современной медицине даже стеклянные шприцы «Рекорд» – уже музейная реликвия, многие медсестры вспомнят, как их разбирали, замачивали в моющем растворе и стерилизовали в сухожаровом шкафу. Сейчас на смену им пришли одноразовые шприцы, внутривенные катетеры, порт-системы и системы для переливания растворов.

Также на выставке прослеживается эволюция медицинской одежды. Гостей встречали два представителя земской медицины: доктор в длинном хирургическом халате и шапочке и медсестра в форме сестер милосердия Крестовоздвиженской общины конца XIX – начала XX века. В дальнейшем эти костюмы демонстрировали манекены. Взгляд на медицинскую одежду как раз изменился в середине XIX века, до этого времени врачи осматривали и лечили больных в своей обычной одежде. Позже в советские времена все медики носили хлопчатобумажные халаты, сейчас их заменили разнообразные костюмы и одноразовая одежда из спанбонда.

Выставка оказалась очень интересной и популярной как для моршанцев, так и для гостей из других городов. А еще она стала профориентационной площадкой, на которую приходили школьники. Им рассказали о выдающихся врачах, фельдшерах и медицинских сестрах, обсудили, какими качествами должен обладать человек, выбравший профессию медика. Большой восторг у ребят вызвала возможность не только посмотреть, но и потрогать многие экспонаты, в том числе настоящие хирургические инструменты. Хочется верить, что это поможет им определиться с выбором профессии.

ЭТИКА НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ

Екатерина Михайловна КОЛЕСНИКОВА
Старшая медицинская сестра АУЗ ВО «ВОККДЦ» г. Воронеж

Теория поколений как инструмент для руководителя

Кадровый дефицит в системе здравоохранения является серьезной проблемой. Чтобы эту проблему решить, мы вынуждены менять стратегию работы с персоналом. В своей статье я хочу рассказать об особенностях эффективного управления, привлечения и удержания трудовых ресурсов, исходя из адаптированной системы грейдов и надбавок, с учетом возрастного состава трудового коллектива.

Еще каких-то 10 лет назад менеджеры по персоналу и не задумывались над тем, что к сотрудникам разных возрастов необходим разный подход. Но когда на рынок труда стали выходить молодые специалисты, стало понятно, что они заметно отличаются от сотрудников старшего возраста, и те методы привлечения и удержания, которые считались универсальными, в отношении них уже не действуют. На помощь менеджерам пришла теория поколений!

Теория поколений считается общепринятой и не требующей доказательств, основа теории – различие в ценностях, восприятии и менталитете людей, выросших в разные исторические периоды.

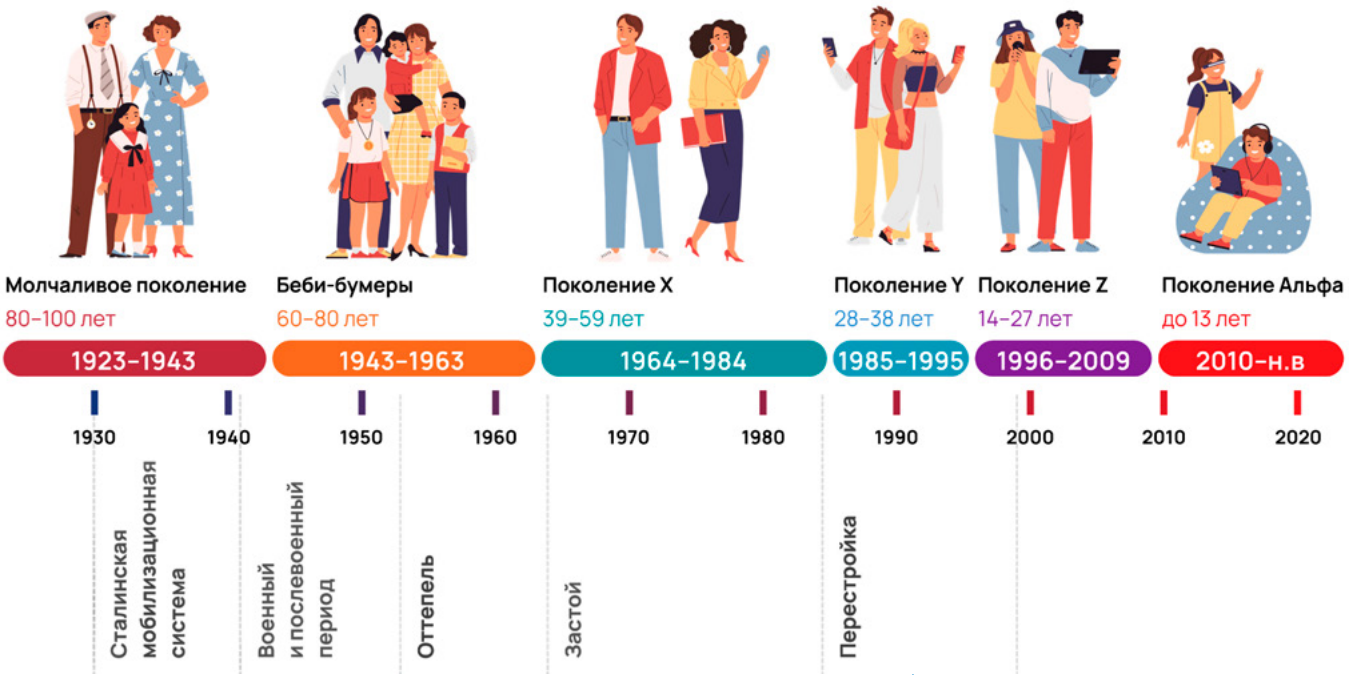
Ценности человека формируются не только в результате семейного воспитания, но и под влиянием общественной жизни. Значение имеет экономические, социальные, технологические, политические факторы. Формирование ценностей, согласно данной теории, происходит у подростков примерно до 12–14 лет.

В рамках данной статьи нам хотелось бы рассмотреть особенности каждого поколения, а затем обсудить стратегии работы с персоналом разных возрастных групп, которые помогут достичь сотрудничества и успеха в многообразной рабочей среде.

Рассмотрим поколения, которые составляют бóльшую часть населения России.

1. Беби-бумеры 1943–1963 г.р., – наши работающие пенсионеры.

Это поколение победителей, дети победителей, рожденные после Второй мировой войны. Для них характерна уверенность в себе, здоровые амбиции, смелость и оптимизм. Они росли, когда наша страна ставила перед собой грандиозные цели и они ставили перед собой такие же. Жизнелюбивые оптимисты. Трудоголики. Рано женились, рано создавали семью, растили детей. Сегодня это поколение крупных руководителей, бизнесменов, управленцев и политиков. Именно бумеры руководят нашей жизнью сегодня вместе со следующим поколением Икс.



И именно для этого поколения впервые была разработана система грейдов и надбавок, которая десятилетиями оставалась незыблемой. Они любят премии, надбавки, грамоты и доски почета.

2. Поколение Икс (X), 1964–1984 г.р.

Следующую и самую многочисленную категорию трудовых ресурсов страны составляют дети, приучавшиеся к ранней самостоятельности. Они сами делали уроки, сами разогревали обеды на плите. Их родители «бумеры» думали, что чем лучше ребенок научится справляться с трудностями, тем проще ему будет жить. Поэтому они не только не облегчали жизнь своим детям, а то и еще больше ее усложняли из педагогических целей. Иксы выросли людьми, которые в решении важных вопросов делают выводы, исходя из собственного опыта, но при этом сильно ориентированы на мнение близких людей.

Сотрудники поколения X – это «золотая» кадровая группа. Они имеют прекрасное образование, стремятся к достижению поставленных целей, умеют решать сложные задачи. Это энергичные и ответственные люди, готовые заниматься постоянным самообразованием, активно развивая карьеру. Они понимают, что изучение новых технологий и информации – ключ к собственному успеху.

Для любой организации сотрудники поколения X представляют существенную ценность. Их не сложно обучать и не нужно переучивать, они имеют увесистую базу знаний и опыта, ориентированы на достижение высоких результатов своей деятельности, активно внедряются в задачи любой организации.

Иксы любят сложные нестандартные проекты, амбициозные задачи, очень ценят дополнительные привилегии и возможность заработка сверх оклада.

Мотивируют бонусы, карьера и даже название должности – заработная плата может быть невысокой, но должность должна быть значимой, и тогда они будут работать больше всех и лучше всех!

3. Поколение Игрек (Y), 1985–1995 г.р.

Почти все Игреки (они же миллениалы) не приучены к самостоятельности, которая была присуща их родителям. Они не хотят брать на себя обязательства, не хотят взрослеть и за что-то отвечать. Они «ищут себя», они хотят выделяться и быть яркими. Но путь к яркому себе через серые будни и труд их не привлекает. Они часто меняют места работы и трудно уживаются в иерархии государственных структур. Им присущ высокий уровень нарциссизма (свойство характера, заключающееся в чрезмерной самовлюбленности). Считают себя правыми в 60 % случаев, что выше, чем у всех других поколений. Категоричные, они выросли уверенными в собственной ценности. В связи с тем, что внешняя среда вокруг них менялась очень быстро в период их взросления, им стали присущи такие черты, как желание получать немедленное вознаграждение за проделанную работу, абсолютное неверие в отдаленную перспективу.

Но Игрек – не бездумный исполнитель, ему интересно решать задачи как головоломку. Они – самое креативное поколение: они любят нестандартные, но реально осуществимые задачи. Инновационный проект – мечта классического Игрека. Им очень важно чувствовать драйв в работе. О карьере у них собственные представления, потому что Игреки развиваются горизонтально, а не вертикально.

С молодым поколением работает принцип «пряник – больше, чем кнут». До примитивного: пришел вовремя –

молодец! Игреков невозможно мотивировать страхом, им нужно показывать возможности. Их обязательно нужно часто «поглаживать». Похвала для них – не морковка для кролика, а топливо для движения. Они даже свои фотографии из примерочных в магазине публикуют в соцсетях – так важно получить одобрение и восторги.

Игреки готовы подчинятся, но харизматичному лидеру. Они уважают обязательно за что-то, а не просто так. К шефу относятся по-приятельски: в их картине мира нет иерархии, все люди равны. Например, если у Игрека есть вопрос, он легко напишет личное сообщение руководителю. Кстати, напишет с ошибками: для них это норма. T9 поправит. Грамотная речь для молодого поколения – не признак успешности.

Ставя задачу Игрекам, нужно четко оговаривать дедлайн. Так же нужно четко прописывать долгосрочную перспективу: они ее не видят.

Мотивировать таких специалистов можно только высокой заработной платой и карьерным ростом. У них страсть к материальному – машины, квартиры и т.д.

4. Поколение Зет (Z), 1996–2009 г.р., наши молодые специалисты. Они только начинают приходить на рынок труда. Как правило, первое общение – собеседование – оставляет легкое недоумение, непонимание и даже возмущение у руководителей.

Самое многочисленное поколение в истории человечества, 30 % от населения всего Земного шара. Первое полностью обновленное поколение, сформировавшееся с помощью цифровых устройств XXI века. Используют инструменты технологического прогресса с самого рождения, находятся под влиянием всемирной паутины 24/7.

Сдержанные, замкнутые, экономные идеалисты. Мало и трудно общаются с другими поколениями, да и с ровесниками тоже. Молчаливы, делают вывод на основе информации, которую получают из интернета. Внешне это выглядит как вина смартфонов. Это из-за IT-технологий они сидят, уткнувшись в свои телефоны, и не общаются ни с родителями, ни друг с другом, сокращают живое общение с людьми в пользу виртуального. У них виртуальная дружба, «знакомства в телефоне». Зеты не торопятся впускать в свой мир других. Они домоседы, а общение в интернете для них важнее живого разговора.

На заметку: чтобы до такого сотрудника быстрее «дошло», ему нужно писать, даже если находитесь в соседнем кабинете!

Их отличия – тяга к безопасности, отсутствие склонности к риску и бунту. Желание иметь интересную профессию выше, чем желание высокого заработка. Очень не любят планировать что-то заранее. Ничего не делают без мотивации. Зеты по своей сути созерцатели и исследователи. Очень обидчивы, резко реагируют на критику, отсюда и частая смена места работы, и вообще предпочтения работы из дома. Но у них есть желание «сделать что-то значительное» и даже «спасти мир».

У Зетов модно учиться, они не хотят быть обычными, думают о хорошем образовании и особенных интересных специальностях. В моде стиль минимализма, спорта и даже некоторого уродства. Безмерные одежды, длинные волосы, отсутствие косметики либо натуральный макияж. Стиль «унисекс», когда одни и те же худи, джинсы и кроссовки носят и мальчики, и девочки. Друзей немного, но они дорожат дружбой. Зеты не привязаны к материальному, у них нет той страсти, как у предыдущего поколения Игрек, к машинам, квартирам и другим благам.

Взаимодействовать с ними сложнее всего, а что делать?..персонализировать всё!

- Название должности. Некоторые компании в сфере маркетинга уже решили этот нюанс – не секретарь, а «мастер разрешения конфликтов», не менеджер, а «гуру корпоративных решений». С системой здравоохранения это вяжется с трудом, у нас единый квалификационный справочник должностей, хотя должность медицинского менеджера или менеджера по сестринскому делу некоторые частные клиники уже предусмотрели.
- Должностные инструкции. Сотрудники Зеты хотят сами писать инструкцию для своей должности, а не получать ее стандартный вариант от компании, написанный 10 лет назад мелким шрифтом на 10 страниц.
- План развития в организации, но с учетом их видения. Они ориентируются на развитие навыков, а не занятие должностей по иерархии.
- Гибкий график работы. Зеты не любят нормированный рабочий день. Они не понимают, зачем сидеть с 8:00 до 15:48, если свой объем работы уже сделал. Хорошо знают, что такое дедлайн.
- Награды обязательны – они стимул, без этого Зеты выпадают из ритма.
- Конкретные задачи. Зеты (их же называют и Зумерами) обладают клиповым мышлением и не готовы воспринимать новую информацию дольше 8 секунд. Они росли в среде, когда на все можно найти ответ в Google. Поэтому говорите коротко, пишите задачи по пунктам.
- Слишком амбициозные или абстрактные задачи стоит разбивать на более мелкие и реально выполнимые в конкретные сроки, иначе эффективность может резко снизиться.
- Вовлекайте в жизнь коллектива. Зумеры – самое «некоммуникабельное» поколение, но при этом самое оптимистичное и свободное. Поэтому вовлекайте молодых в коллектив, дайте им почувствовать себя причастными и ценными.
- Наладьте процесс адаптации Зумеров, возродите наставничество.
- Держите с ними обратную связь! Помните, что заинтересовать на этапе трудоустройства гораздо проще, сложнее удержать молодого специалиста. Интерес к работе может пропасть уже через месяц, и вы получите заявление на увольнение.
- Учитывайте сильные стороны Зетов – они отличаются от других поколений тем, что не боятся делать привычные дела по-новому, они проще относятся к ошибкам. Отлично ориентируются в огромных массивах информации, быстро находят и анализируют данные.

5. Поколение Альфа, с 2010 г.р. по настоящее время. Это поколение сегодняшних мальчишек и девчонок, наших детей. Их нет на рынке труда, но рассказать об эффективном взаимодействии с ними мне все равно хочется.

Цифровые аборигены являются самыми материально обеспеченными и технологически грамотными из всех поколений, когда-либо населявших нашу планету. Совершенно новое поколение с новой историей, которая не затрагивает прошлые века. Поколение Альфа – это дети с последствиями эпидемии коронавируса, которые пока сложно оценить. Они более подвержены аллергиям и ожирению. Проводят жизнь с младенчества у экранов смартфонов, часто являются единственным ребенком в семье. А это добавляет характеру индивидуализма. Они похожи на Игреков желанием мгновенного удовлетворения! Немедленно и прямо сейчас! После экономных и немного отстраненных Зетов приходят опять любители брендовых аксессуаров. Уже сейчас говорят о том, что хотят пожить для себя, позднее создать семью и не рожать детей.

Любят делать подарки, тратя порой свои собственные средства на родителей, братьев и сестер. Любят учиться – образовательные платформы набирают популярность, сейчас не пик, а только начало. Любят готовить, маленькие повара – тренд ютуба!

Дети поколения Альфа – яркие и убежденные в своей уверенности индивидуалисты, ориентирующиеся исключительно на свой опыт и сочетающие даже модные явления с собственной уникальностью. Они выстроят свою жизнь таким образом, что будут расти в мире, полностью адаптированном под их личные нужды, – все ненужное, включая публикации в социальных сетях, люди, товары, потенциальные знакомые и прочее, будут отсортированы алгоритмами.

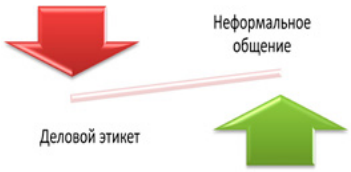
Бесполезно пытаться загнать представителей поколения Альфа в какие-то рамки, более эффективно помочь им создать комфортное для них пространство. Ими невозможно командовать, намного выгоднее учиться разговаривать с ними на равных и конструктивно аргументировать любую просьбу или действие.

Киберэтика в системе современных коммуникаций

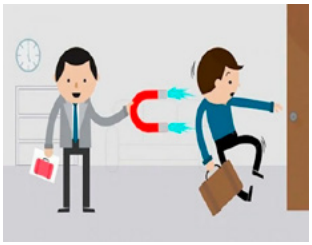
Цифровые технологии вошли в нашу жизнь, сфер цифрового социального взаимодействия становится все больше. Современные мобильные устройства позволяют использовать интернет в любой момент.

Учитывая тенденции к неформальному общению, внутриучрежденческие чаты, группы, особую актуальность приобретают методы, нормы и даже правила виртуального общения – киберэтика.

Общение в мессенджерах снизило планку делового этикета. Неформальная коммуникация становится нормой.



Любой мессенджер помогает человеку снизить психическую нагрузку. Он выступает как виртуальный ассистент, который хранит в себе всю переписку со многими собеседниками одновременно. Это позволяет меньше запоминать, а ресурсы мозга освобождаются и могут быть направлены на что-то другое.



Главные рекомендации по работе с поколением Зет:

• Современный человек потребляет слишком много информации. С ней и так непросто справляться. А звонок без предупреждения – это всегда коммуникация, инициированная кем-то другим, и она становится неожиданностью. Нежелание разговаривать по телефону – это попытка хотя бы немного защитить себя от чужого вторжения в личное пространство. Поэтому ПИШИТЕ.

• Переписка лучше разговора, так как сообщение не требует немедленной реакции и идет параллельно с другими делами.

• Сообщение легче структурировать, его можно сохранить для конфликтных ситуаций, перечитать для уточнения, найти информацию.

• Сообщение не мешает окружающим и позволяет сохранить конфиденциальность.

• Чаты в мессенджерах не созданы для длинных тирад – здесь ценится краткость и лаконичность, одно сообщение – одна мысль или идея и самое худшее, что можно придумать, – это несколько сообщений по одному слову. Это раздражает в личной переписке, а в деловой и вовсе не уместно.

• В групповом чате исходите из того, что его никто не читает. Если вам нужна реакция конкретного человека, обратитесь к нему по никнейму, чтобы появилось уведомление.

• Обсуждать, предъявлять претензии к одному коллеге или задавать вопрос, адресованный только одному человеку, в общем чате неуместно. Не выносите конфликт на всеобщее обозрение – переходите в личные сообщения.

• Отвечать на сообщения лучше через функцию «Ответ», а не просто пулять следом свое сообщение. Представьте, что человек, которому вы отвечаете, переключился на другой чат, и, когда он вернется, ваш ответ уже потеряется.

• Не используйте голосовые сообщения, прослушивать их не всегда удобно, лучше использовать текст.

• Скорость ответа на письмо или сообщение также считывается пользователем как наличие или отсутствие интереса и во втором случае может вызывать беспокойство.

• Как только приближается праздник, любители открыток с поздравлениями начинают рассылать их по своему списку контактов. И вроде бы само намерение уделить внимание не несет в себе никакого негатива, это даже хорошо, но именно такие рассылки чаще всего не имеют целью порадовать кого-то персонально, а только засоряют память телефона.

Работа с кадрами, практические навыки

Стратегический менеджмент Воронежского областного клинического консультативно-диагностического центра не заканчивается поиском и наймом специалистов. На стадии постоянной разработки и апробации имеется целая стратегия по привлечению и удержанию новых сотрудников, в том числе молодых специалистов.

В качестве базы использована матрица с мотивационными инструментами для разных поколений:

• *Условия труда* – четкая понятная иерархия и организационная структура.

• *Четко выстроенная система грейдов и надбавок:*

– **Нематериальная мотивация.** Начну с корпоративной этики – в нашем учреждении создана целая комиссия, которая занимается разработкой и внедрением кодекса этических норм учреждения, совершенствованием подготовки квалифицированных медицинских кадров, налажен процесс наставничества, который регулирует отношения между новым сотрудником и квалифицированным специалистом по передаче профессиональных знаний, умений и навыков.

– **Корпоративные мероприятия** культурно-досугового плана, а также направленные на поддержание здоровья.

– **Профессиональное развитие**, в том числе по горизонтали, получение новых знаний и профессиональных навыков в смежных специальностях, обучение оффлайн с выдачей подтверждающего документа.

– **Комфортные условия труда.**

– **Гибкий график работы, работа удаленно** для немедицинского персонала.

– **Обеспечение сотрудников техникой для работы удаленно.**

– **Неограниченные возможности пользования всеми услугами центра в рамках ОМС** для сотрудников и их родственников.

– **Корпоративная скидка в отделении платных услуг.**

• *Материальная мотивация:*

– **Критерии оценки качества** деятельности среднего медицинского персонала, разработанные по направлениям (плановые показатели, санэпидрежим, работа с документацией, наличие обоснованных жалоб и т.д.).

– **Система награждений** (почетные грамоты, благодарности, знаки отличия заслуженного работника по итогам года) и т.д.

– **Индивидуальный подход к молодым специалистам.**

– **Обеспечение сотрудников брендированной спецодеждой** (шитье на заказ) и т.д.

Заключительная часть

Кадровые ресурсы сегодня составляют различные поколения сотрудников, каждое из которых имеет свои уникальные характеристики и особенности. Понимание этих особенностей и применение соответствующих методик работы с ними играют важную роль в эффективном управлении персоналом.

Учреждения, которые в своей работе стали это учитывать, получили серьезное конкурентное преимущество в борьбе за качественные кадры. Ведь персонал организации – важнейший ее ресурс.

ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ЗА 30 МИНУТ

РАСШИРЕНИЕ РОЛИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПОЗВОЛИЛО НАЛАДИТЬ ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ В МЕДИЦИНСКОМ ГОРОДЕ – КРУПНЕЙШЕМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ СТРАНЫ

Марина Васильевна ГРИЩЕНКО
Старший фельдшер приемного отделения ГАУЗ ТО МКМЦ «Медицинский город» (г. Тюмень)

Елена Витальевна ТАРАСОВА
Главная медицинская сестра ГАУЗ ТО МКМЦ «Медицинский город» (г. Тюмень)

Многопрофильный клинический медицинский центр «Медицинский город» – одно из крупнейших лечебно-профилактических учреждений Тюменской области и самый крупный комплекс онкологического профиля в Уральском федеральном округе. Здесь делают ставку на технологии мирового уровня. Сегодня это город в городе, большой специализированный комплекс, который работает по международным стандартам. В составе 15 клинических отделений разного профиля. Ежегодно в медицинском городе получают лечение 30 тысяч пациентов.

Процесс улучшений в здравоохранении бесконечен. Несмотря на то, что в ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город» оказание помощи пациентам соответствует самым высоким стандартам, сестринский персонал, не останавливаясь на достигнутом, ставит для себя новые задачи совершенствования процессов с использованием методов бережливого производства. Одним из сестринских проектов, реализованных

в «Медицинском городе», стало **совершенствование работы приемного отделения и сокращение затрат времени и других ресурсов на госпитализацию** за счет расширения полномочий среднего медицинского персонала.

Предпосылки проекта

Задачей приемного отделения в «Медицинском городе» является плановая госпитализация пациентов с онкологическими заболеваниями из Центров амбулаторной онкологической помощи и поликлиник города Тюмени и Тюменской области.

До реализации проекта функции специалистов приемного отделения сводились к оформлению медицинской документации (титульный лист истории болезни), измерению веса, роста, АД, по назначению врача направлению на дополнительные обследования и сопровождению в профильное стационарное отделение. В приемном отделении работали 6 штатных единиц – медицинские сестры и регистраторы. В действительности, до реализации проекта работа специалистов приемного отделения – медицинской сестры и регистратора – выполнялась совершенно одинаково, поэтому возникал резонный вопрос: для чего и зачем в приемном отделении нужен дипломированный специалист, если данную работу может выполнить регистратор?

Основным направлением проекта стало совершенствование организации работы персонала приемного отделения с целью повышения удовлетворенности пациентов, доступности услуг, эффективности работы и устранения существующих потерь времени и ресурсов, а также организация рабочих мест, обеспечивающая безопасность и комфортность работы сотрудников.

Необходимость в таком проекте назрела давно, госпитализация требовала большого запаса сил и терпения со стороны пациентов, но расскажем обо всем по порядку!

Часы ожидания и как с этим справиться

Команда проекта, в состав которой вошли 7 специалистов: медицинские сестры и врачи-онкологи трех служб – хирургической, радиотерапевтической и противоопухолевой лекарственной терапии, разработала дорожную карту проекта и выявила проблемы при плановой госпитализации пациентов. При подготовке карты текущего состояния процессов специалисты выделили 2 потока пациентов: терапевтического и хирургического профиля (рис. 1).

Итак, что же удалось установить?

1) **Карта текущего состояния госпитализации пациентов хирургического профиля** показала, что пациенты, поступающие на оперативное лечение, вклиниваются без записи в основную очередь пациентов у кабинета врача-онколога поликлиники (хирург, маммолог, гинеколог, радиотерапевт), значительно увеличивая время ожидания приема для первичных пациентов. Подробное картирование данного процесса показало, что врач в поликлинике проводит визуальный осмотр результатов анализов и выдает пациенту направление на госпитализацию. Далее, преодолевая расстояние около 500 метров, пациенты передвигаются из поликлиники на плановую госпитализацию в приемное отделение (рис. 2).

Максимальные затраты времени на госпитализацию пациентов на хирургическое отделение (от момента входа в поликлинику до койки в профильном отделении) составили 296 минут. Ежедневно на хирургическое и радиотерапевтическое лечение поступают от 50 до 60 пациентов.

2) **Карта текущего состояния госпитализации пациентов терапевтического профиля** показала, что пациенты, получающие курсовое химиотерапевтическое лечение, приходят в приемное отделение на госпитализацию утром к 08:00 часам. Таких пациентов ежедневно насчитывается 30–40 человек. Прием пациентов на химиотерапевтическое лечение до реализации проекта проводил врач-онколог, начиная отбор пациентов на госпитализацию только с 09:00, приходя для

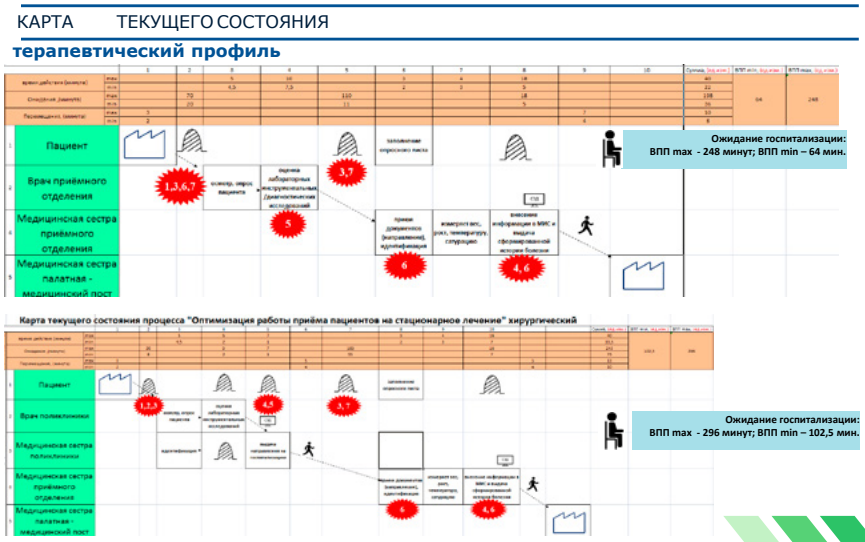


Рис. 1

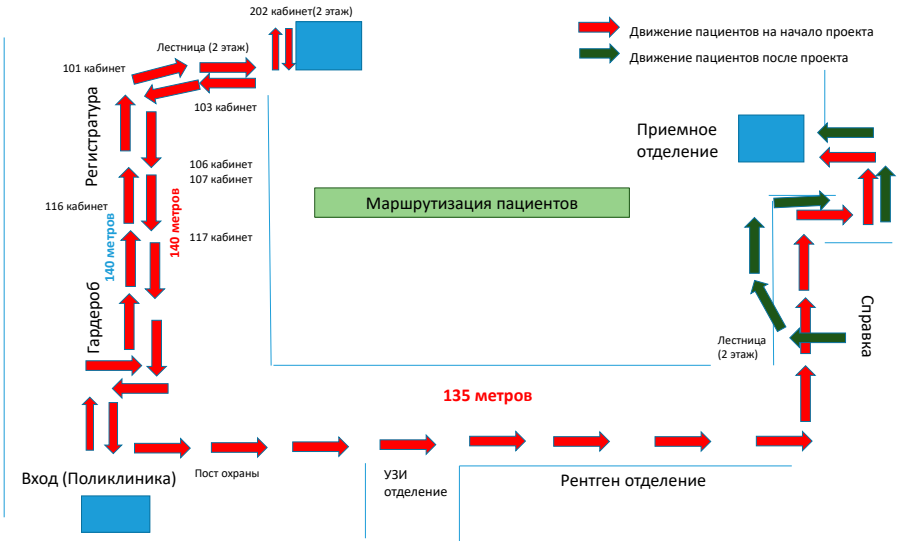


Рис. 2

этого специально из отделения. После первичного осмотра, изучения анализов и выписок пациентов врач-онколог направлял пациентов на оформление истории болезни или дополнительные обследования. В результате создавались очереди как у кабинета врача-онколога, так и в самом приемном отделении. Врач мог находиться в приемном отделении ежедневно не более 1,5–2 часов. После этого медицинская сестра или регистратор приемного отделения в течение дня многократно вызывали врача по телефону – врач был вынужден возвращаться в приемное отделение, чтобы принять окончательное решение по госпитализации дообследованных пациентов. У врача, задействованного в оказании помощи на профильном отделении, не было возможности приходить в приемное отделение по каждому звонку, поэтому ожидание для пациентов становилось длительным и утомительным, достигая 2–3-х часов. Максимальное время, потраченное пациентом на госпитализацию в отделение противоопухолевой лекарственной терапии, составляло 248 минут.

Таким образом, картирование текущего состояния процессов показало, что ежедневно через приемное отделение госпитализируется порядка 100 пациентов, больше половины из них ожидают госпитализацию до 4–5 часов. Это пациенты онкологического профиля, которых, в зависимости от состояния, отличают тревожность, ранимость, нервозность. Длительное ожидание и преодоление больших расстояний при госпитализации изматывают людей, и эти факторы команде проекта следовало преодолеть.

До реализации проекта у пациентов хирургического профиля на госпитализацию уходило до 296 минут, а у пациентов терапевтического профиля – до 248 минут.

Какие проблемы мы выявили в ходе картирования?

1) Пересечение амбулаторного и стационарного потоков пациентов.

2) Отсутствие постоянного врача-онколога в приемном отделении.

3) Отсутствие фиксированного времени приема на госпитализацию.

4) Отсутствие специальных условий для первичного осмотра пациентов в приемном отделении врачом-гинекологом, радиотерапевтом.

5) Отсутствие преемственности при оформлении документов на госпитализацию (сканирование недостающих документов).

6) Отсутствие приемлемых условий для пациентов при ожидании госпитализации.

Команда проекта поставила амбициозные цели – свести затраты времени на госпитализацию к минимуму (до 34 минут) и добиться повышения удовлетворенности пациентов (см. табл.).

Реализация проекта

В ходе проекта специалистам удалось внедрить инновационные технологии и автоматизировать систему планирования госпитализаций пациентов на стационарное лечение.

Чтобы сократить время оформления плановой госпитализации в стационар, потребовалось продумать новую маршрутизацию для пациентов с учетом предварительной записи на госпитализацию в удобное для пациента время. Это, в первую очередь, помогло устранить разногласия среди пациентов, связанные с очередностью плановой госпитализации. Кроме того, удалось выстроить работу отделения в более оперативном ключе, при этом посещение врача-онколога непосредственно перед госпитализацией в стационар в новом проекте было решено исключить.

Для достижения целевых показателей был разработан план мероприятий, и команда проекта приступила к его реализации. В начале проекта в приемном отделении работали 6 специалистов – 2 медицинских сестры и 4 регистратора. Напомним, что задержки госпитализации зачастую были вызваны занятостью врача-онколога, у которого не было возможности в непрерывном режиме принимать решения о госпитализации на основе первичных и дополнительных результатов анализов.

Поэтому ключевую ставку решили сделать на фельдшеров. Фельдшер в здравоохранении является универсальным профессионалом, имеющим базовую подготовку по профилю «Лечебное дело», что позволяет ему оказывать широкий спектр терапевтических услуг.

Таблица 1

Наименование показателя	Единица измерения	Текущее состояние	Целевое состояние	Эффективность
Сокращение времени оформления на госпитализацию	минут	248 296	34	214 262
Удовлетворенность пациента	%	50	80	30
Качество оформления документации при госпитализации и выявление дефектов	%	–	100	100

В первую очередь была проведена реорганизация приемного отделения. Территориально оно было перенесено в здание, где расположены профильные отделения круглосуточного стационара. Реорганизация позволила исключить лишние и длительные передвижения пациентов. Теперь пациент входит в приемное отделение с улицы, а кабинеты приема фельдшеров расположены недалеко от входа. В новом приемном отделении удалось предусмотреть дополнительные функциональные помещения: кабинет взятия крови на исследования и смотровой кабинет, в котором установили автоматизированное рабочее место для врачей-консультантов. Кроме того, был организован зал ожидания, где пациенты в комфортных условиях могут дождаться результатов дообследования, если отдельные анализы не были проведены заблаговременно в плановом порядке или отдельные показатели говорят о противопоказаниях к проведению химиотерапевтического лечения.

На сегодняшний день за госпитализацию пациентов отвечают 4 фельдшера, 2 регистратора и 1 медицинская сестра.

Рассмотрим подробнее, какие функции были возложены на фельдшеров приемного отделения.

Фельдшера получили доступ к информационной системе «Электронная медицинская карта», их функционал расширили, включив в него проведение первичного осмотра, интерпретацию результатов анализов и принятие решения о госпитализации. Квалифицированные врачи-онкологи, радиотерапевты, химиотерапевты, хирурги и маммологи провели обучение фельдшеров, используя практические рекомендации Российского общества клинической онкологии «Злокачественные опухоли», разобрав тонкости заболеваний и практические примеры.

Пациентов распределили между фельдшерами, выделив 4 группы:

1. Пациенты хирургического профиля (отделение абдоминальной онкологии, онкогинекология, опухолей молочной железы и кожи, опухолей головы и шеи).

2. Пациенты радиотерапевтического профиля (радиотерапевтические отделения № 1 и № 2).

3. Пациенты отделений противоопухолевой лекарственной терапии № 1 и отделения паллиативной помощи.

4. Пациенты отделений противоопухолевой лекарственной терапии № 2 и № 3.

Такое распределение позволило фельдшерам более детально погрузиться в работу со своей группой пациентов, тщательно проводить сбор анамнеза, документировать важную медицинскую документацию, помогая врачам принимать обоснованные решения по оценке рисков и вопросам тактики лечения. В настоящее время работа в приемном отделении выстроена таким образом, что фельдшер самостоятельно принимает решение по дообследованию пациентов, знает показатели общего анализа крови, при которых пациент может госпитализироваться, и те, при которых требуется временная отсрочка лечения; фельдшер может определить, нужен ли при госпитализации показатель D-димер, маркер тромбообразования, что он помогает диагностировать и почему он важен в онкопрактике. Профессиональные знания и умения позволяют фельдшеру соблюдать принципы пациентоцентричности.

В результате проведенного онкологами обучения фельдшеры приобрели специальные знания и эффективно справляются с задачей госпитализации пациентов.

По важным вопросам госпитализации пациента фельдшер консультируется с профильными врачами-специалистами по телефону – это позволяет в кратчайшие сроки детально обсудить ситуацию конкретного пациента, выстроить тактику и траекторию его госпитализации. Данная система высвобождает бесценное время врача, направляет его профессиональные знания на решение наиболее сложных клинических задач, участие в мультидисциплинарных консилиумах, операциях, исследованиях, направленных на лечение и выздоровление пациентов. В отдельных случаях (согласование сроков госпитализации, перенос сроков, отказ от госпитализации) фельдшеры приглашают заведующего отделением и руководителя службы и коллегиально принимают решение.

Длительность ожидания пациентов при госпитализации удалось свести к минимуму. В настоящее время она составляет всего 30 минут – за этот срок фельдшер проводит осмотр и направляет пациента в профильное отделение.

Для удобства, эффективности и сокращения времени приема фельдшера разработаны и внедрены чек-листы:

1) Чек-листы клинического минимума для госпитализации по профилям: хирургический, терапевтический и радиологический (табл. 2);

2) Протокол осмотра пациента фельдшером.

Кроме того, для подписания протоколов осмотра пациента в приемном отделении на фельдшеров была оформлена электронно-цифровая подпись (ЭЦП), а на рабочих компьютерах установили медицинские информационные системы «Инфекций нет» и «1С».

Следующим важным шагом совместно с IT-службой стала разработка сетки – запись на госпитализацию в информационной системе учреждения «Локус». Всего установили 100 слотов в день, распределив по 25 слотов на каждого фельдшера, провели нумерацию окон приема, что также позволило упростить маршрутизацию пациентов в приемном отделении. Перед выпиской из стационара лечащий врач выбирает в расписании приема на следующую плановую госпитализацию удобное для пациента время и записывает в медицинскую информационную систему «Локус» (рис. 3). Такой подход позволяет исключить скопление пациентов, образование очередей и равномерно распределить их приход в стационар.

Функционал медицинской сестры в приемном отделении включает в себя: взятие крови на исследования и при необходимости проведение ЭКГ-исследования.

В функцию регистратора включили оформление электронной медицинской карты (титульный лист) пациента, а также проведение антропометрии, термометрии, пульсоксиметрии, АД. Данные процедуры регистратор про-

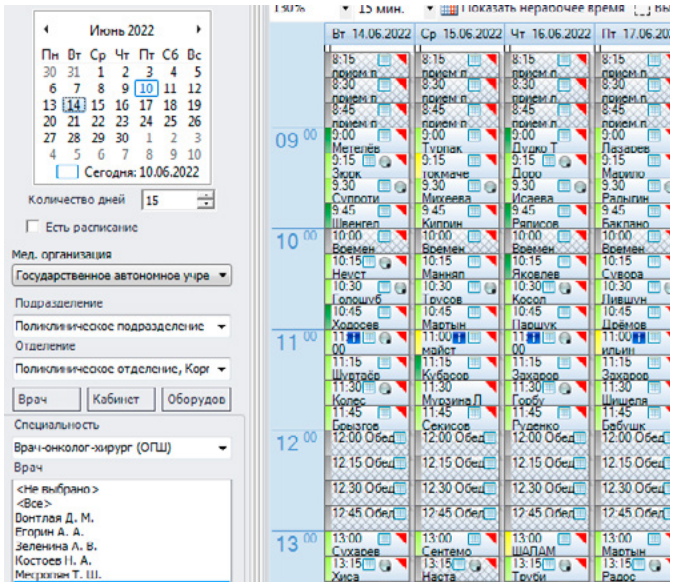


Рис. 3. Медицинская информационная система «Локус»

водит перед приемом фельдшера, а уже после сопровождает пациента в профильное отделение.

Для пациентов, завершивших курс лечения в стационаре, разработали памятки по госпитализации, которые вручаются при выписке:

1. Перечень обязательных исследований, допустимые контрольные сроки того или иного результата анализа.
2. Перечень заключений специалистов узкого профиля.
3. Дата и время оформления на следующую госпитализацию.

Подводим первые итоги

Реализация данного проекта позволила нам рационально реорганизовать процесс госпитализации, исключив лишние передвижения пациентов и персонала.

В результате удовлетворенность пациентов качеством оказания медицинской помощи достигла 80 %, а время оформления на госпитализацию сократилось в 8 раз. Полученные результаты превзошли все наши ожидания и порадовали как медицинский персонал, так и пациентов, ради которых и разрабатывался данный проект. Главное, проект позволил нам эффективно использовать потенциал фельдшера, повысить профессионализм и значимость квалифицированного специалиста.

Не стоит думать, что работа шла «как по маслу». В самом начале проекта идею привлечения фельдшеров в качестве ключевых работников отделения врачи приняли «в штыки», настороженно и неохотно. Понадобились месяцы совместных обсуждений, выстраивания взаимоотношений, прежде чем система стала работать слаженно. Сейчас никто не сомневается в том, что специалисты заняли по-настоящему свое место в мультидисциплинарной команде. Врачи оценили и глубокие знания фельдшеров, и клинический интерес к работе в сфере онкологии. Врачи разбирают с фельдшерами интересные случаи и делятся своим опытом и знаниями. Вода не течет под лежачий камень, и изменить систему можно, если пойти навстречу друг к другу и навстречу к пациенту! Мы порой сами не знаем, сколько в нас скрытых ресурсов. Главное, поверить в свои силы.

Таблица 2

Чек лист

Наличие результатов исследований для госпитализации

Исследование	Сроки годности	Отметка о наличии
Клинический анализ крови с подсчетом уровня гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов с определением лейкоцитарной формулы, нейтрофилов, тромбоцитов	для первичных пациентов не более 14 дней до начала лечения, для пациентов, получающих лекарственное лечение – срок годности не более 5 дней до проведения очередного курса;	
Биохимический анализ крови (биохимия терапевтическая) – общий белок, альбумин, глюкоза, общий и прямой билирубин, ЛПВП, ЛПНП, АСТ, АЛТ, мочевина, креатинин, щелочная фосфотаза, калий, натрий, кальций, фосфор, хлор, магний, общий холестерин, креатинкиназа, гамма-глутамилтрансфераза, ЛДГ, СРБ, Тропонин I, натрийуретические пептиды (срок годности 10 дней) – для первичных пациентов, в дальнейшем – по показаниям. Коагулограмма – ПТИ, фибриноген, АЧТВ, МНО (срок годности 10 дней). Д-димер (срок годности 7 дней). Выполняется у первичных пациентов, затем каждые 2 курса лекарственной терапии	для первичных пациентов не более 14 дней до начала лечения, в процессе лекарственной терапии – не более 7 дней до начала следующего курса. При еженедельных режимах биохимический анализ крови может выполняться каждые 3–4 недели	
Группа крови и резус фактор	пожизненно	
RW или микрореакция на сифилис (срок годности 7 дней)	7 дней	
ВИЧ	6 месяцев	
Поверхностный антиген к гепатиту В (HBsAg). Если HBsAg позитивный необходимо определение HBeAg, HBeAt, и количественное определение ДНК HBV, HDVAb. Определение антител к гепатиту С(HCV). Если позитивные то необходимо определение количества РНК в плазме, определение генотипа и консультация гепатолога	3 месяца 3 месяца	
ЭКГ в 12 отведениях с расчетом QT	14 дней	
ЭХО КГ При наличии сопутствующей патологии ЭХО КГ выполняется по показаниям	3 месяца	
УЗДГ сосудов нижних конечностей для пациентов госпитализирующийся на оперативное и лучевое лечение	1 месяц	
УЗДГ сосудов нижних конечностей для пациентов госпитализирующийся на химиотерапевтическое лечение	3 месяца	
R-графия легких	1 год	
Осмотр терапевта всем пациентам госпитализирующимся на химиотерапевтическое, хирургическое, лучевое лечение, всем впервые поступающим на любой вид лечения в Медицинский город	1 месяц	
Осмотр гинеколога	1 год	

При наличии сопутствующей патологии в анамнезе, необходимо заключение профильных специалистов с рекомендациями и указанием доз принимаемых препаратов (МНН) (срок годности 1 месяц для первичных пациентов, при прохождении курсов лекарственной терапии – 1 раз в 3 месяца):

Кардиолог + ЭХО КГ: сердечно-сосудистая патология;		
Сосудистый хирург + УЗДГ: патология сосудов, вен, артерий		
Эндокринолог: сахарный диабет и др. эндокринная патология		
Гастроэнтеролог + ФГДС: язвенная болезнь желудка, ДПК и др		
Невролог: неврологическая патология, ОНМК в анамнезе		
Нефролог: ХБП, другая патология почек		
Дерматолог: патология кожи		
Гинеколог	срок годности 1 год, либо по показаниям	
Инфекционист: инфекционные заболевания (Гепатиты, ВИЧ-инфекция и.т.д.)		
Гематолог: болезни крови;		
Пульмонолог + спирография: патология лёгких		
Фтизиатр: туберкулез		
Ревматолог: аутоиммунные болезни опорно-двигательного аппарата, суставов		

Для пациентов, получающих терапию иммуноонкологическими препаратами (1 раз в месяц):

Т3св		
Т4св		
ТТГ		
At к тиреоглобулину		

Аэрозольная дезинфекция ОДНОВРЕМЕННО воздуха и поверхностей ультрамалыми дозами 6 % перекиси водорода с помощью аппарата автоматического для аэрозольной дезинфекции АЭРО-ДЕЗ-«КРОНТ»

Уважаемые коллеги!

Обеспечение качества медицинской помощи, создание безопасной больничной среды и профилактика социально значимых инфекций, включая туберкулез и COVID-19, в наши дни стали стратегическими задачами здравоохранения.

АО «КРОНТ-М» (Россия) предлагает Вашему вниманию медицинское изделие – «Аппарат автоматический для аэрозольной дезинфекции АЭРО-ДЕЗ «КРОНТ», РУ № РЗН 2020/9655, который предназначен для проведения автоматизированной дезинфекции одновременно воздуха и поверхностей аэрозольным методом в помещениях медицинских организаций в отсутствие людей.

Уничтожает бактерии, в том числе туберкулеза, вирусы, коронавирусы, грибы, плесень. При еженедельном использовании прибора в качестве заключительного этапа генеральной уборки смывы с поверхностей и общее микробное число стремятся к нулю.

Преимуществами аэрозольного метода дезинфекции являются:

- Высокая скорость распыления – 60 мл/мин с эффективностью – 99,99 % при обработке помещений больших объемов до 300 м^3, в том числе труднодоступных и удаленных мест.
- Размер аэрозольных частиц 10–30 мкм позволяет проводить одновременное обеззараживание воздуха и поверхностей в помещениях медицинских организаций, согласно «Методическим рекомендациям по аэрозольной дезинфекции в медицинских организациях МР 3.5.1.0103–15».
- ВАЖНО! Легкие микрочастицы аэрозоля, размером до 15 мкм, хаотично перемещаясь, долго висят в воздухе, взаимодействуют с микроорганизмами и распадаются на безопасные составляющие: кислород и воду, не достигнув поверхности предметов; тяжелые микрочастицы (15–30 мкм), покинув сопло форсунки, изначально стремятся вниз и обеззараживают поверхности без эффекта смачивания.
- Применяемое в аппарате дезсредство – перекись водорода 6 % – эффективно, экономично и бюджетно в сравнении с другими дезсредствами российских и тем более зарубежных производителей.
- ВАЖНО! Наши исследования по эффективности обеззараживания аэрозольным методом перекисью водорода 6 % с добавлением ионов серебра и без не выявили различий.
- Гарантированная защита персонала (обработка проводится строго в отсутствии людей).
- Экологичность за счет повышения эффективности дезинфекции аэрозольным методом и низких норм расхода дезредства (расход перекиси водорода 6 % – 3 мл/1м^3), что снижает нагрузку на окружающую среду. К примеру, для операционной объемом 100 м^3 необходимо 300 мл перекиси водорода 6 % (H_2O_2).
- Минимизация урона для объектов обработки (ультрамалые дозы аэрозоля не портят изделия из стекла, пластмасс, резины, керамики, коррозионностойкого металла, хирургическое и анестезиологическое оборудование.
- Безопасность: не прореагировавшие гидроксид ионы распадаются на составляющие воздуха воду и кислород ($2H_2O_2 = 2H_2O + O_2$), агрессивное воздействие на человека отсутствует.
- Для создания равномерных концентраций дезсредства в единице объема одновременно с компрессором включается вентилятор активного перемешивания воздуха. Концентрация дезсредства в разных уголках обрабатываемого помещения уже через 3 минуты после окончания процесса распыления становится одинаковой.
- Для защиты форсунки и компрессора установлен мини-фильтр, подлежащий замене один раз в год.
- Аппарат АЭРО-ДЕЗ-«КРОНТ» запатентован на территории Российской Федерации.

Эффективность применения Аппарата автоматического для аэрозольной дезинфекции АЭРО-ДЕЗ-«КРОНТ» подтверждена в ходе проведения испытаний в федеральных медико-биологических учреждениях г. Москвы: ФБУН НИИ дезинфектологии Роспотребнадзора (в настоящее время НИИ системной биологии и медицины Росздравнадзора) и клинических испытаний в МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. Противопоказаний к применению не выявлено.

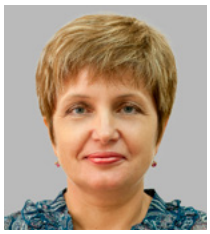
По результатам проведенных в ФБУН НИИ дезинфектологии Роспотребнадзора исследований была разработана Инструкция по применению Аппарата автоматического для аэрозольной дезинфекции АЭРО-ДЕЗ-«КРОНТ» производства АО «КРОНТ-М» с использованием средства дезинфицирующего «Перекись водорода медицинская 6 %» от 04.07.2019. В Инструкции приводятся режимы проведения профилактической и заключительной дезинфекции, требования техники безопасности при работе с аппаратом.

Гарантия на Аппарат автоматический для аэрозольной дезинфекции АЭРО-ДЕЗ-«КРОНТ» – 2 года.

АО «КРОНТ-М».
141402, Московская область, г. Химки, ул. Спартаковская, д. 9.
+7 (495) 500-48-84 https://kront.com info@kront.com

ПООЩРЕНИЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

ПЕРЕДОВЫМ ОПЫТОМ ВЕДЕНИЯ ШКОЛЫ ДЕЛЯТСЯ АКУШЕРКИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА ОМСКА



Елена Викторовна ДРУЖИНИНА
старшая акушерка акушерского отделения патологии беременности перинатального центра БУЗОО «Областная клиническая больница», член специализированной секции ОПСА «Акушерское дело»

Татьяна Викторовна САИТОВА
главная акушерка перинатального центра БУЗОО «Областная клиническая больница», председатель специализированной секции ОПСА «Акушерское дело», г. Омск

Грудное вскармливание – здоровье матери и новорожденного

Грудное вскармливание является единственной формой питания, которое было сформировано в ходе биологической эволюции человечества. Кормление грудью имеет важное значение не только для ребенка, но и для женщины.

Грудное молоко – это идеальный продукт для младенцев с первого дня жизни. Оно полностью соответствует особенностям пищеварения и обмена веществ в организме новорожденных, легко переваривается и полностью усваивается, имеет необходимую температуру. Доказано, что грудное вскармливание способствует развитию мышц и дыхательной системы, поддерживает иммунную систему, стимулирует пищеварение, формирует между матерью и ребенком тесную психологическую связь.

Оценивая ключевую позитивную роль грудного вскармливания с первого дня жизни младенца, отдельно выделяют положительное влияние на материнский организм.

Кормление грудью благоприятно влияет на сокращение матки, ускоряя ее инволюцию, уменьшает вероятность послеродовых кровотечений, формирования послеродовой депрессии. Длительная лактация снижает риск развития рака груди, яичников. Важен и экономический эффект – не требуются затраты на приобретение смесей, бутылочек, сосок.

Ведущую роль в становлении и поддержке полноценной лактации играет психологическая установка женщины и окружающих ее лиц на грудное вскармливание, которую обозначают как «*доминанту лактации*».

Организация школ поощрения грудного вскармливания, безусловно, является ключевым направлением в формировании доминанты лактации, обучении вопросам грудного вскармливания.

Мы хотим поделиться опытом организации и работы школы «Поощрение грудного вскармливания» в Перинатальном центре Областной клинической больницы города Омска.

Рис. 1. Раннее прикладывание ребенка к груди матери

Закладываем основы и пропагандируем

В нашей медицинской организации активно пропагандируется грудное вскармливание и широко используются современные перинатальные технологии.

Внедрено в практику:
– раннее прикладывание ребенка к груди матери;
– контакт «кожа к коже» матери и ребенка в родильном зале;
– вскармливание новорожденного в свободном режиме;
– круглосуточное совместное пребывание матери и ребенка;
– использование 10 принципов успешного грудного вскармливания.

Важным условием хорошей лактации является раннее прикладывание новорожденного ребенка к груди. Прикосновение ребенка к соску и взятие груди запускает у матери механизм выработки молока. В нашем центре этот показатель на протяжении многих лет остается стабильным – 87 % (рис. 2).

Учитывая, что наша медицинская организация относится к учрежде-

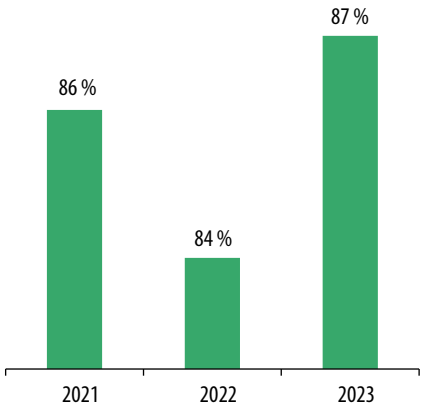


Рис. 2. Раннее прикладывание к груди матери

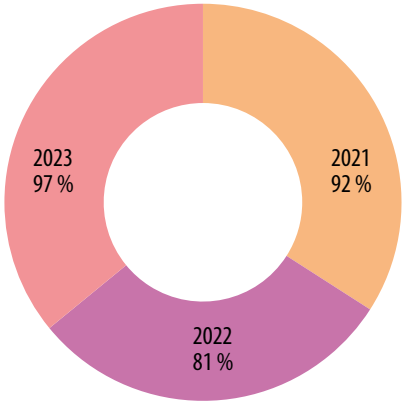


Рис. 3. Совместное пребывание матери и ребенка

Рис. 4.

Рис. 5.

ниям III уровня оказания медицинской помощи, этот показатель достаточно высок. Поддержание его на указанном уровне свидетельствует о заинтересованности коллектива в пропаганде грудного вскармливания и его поощрении.

Следующим важным фактором успешного грудного вскармливания является «свободное вскармливание», или кормление ребенка по требованию. Наш перинатальный центр работает в режиме совместного пребывания матери и ребенка с первых минут после рождения и до выписки. 97 % новорожденных (от общего числа детей отделения новорожденных) находятся на совместном пребывании (рис. 3).

Из них 52 % на раннем, и это несмотря на достаточно высокий процент операций кесарева сечения.

Разработана политика Перинатального центра по грудному вскармливанию, цель которой – дать каждому ребенку наилучшее начало жизни путем создания условий, в которых грудное вскармливание является нормой. Кроме общих мероприятий, политику по грудному вскармливанию имеет каждое отделение. Все сотрудники подразделений участвуют в проведении занятий с пациентками. С вновь прибывшими проводятся инструктажи.

Организация обучения грудному вскармливанию в Школе Перинатального центра

В связи с актуальностью грудного вскармливания новорожденных и детей первого года жизни возникла необходимость в организации школы «Поощрение грудного вскармливания», работа которой началась с 2012 года.

В структуре Перинатального центра нет женской консультации, поэтому было принято решение организовать школу на базе акушерского отделения патологии беременности.

На подготовительном этапе была проведена большая работа: разработали положение о школе «Поощрение грудного вскармливания», программу работы школы, график занятий.

Оборудовали учебный класс. Оснастили его видеотехникой для просмотра обучающих видеофильмов, муляжами для практических занятий, наглядными пособиями (рис. 4, 5).

Определили тематику занятий по вопросам преимущества и методов грудного вскармливания, недостатков искусственного кормления, правил и техники кормления грудью, увеличения лактации и сцеживания грудного молока.

Сотрудники, участвующие в проведении занятий, проходят обучение на ежегодном семинаре «Консультирование по грудному вскармливанию».

Рис. 6.

Используются формы обучения – тренинги, решение ситуационных задач, практические занятия. Во время практики сотрудники работают в небольших группах, используя интерактивные методы – ролевые игры, выполняя роли «матери» и «консультанта», отрабатывают речевые модули.

Занятия проводятся небольшими группами 6–8 человек в игровой форме (рис. 6).

Занятие состоит из двух частей:

– ***теоретической***, где мы рассматриваем анатомию молочной железы, чтобы женщина понимала важность правильного прикладывания ребенка к груди (рис. 7), рассказываем об изменениях грудного молока, рефлексах окситоцина и пролактина;

– ***практической***, где мы отрабатываем технику прикладывания ребенка к груди, способы положения у груди и технику сцеживания грудного молока. Каждая пациентка с помощью куклы импровизирует технику прикладывания ребенка к груди, отрабатывая при этом свои навыки. На муляжах грудных желез проводится обучение

Рис. 7.

Рис. 8.

технике сцеживания грудного молока (рис. 8).

Изначально мы старались привлекать на занятия пациенток первородящих, но в процессе работы поняли, что занятия в смешанных группах идут эффективнее.

Во-первых, не все повторнородящие пациентки имели положительный опыт кормления грудью.

Во-вторых, успешно кормящие мамы делятся своим опытом и настраивают остальных на грудное вскармливание.

Занятие в школе – это не только теоретические знания, это «живой» диалог, где есть возможность задать все интересующие вопросы, обсудить то, что вызывает волнение. Это общение, которое позитивно сказывается на настроении. А положительный психологический настрой на благополучный исход имеет первостепенное значение.

На занятиях во время беседы мы выявляем трудности при кормлении грудью детей, рожденных ранее, обсуждаем проблемы и стараемся помочь избежать их в настоящее время. В основном это трещины сосков, лактостаз, гипогалактия, втянутые соски. Поэтому подробнее останавливаемся на этих вопросах. Пациентки обеспечиваются методическими материалами, памятками по вопросам грудного вскармливания.

В конце занятий проводится собеседование и анкетирование, где пациентки отражают свое мнение о необходимости и важности проводимых занятий. По результатам анкетирования мы делаем выводы о наиболее приоритетных направлениях нашей работы.

Вот некоторые данные из результатов анкетирования:

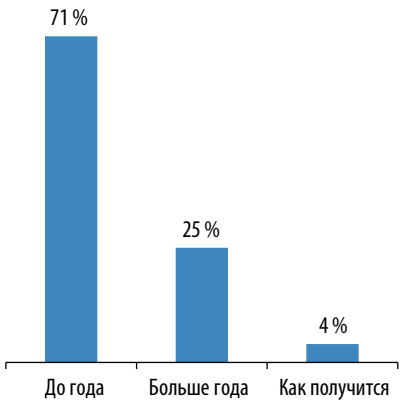


Рис. 9. Планируют кормление грудью

– 98 % пациенток считают, что проведение школы «Поощрение грудного вскармливания» в Перинатальном центре необходимо и только 2 % отмечают, что им достаточно занятий в женской консультации;

– все без исключения считают, что полученные знания им пригодятся в дальнейшем;

– 71 % пациенток планируют кормить грудью до 1 года, 25 % больше года и 4 % как получится (рис. 9);

– у 30 % повторнородящих пациенток были трудности при кормлении грудью детей, рожденных ранее. В основном это гипогалактия и лактостаз. Поэтому при проведении занятий акцентируем внимание на этих вопросах;

– 95 % пациенток отмечают, что, прослушав занятия в школе, смогут самостоятельно кормить ребенка грудью и только 5 % выражают неуверенность.

Школа будущего

Анализируя анкеты, мы видим значимость проводимых занятий, заинтересованность в них пациенток и актуальность работы школы «Поощрение грудного вскармливания». Даже женщины, ожидающие третьего и четвертого ребенка, признаются, что, несмотря на свой опыт, узнают много нового и полезного для себя.

Анализируя работу школы, можно сделать следующие выводы:

1. Количество детей, находящихся на грудном вскармливании, увеличилось до 98 %, и нам удается в течение многих лет поддерживать этот высокий результат.

2. На занятиях удается сформировать у матерей уверенность и осознанный подход к кормлению грудью.

3. Анализируя анкеты, мы видим значимость проводимых занятий, заинтересованность в них пациенток.

Пропаганда грудного вскармливания в нашей медицинской организации не ограничивается проведением школы «Поощрение грудного вскармливания».

В настоящее время на сайте БУЗОО «Областная клиническая больница» подготовлено видеозанятие школы «Поощрение грудного вскармливания», материалы которого могут посмотреть не только пациентки, выписавшиеся из перинатального центра, но и все заинтересованные лица. Кроме просмотра материала будет возможность задать вопросы.

Так как Областная клиническая больница является школой передового опыта для медицинских организаций региона, опытными акушерками Перинатального центра проводятся обучающие занятия по проведению школы с сотрудниками центральных районных больниц Омской области, что позволяет сформировать единые подходы к этому направлению работы в регионе.

Кроме того, в Областной клинической больнице на протяжении ряда лет с 1 по 8 августа проводятся мероприятия, приуроченные к Всемирной неделе поддержки грудного вскармливания. Одним из них является запуск белых шаров – «Молочный салют», символизирующий капельки материнского молока (рис. 10). Этот праздник за многие годы полюбился не только кормящим мамам, но и специалистам, которые прилагают все усилия для того, чтобы ни один малыш не остался без самого ценного питания на свете!

Рис. 10. «Молочный салют»

ЕДИНСТВЕННАЯ ЗАПИСЬ В ТРУДОВОЙ

24 МАРТА ЮБИЛЕЙ ОТМЕЧАЕТ ОЛЬГА ВИТАЛЬЕВНА СИРОТКОВА, ГЛАВНЫЙ ФЕЛЬДШЕР ГБУ РМЭ «СТАНЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

В наше время редко встретишь человека, в трудовой книжке которого всего одна запись – «Принята на работу в должности фельдшера скорой помощи».

Выпускница Йошкар-Олинского медицинского училища Ольга Сироткова начала свой трудовой путь в системе здравоохранения Республики Марий Эл на Станции скорой медицинской помощи фельдшером выездной бригады ровно 46 лет назад.

С 2005 года Ольга Витальевна назначена главным фельдшером Станции скорой медицинской помощи, где и работает по настоящее время.

В Республике Марий Эл одна Станция скорой медицинской помощи, которая объединят 13 отделений, на которых трудятся 26 врачей и 522 специалиста со средним медицинским образованием: 459 фельдшеров и 63 медицинские сестры. Всего Республику Марий Эл обслуживают 62 бригады, из них: 7 врачебных, 52 фельдшерских, 1 психиатрическая специализированная и 2 реанимационные бригады.

Работу специалистов со средним медицинским образованием Станции скорой медицинской помощи возглавляет и организует сильная, мудрая женщина – Ольга Витальевна Сироткова. Все эти годы она верна своей профессии, в которой нужны особая выносливость, сила и закалка характера, выдержка и трудолюбие.

Ее учителями и наставниками были Евгения Яковлевна Кузьминых – главный специалист по сестринскому делу Минздрава Республики Марий Эл и главная медицинская сестра Йошкар-Олинской городской больницы – Людмила Сергеевна Сверчкова. От них Ольга Витальевна переняла необходимые профессиональные знания и навыки.

И сама уже давно успела стать наставником, подготовить студентов и выпускников. Каждому старается передать частичку опыта и любви к своему делу.

А сколько профессиональных конкурсов прошло за эти годы! Под чутким руководством Ольги Витальевны фельдшеры СМП ежегодно участвуют и занимают призовые места в конкурсах профмастерства.

Ольга Витальевна – прекрасный наставник и пример для молодых специалистов, грамотный профессионал, талантливый организатор. По мнению коллег, Ольга Витальевна – прирожденный лидер, занимает активную жизненную и общественную позицию. Одной из первых вступила в Ассоциацию средних медицинских работников Республики Марий Эл. Является членом Правления и председателем секции «Фельдшера СМП».

Заслуженный работник здравоохранения Республики Марий Эл, «Отличник здравоохранения РФ» – Ольга Витальевна пример для многих коллег, ценящих ее высокую ответственность и требовательность к себе.

От всей души поздравляем с юбилейной датой, желаем крепкого здоровья, профессионального долголетия, мира, добра и благополучия!

***

Юбилей – это праздник особый
И нельзя про него забывать.
Вам, красивой, заботливой, доброй,
Мы хотим в этот день пожелать:
Чтобы сердце любовью горело,
И в глазах не погас огонек,
И чтоб солнце теплом Вас согрело,
И высоким чтоб был Ваш полет.

50 ЛЕТ В ПРОФЕССИИ

В ЯНВАРЕ ЭТОГО ГОДА НА ЗАСЛУЖЕННЫЙ ОТДЫХ УШЛА ВАЛЕНТИНА АНДРЕЕВНА ПОНОМАРЕНКО, ГЛАВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ОБОЯНСКОЙ ЦРБ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ. ОКАЗАЛОСЬ, ЧТО С ЛЮБИМОЙ ПРОФЕССИЕЙ ОНА ПРОШЛА ПО ЖИЗНИ, ОТДАВ ЕЙ 50 ЛЕТ!

А начиналось все в далеком Рыльском районе Курской области. Валентина Андреевна родилась в 1956 году, а в 1971-м после окончания 8 класса совсем еще юной приняла решение стать медиком – поступить в Рыльское медицинское училище. В селе была амбулатория, и в детстве дети часто играли «в больницу». Ей это очень нравилось, вот и решила идти в медицину. Только вот отец был категорически против, даже в мыслях не допускал, что она станет медицинским работником. Что делать? Пришлось пойти на хитрость. Летом, работая на уборке зерна, Валя взяла с собой вещи, чтобы переодеться. В конце рабочего дня, когда везли зерно на элеватор в г. Рыльск, уговорила водителя последнего рейса взять ее с собой. Переночевала у родственников и на следующий день пошла сдавать экзамены в училище. Как оказалось, сдала хорошо, допущена к следующему. Отец, когда узнал, был очень рассержен и расстроен. Но Валя уже поверила в свои силы, сумела его уговорить, чтобы отпустил на следующий экзамен.

После окончания медицинского училища в 1974 году по распределению наша коллега попала в Обоянскую центральную районную больницу (ЦРБ) Курской области. Во время учебы и практики больше склонялась к педиатрии и терапии, – боялась крови. Но как это нередко бывает, судьба распорядилась иначе. В хирургическом отделении больницы не хватало медицинских сестер, все работали с большой нагрузкой, и вот туда-то и направили молодого специалиста. Начала Валентина Андреевна свой путь с должности палатной медсестры, затем прошла обучение на медсестру анестезиста и работала в палате интенсивной терапии.

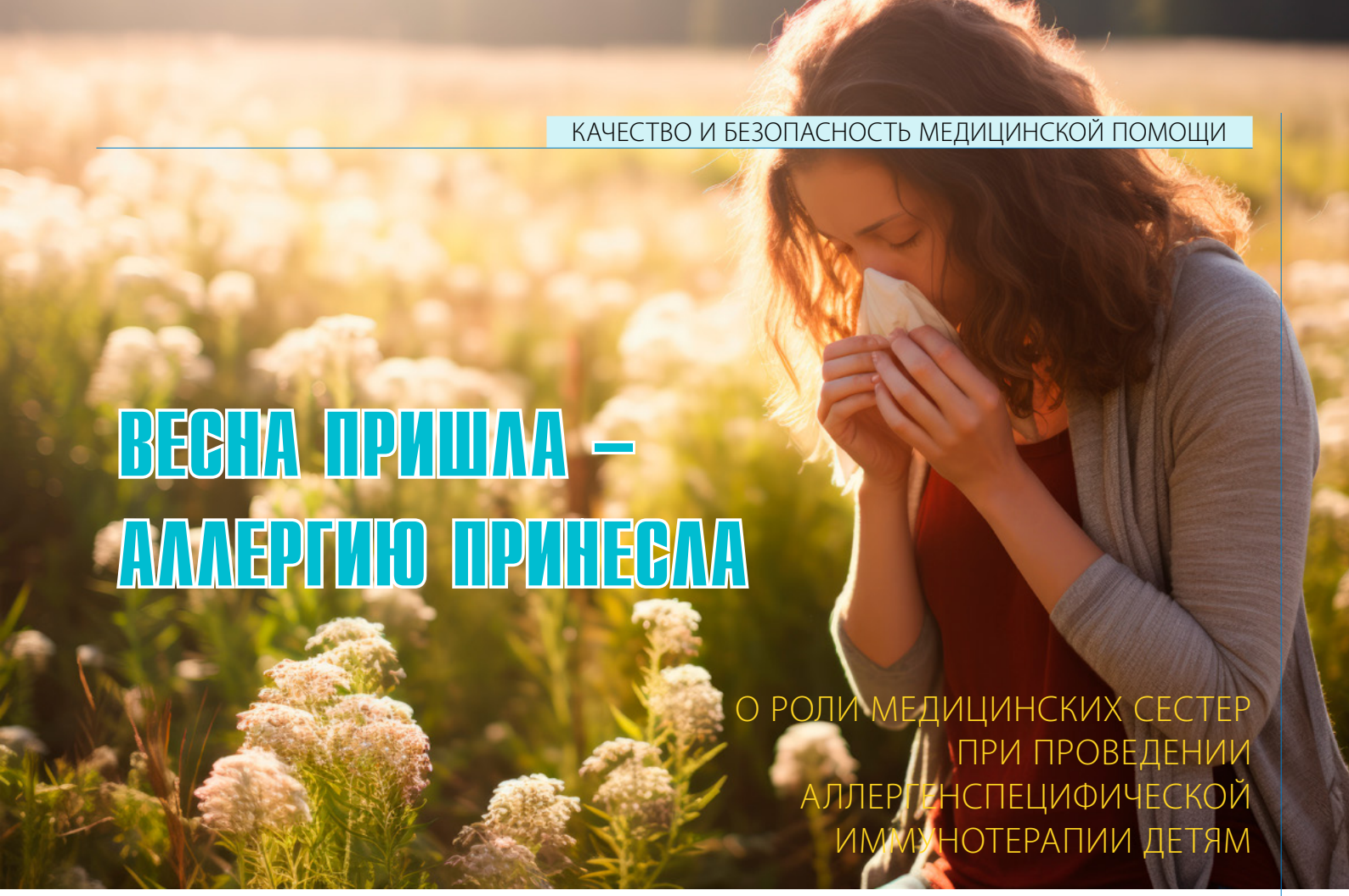
Заведующим отделением в то время был кандидат медицинских наук Гаджиев Ибрагим Салагуттинович. Под его руководством очень много оперировали. В то время на базе Обоянской ЦРБ проходили интернатуру выпускники Курского медицинского института. Разнообразие операций, постоянное изучение чего-то нового, выхаживание послеоперационных больных, – все увлекало и интересовало нашу героиню. А самое главное, были видны результаты работы, когда тяжелые больные выздоравливали. Валентине Андреевне это очень нравилось, и работала она, отдавая максимум сил и энергии.

В 1981 году Валентина Андреевна была назначена старшей медсестрой хирургического отделения. В этой должности ей удалось остановить текучесть кадров среднего медицинского персонала в отделении, сформировать сплоченный коллектив. Многие из пришедших тогда специалистов работают и по сей день.

В 2001 году Валентину Андреевну перевели на должность главной медицинской сестры Обоянской ЦРБ. Вначале было трудно, очень переживала. Часто обращалась за помощью к главным медсестрам Курской областной больницы – Фалалеевой Валентине Макаровне, а когда ее не стало, к Кондратенко Галине Николаевне, которая также является президентом Курской региональной общественной организации средних медицинских работников. Благодаря им, а также старшим медсестрам областной больницы и совместно с главными медсестрами других лечебных учреждений области Валентина Андреевна принимала активное участие в работе Курской Ассоциации «Сестры милосердия».

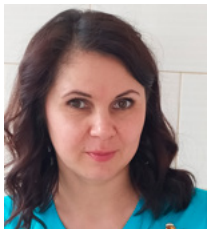
За заслуги в области здравоохранения и многолетний добросовестный труд в 2006 году награждена почетной грамотой Минздравсоцразвития России, за плодотворную работу по пропаганде семейных ценностей и укреплению институтов семьи в 2023 году – почетной грамотой Союза женщин России.

Проработав без малого 50 лет, в январе этого года Валентина Андреевна приняла решение уйти на заслуженный отдых. Она благодарна всем, кто встретился на ее жизненном пути и помогал ей в работе. Желает всем здоровья, мира и благополучия. И мы благодарны Валентине Андреевне за профессиональный путь длиной в 50 лет, опыт, мудрость и знания, которыми она щедро делилась с коллективом и коллегами!



ВЕСНА ПРИШЛА – АЛЛЕРГИЮ ПРИНЕСЛА

О РОЛИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ ДЕТЯМ



Елизавета ЛЕКАРЕВА
Медицинская сестра КДЦ Областной детской клинической больницы, г. Владимир

В действительности лечение аллергии начинается задолго до прихода весны! О том, как на сложном пути лечения пациенту помогает медицинская сестра, мы расскажем в этом статье.

Аллергия – это хроническое заболевание, возникающее вследствие неадекватной реакции организма на обычные безвредные вещества окружающей среды. Развивается при повторном контакте с такими веществами, проявляясь все ярче и ярче с каждой последующей встречей. Самое тяжелое время года для аллергиков – это весна. Именно в это время человек сталкивается с множеством природных аллергенов. Поэтому рассмотрим проблему чуть подробнее.

Аллергические реакции, как правило, появляются после повторного контакта, когда есть уже сформированные иммуноглобулины Е (специфические IgE). При контакте с аллергеном происходит высвобождение медиаторов воспаления (гистамин, лейкотриен и т.д.), за счет действия которых и формируется клиническая картина. Развиваются аллергические заболевания: аллергический ринит (сезонный и круглогодичный), аллергический конъюнктивит, бронхиальная астма, крапивница и др.

Медикаментозное лечение

Страдающим от аллергии в большинстве случаев предлагают симптоматическое лечение, которое позволяет устранить на время или значительно снизить неприятные симптомы. Медикаментозная терапия включает:

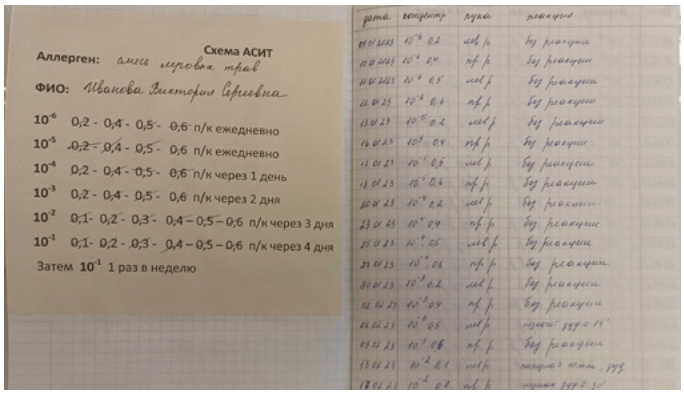
- антилейкотриеновые препараты (монтелукаст);
- местные кортикостероиды (спреи в нос, глазные капли, ингаляционные препараты, крема и т.д.);
- препараты на основе кромоглициевой кислоты (спреи в нос, глазные капли, ингаляторы);
- препараты для купирования и контроля симптомов бронхиальной астмы;
- антигистаминные препараты 1-го и 2-го поколения (системные и местные).

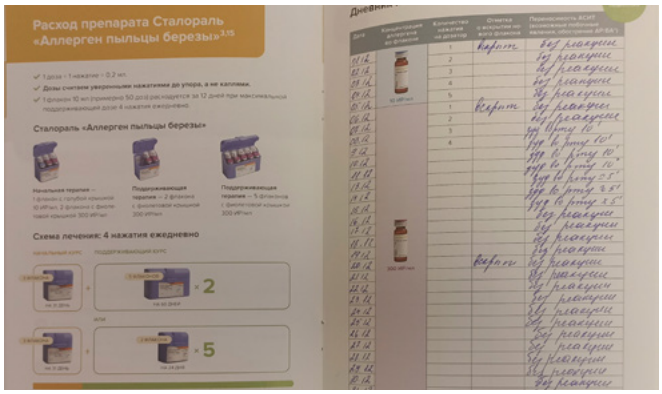
Современные методы диагностики

Чтобы адекватно купировать или подавить аллергию, надо выявить аллерген. Для этого пациентам назначаются современные методы диагностики: кожные прик-тесты, определение в крови специфических иммуноглобулинов Е, молекулярная диагностика (определение мажорных аллергенов).

На базе Областной детской клинической больницы Владимирской области кожные аллергопробы проводятся в кабинете аллерголога-иммунолога. В арсенале нашего кабинета имеются аллергены к пыльце деревьев, сорных и луговых трав. Пробы выполняются вне сезона цветения и вне обострения.

Данное обследование требует специальной подготовки и имеет ряд противопоказаний (острые заболевания, обострение хронических заболеваний, ряд заболеваний нервной системы, от-





рицательная эмоциональная реакция), что требует отмены некоторых препаратов.

Для определения бытовых и пищевых аллергенов назначаем определение в крови специфических IgE. Данный метод не требует специальной подготовки, не зависит от сезона цветения и состояния пациента, не имеет возрастных ограничений.

Аллергенспецифическая терапия

По результатам обследования врач аллерголог-иммунолог назначает пациентам аллергенспецифическую иммуннную терапию (АСИТ), которая снижает чувствительность организма к причинно-значимому аллергену путем введения постепенно возрастающих доз аллергена. Используются инъекции, таблетки и сублингвальные спреи.

Это единственный способ, позволяющий добиться изменения механизма реагирования, направленный на выработку блокирующих иммуноглобулинов G (IgG).

Терапия позволяет предотвратить переход легких форм заболевания в тяжелые, снижает или даже полностью устраняет потребность в лекарственных препаратах.

После ее завершения удается добиться многолетней ремиссии, приостановить прогрессирование процесса: присоединение сенсибилизации к другим аллергенам и переход риноконъюнктивита в бронхиальную астму.

Но для проведения АСИТ существуют и ограничения:

- возраст младше 5 лет;
- наличие тяжелого основного заболевания, отсутствие контроля над основным заболеванием;
- наличие сопутствующих тяжелых заболеваний;
- расхождение результатов лабораторных тестов с клинической картиной.

Роль медицинской сестры при проведении АСИТ

Аллергенспецифическая терапия – это сложное лечение, которое имеет ряд ограничений и требует тесного взаимодействия и взаимопонимания между пациентом, в нашем случае его родителями, и медицинскими работниками – врачом и медицинской сестрой. Много ограничений, противопоказаний, требований к образу жизни, соблюсти которые семья может только при условии качественного обучения и регулярного контроля со стороны медицинской сестры.

При проведении АСИТ важны:

- комплаенс пациента, правильное выполнение всех рекомендаций, полученных от врача и медицинской сестры;
- запрет на проведение плановой вакцинации и диагностических проб (проба Манту);
- запрет на плановые оперативные вмешательства, посещение стоматолога для проведения лечения и гигиенических мероприятий.

О запретах важно помнить и относительно режима питания ребенка. Как правило, мы подробно рассказываем о диете на весь период лечения. Что подразумевает такая диета?

Из рациона питания исключаются пищевые продукты, вызывающие перекрестные аллергические реакции. При несоблюдении диеты могут возникнуть осложнения, местные и системные реакции, что потребует прерывания терапии, купирования симптомов и в дальнейшем решения вопроса о возможности возобновления АСИТ. Так как цель

АСИТ набрать эффективную дозу, наша задача состоит в том, чтобы избежать частых перерывов в терапии, в идеале – не допустить их.

Так, при аллергии к пыльце деревьев из рациона следует исключить: орехи, яблоки, киви, персики/нектари-

ны, вишню/черешню и другие косточковые фрукты/соки из них, сырую морковь и картофель, помидоры, сельдерей, петрушку, березовый сок, коньяк и виски.

При аллергии на пыльцу одуванчика и сорных трав исключаются: дыня, подсолнечник (халва, майонез, козинаки), арбуз, кабачки, баклажаны, горчица, свекла, шпинат, цикорий, цитрусовые, мед и, если речь идет о взрослых пациентах, абсент и вермут.

При аллергии к пыльце злаков исключаются: мюсли, хлебобулочные и макаронные изделия, многие крупы, отруби, щавель, заменители кофе, панировочные сухари, пудинги, солод, квас и – для взрослых пациентов – пиво и водка.

На базе ОДКБ Владимирской области проводится аллергенспецифическая иммунотерапия при аллергии на пыльцу деревьев, сорных и луговых трав и на клеща домашней пыли. Пациенту могут быть предложены разные формы препаратов.

АСИТ-терапия проводится с использованием двух типов препаратов:

• вводимых подкожно (ПКИТ). Это делается на базе Областной детской клинической больницы в кабинете врача аллерголога-иммунолога;

• сублингвальных (СЛИТ). Они принимаются в виде капель или диспергируемых (растворяющихся в ротовой полости) таблеток. Лечение в этом случае проводится пациентом самостоятельно.

И при подкожной, и при сублингвальной СИТ весь процесс лечения разделяется на две фазы: фаза набора дозы и фаза поддерживающей терапии.

Первая фаза подразумевает набор дозы, которую пациент адекватно переносит, не испытывая дискомфорта; фаза поддерживающей терапии продолжается до начала цветения растений.

При аллергии на клещей домашней пыли рекомендуется круглогодичная схема лечения из-за того, что воздействие аллергенов клещей не зависит от времени года.

Важно! Прием препаратов должен быть регулярным. При этом пациенту следует быть заранее готовым к тому, что для достижения выраженного клинического эффекта ему нужно будет лечиться на протяжении примерно трех лет.

Весь курс терапии проводится под контролем аллерголога. Предварительно мы рассказываем обо всех тонкостях лечения. Пациент получает всю интересующую информацию – как перед началом терапии, так и во время приема препаратов.

Терапия, к сожалению, не лишена рисков побочных эффектов. ПКИТ-индуцированные побочные реакции могут быть локальными или системными. Тяжесть системных реакций варьирует от легких до жизнеугрожающих. СЛИТ имеет лучший профиль безопасности, чем ПКИТ, и это преимущество позволяет проводить лечение в домашних условиях.

На данный момент для подкожного введения доступна АСИТ-терапия только к пыльцевым аллергенам: деревьям, злаковым травам и сорным травам.

СЛИТ-терапия направлена на аллергию к клещам домашней пыли и к пыльцевым аллергенам (береза и/или злаковые травы).

Остановимся на двух видах терапии и задачах медицинской сестры подробнее.

Подкожная иммунотерапия

Начинаем терапию за 3–4 месяца до цветения потенциального аллергена. АСИТ к пыльце деревьев начинаем с декабря, а к сорным и луговым травам – с января месяца, чтобы успеть достичь максимально переносимой пациентом дозы и перейти на поддерживающий курс.

ПКИТ проводим микст-аллергеном (это водно-солевой экстракт белково-полисахаридных комплексов), выделенный из смеси пыльцы деревьев, сорных и луговых трав.

Медицинская сестра готовит препарат в процедурном кабинете врача-аллерголога с соблюдением асептики. На каждого пациента готовится свой набор. На флаконах и коробке мы в обязательном порядке указываем

данные пациента, концентрацию аллергена и срок годности. Срок использования микст-аллергена после его разведения – 1 месяц. Данные наборы хранятся строго в холодильнике при температуре от +2 до +8 °С.

В течение всего периода АСИТ медицинская сестра ведет дневник. После каждой инъекции в него следует записывать дату, разведение и дозу аллергена, руку и побочные эффекты.

Инъекции выполняются в обе руки поочередно с помощью одноразовых туберкулиновых шприцев. Это обычные подкожные инъекции в область нижней трети плеча по заднелатеральной поверхности.

Иммунотерапию начинаем с дозы в 10 раз меньше, чем та, которая вызвала минимальную положительную реакцию на аллергопробах. Важно, чтобы пациент регулярно получал инъекции согласно схеме. Первые инъекции выполняются ежедневно.

После инъекции аллергена мы наблюдаем за пациентом не менее 60 мин, в течение этого времени отмечаем реакцию кожи на введение препарата и общее состояние пациента, так как в этот период наиболее велика вероятность развития системных реакций. Об отдаленных реакциях пациент нас информирует самостоятельно и отмечает их в дневнике.

Противопоказанием для увеличения дозы является местная реакция в виде инфильтрата 25 мм, возникающая в течение суток на месте инъекции, общая реакция организма или обострение основного заболевания. С учетом наблюдения за пациентом можем менять схему АСИТ: уменьшать дозу аллергена или удлинять интервал между инъекциями, пока устанавливается хорошая переносимость.

Сублингвальная иммунотерапия

Сублингвальную иммунотерапию отличают удобство применения препарата (капли или таблетки под язык), отсутствие необходимости регулярных инъекций, самостоятельное проведение терапии пациентом на дому, отсутствие необходимости регулярных визитов к врачу, сравнительно низкий риск развития системных реакций организма на введение аллергена – высокий профиль безопасности. СЛИТ-терапия незаменима для пациентов, проживающих в отдаленных районах области, для которых регулярные посещения кабинета недоступны.

Первый прием препарата происходит все же на приеме под наблюдением аллерголога-иммунолога. Помещаем наконечник дозатора в подъязычную область, делаем необходимое количество нажатий, и ребенок удерживает раствор под языком в течение двух минут. Таблетку помещаем под язык и держим до полного растворения.

Пациенту (родителям) мы подробно рассказываем о том, что данная терапия может вызывать побочные реакции, по большей части умеренные: зуд в полости рта, отек в подъязычной области, ушной зуд, першение в горле. Большинство местных реакций возникают и проходят в первые 30 минут после применения препарата и не требуют дополнительного лечения. Препарат применяется без изменений.

В течение длительного лечения может случиться всякое. Поэтому мы в обязательном порядке инструктируем родителей или самого пациента, выдаем памятку и схему коррекции терапии на случай заболевания ОРВИ, обострения основного заболевания или при необходимости стоматологического вмешательства.

Доктор дает личный телефон для контроля терапии. И если у пациентов возникают какие-либо вопросы, они всегда могут обратиться к врачу.

А мы объясняем пациентам значимость соблюдения правил приема препарата:

- препарат нужно капать каждый день утром перед едой и до чистки зубов по рекомендуемой врачом схеме;
- лечение и дозировка должны применяться строго по назначению врача. Дозировка, предписанная врачом, адаптируется в соответствии с чувствительностью пациента, только врач может поменять ее в случае необходимости;
- во время всего периода приема препарата пациент должен вести календарь, отмечая в нем прием лекарства и побочные реакции.

Препарат хранится в холодильнике при температуре от +2 до +8 °С в вертикальном положении.

Достоинства АСИТ-терапии

Многочисленные двойные слепые плацебо-контролируемые исследования подтвердили эффективность ПКИТ и СЛИТ в лечении аллергической бронхиальной астмы и аллергического ринита, что проявляется в снижении частоты и выраженности симптомов, снижении потребности в лекарственных препаратах, улучшении качества жизни, стимуляции благоприятных изменений в продукции специфических иммунологических маркеров.

Эффект после прекращения АСИТ может сохраняться несколько лет. Улучшение клинической картины заболевания может наблюдаться через очень короткое время после достижения поддерживающей дозы. Вопрос о рассмотрении повторного курса АСИТ обычно ставится через 5 лет от окончания последнего курса.

АСИТ является действующей методикой, которая дает возможность больному аллергией жить нормальной жизнью. Правильное проведение терапии, отсутствие ошибок в приеме препаратов, отсутствие пропусков, своевременное информирование о побочных реакциях, строгое соблюдение диеты – необходимые условия эффективного лечения, соблюсти которые каждому пациенту помогает профессиональная медицинская сестра.

Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия в акушерстве

Алла Витальевна ШЕЛЕМА
Старшая медицинская сестра отделения анестезиологии-реанимации Перинатального центра, ОКБ г. Омска

Игорь Васильевич ЛЫСЕНКО
Заведующий отделением анестезиологии-реанимации Перинатального центра, ОКБ г. Омска

Даже беглый взгляд на историю акушерской анестезиологии показывает, что ее развитие проходило крайне медленно. Самые первые попытки обезболить роды, по всей видимости, были связаны с внушением для изгнания демона боли.

Первый случай применения нейроаксиальных методов обезболивания родов датирован 8 июня 1900 года, когда швейцарский акушер-гинеколог Оскар Крайс успешно провел обезболивание родов с помощью интратекального введения кокаина. Вскоре в 1901 году акушер-гинеколог из США Уильям Риджли Стоун сообщил уже о 35 случаях обезболивания родов методом спинномозговой анальгезии. Но из-за использования несовершенных игл большого диаметра большинство из этих случаев анестезии кесарева сечения (КС) и анальгезии родов были омрачены развитием постпункционной головной боли, тошноты и рвоты.

В 30–40 гг. XX столетия, опасаясь негативного воздействия обезболивания на состояние новорожденного, акушерство снова вернулось к методам «естественных» родов.

Новый толчок в своем развитии методы обезболивания родов получили только в 1952 году, после того как Вирджиния Апгар представила на XXVII ежегодном конгрессе анестезиологов систему физикального статуса новорожденного на первых минутах жизни.

Это стало настоящим прорывом в акушерской анестезиологии – появился инструмент для изучения влияния анестезии во время операции КС и влияния методов обезболивания родов на состояние плода.

Широкое применение эпидуральной анальгезии в акушерстве отмечается с начала 60-х годов XX века.

Модификация метода проходила и продолжается в настоящее время в трех направлениях, это:

- поиск местного анестетика, оказывающего минимальное влияние на состояние плода и родовую деятельность;
- поиск оптимальной методики применения местных анестетиков (опти-

мальных доз, объемов и концентрации препарата);

• разработка более совершенных и безопасных принадлежностей, необходимых для осуществления пункции и катетеризации эпидурального пространства.

В настоящее время в акушерской практике с целью обезболивания родовой деятельности и на операциях КС широко используются нейроаксиальные методы анестезии/анальгезии, которые разделяются на эпидуральную, спинальную и спинально-эпидуральную.

Суть такой анестезии заключается в блокаде нервных волокон, проводящих ноцицептивные (болевые) импульсы к спинному мозгу.

Преимущества методов нейроаксиальной анестезии:

1. Являются единственными методами обезболивания, которые способны обеспечить надежную, близкую к 100 % антиноцицептивную защиту.

2. Обеспечивают наиболее надежную защиту пациентки от операционного стресса.

3. Операции, выполненные в условиях нейроаксиальных методов анестезии, отличаются значительно меньшим объемом кровопотери.

4. Применение регионарной анестезии дает возможность ранней активизации женщин, резко снижает риск послеоперационных осложнений, в т.ч. тромбозов и тромбоэмболий. Отсутствует отрицательное влияние на моторику кишечника.

5. Обеспечивается длительная и качественная послеоперационная анальгезия. После операции отпадает необходимость использования наркотических анальгетиков. И, наконец, нельзя забывать про желание женщины «присутствовать» при рождении ребенка. Для многих женщин «имитация родов», имеющая место во время регионарной анестезии, является психологически очень важной.

Анестезия на операцию кесарева сечения должна соответствовать следующим требованиям:

– минимальное влияние на функцию жизненно важных органов и систем роженицы, плода и новорожденного;

– минимальная проницаемость анестетиков через плаценту;

– обеспечение адекватной интра- и послеоперационной анальгезии с желательным сохранением сознания у роженицы;

– сохранение механизмов ауторегуляции жизненно важных органов и систем у родильницы после извлечения плода;

– минимальное влияние анестетиков на тонус матки.

Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия была разработана для получения максимальной пользы от спинальной и эпидуральной анестезии и минимизации их недостатков, и может быть использована как при операции кесарева сечения, так и для обезболивания родов. Этот метод преуспевает в главном, но является более дорогим и технически сложным.

В перинатальном центре Омской областной клинической больницы данная методика применяется с 2015 года. Вначале это были единичные случаи. В последние годы комбинированная спинально-эпидуральная анестезия/анальгезия находит все более широкое применение, о чем свидетельствуют статистические данные, приведенные на рис. 1, от общего количества анестезий.

Преимущества спинально-эпидуральной анестезии/анальгезии:

• при операции КС позволяет быстро достичь достаточного уровня симпатической блокады с возможностью ее пролонгирования за счет эпидурального компонента даже в условиях экстренной операции;

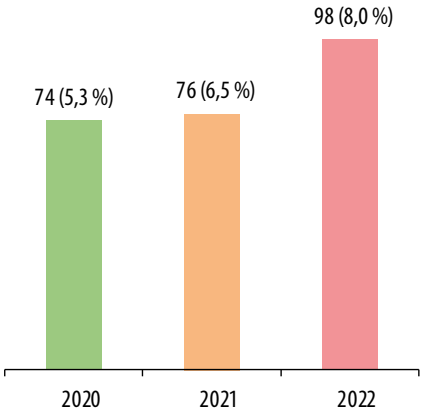


Рис. 1. Количество выполненных комбинированных спинально-эпидуральных анестезий за последние три года

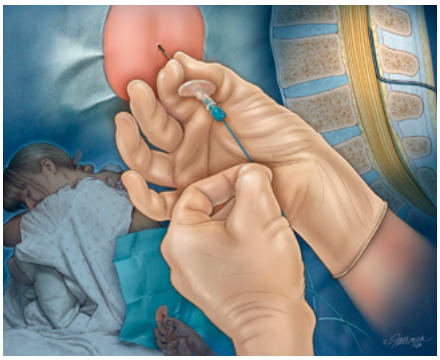
• позволяет проводить адекватную антиноцицептивную защиту при значительном расширении объема операции;

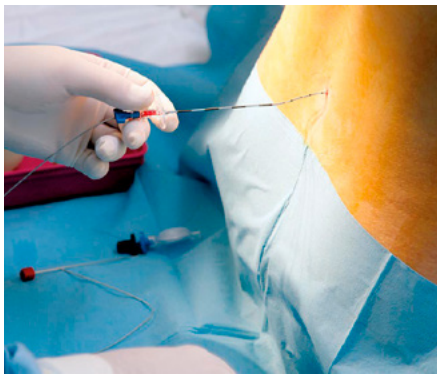
• обеспечивает адекватное послеоперационное обезболивание и уровень симпатической блокады с целью коррекции гемодинамики у пациенток с преэклампсией;

• позволяет проводить симпатическую блокаду с целью восстановления функции кишечника и ранней активизации пациенток;

• при обезболивании родов позволяет достичь быстрого эффективного обезболивания за счет спинального компонента уменьшенными дозами местного анестетика.

Нейроаксиальные методы анестезии в нашем Перинатальном центре выполняются в условиях операционной или родильных залов, которые оснащены необходимым оборудованием с учетом ситуаций, требующих изменения плана анестезии и оказания внеплановой неотложной помощи и коррекции возможных осложнений.





Перед проведением анестезии медицинская сестра-анестезист:

– проверяет работу необходимого реанимационного оборудования;

– выполняет катетеризацию периферической вены с подключением внутривенного капельного введения кристаллоидов;

– подготавливает стандартный набор принадлежностей для выполнения пункции и катетеризации субарахноидального и эпидурального пространства;

– предварительно медицинская сестра-анестезист проверяет сроки годности используемых лекарственных препаратов, наборов и изделий медицинского назначения;

– перед началом манипуляции медицинская сестра-анестезист проводит идентификацию, беседует с пациенткой, успокаивает и настраивает ее на благоприятный исход анестезии и операции.

Для выполнения спинально-эпидуральной анестезии важное значение имеет правильное положение женщины на столе. Чаще всего сами женщины не могут занять необходимое положение либо из-за плохого объяснения того, что от них требуется, либо из-за волнения и беспокойного поведения, что снижает в целом эффективность работы.

В акушерской анестезиологии используются два положения пациентки:

Положение на боку. Женщину укладывают на самый край операционного стола спиной к анестезиологу в строго горизонтальном положении. Пациентку просят свернуться калачиком: спина согнута, колени и бедра по возможности максимально должны быть приведены к животу, подбородок прижат к груди. Под голову женщине подкладывают валик высотой около 10 см. Это значительно облегчает сгибание вперед позвоночника, необходимое для расширения межостистых промежутков в поясничном отделе.

Положение сидя используют при выраженном ожирении и сколиозе у пациентки. Роженицу усаживают на край стола, ноги располагают на высокой подставке. Шея должна быть согнута так, чтобы подбородок касался грудной клетки. Руки скрещиваются на животе. Можно разрешить женщине держаться за край стола. Медицинская сестра стоит прямо напротив женщины, чтобы предотвратить ее падение.

Спинально-эпидуральную анестезию выполняет врач анестезиолог-реаниматолог:

– место пункции обрабатывается кожным антисептиком и ограничивается стерильными пеленками. Пункция эпидурального пространства производится иглой Туохи G18. Игла вводится между остистыми отростками L2-L3 или L3-L4 (см. рис. 2).

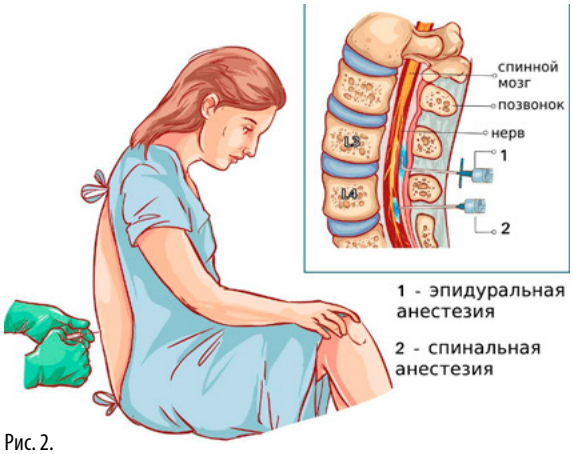
Для идентификации эпидурального пространства используется шприц «пониженного сопротивления», после чего через боковой канал эпидуральной иглы выполняется пункция субарахноидального пространства иглой размера 25–27G, вводится местный анестетик субарахноидально. Далее удаляется спинальная игла и катетеризируется эпидуральное пространство.

По завершению катетеризации медицинская сестра накладывает стерильную повязку на место пункции, фиксирует эпидуральный катетер и укладывает пациентку на операционном столе, выполняя мероприятия по профилактике ортокавальной компрессии и ее негативных последствий для матери и плода (положение на боку или с наклоном влево не менее 150).

При инициации симпатического блока возможно развитие гипотонии, требующее своевременной коррекции (инфузионная терапия, введение вазопрессоров). Введение местных анестетиков в эпидуральное пространство выполняется по мере необходимости (расширение объема и продолжительности операции).

В интраоперационном периоде медицинская сестра-анестезист ведет карту течения анестезии, в которой отражает данные неинвазивного мониторинга (АД, ЧДД, электрокардиография, SpO_2), этапы проведения операции, время, концентрацию и дозу вводимых лекарственных препаратов, учитывает диурез.

После операции пациентка транспортируется в палату интенсивной терапии в сопровождении врача анестезиолога-реаниматолога и медицинской сестры-анестезиста, где находится до полного восстановления (сознание, дыхание, мышечный тонус, гемодинамика, диурез) после проведенного анестезиологического пособия.



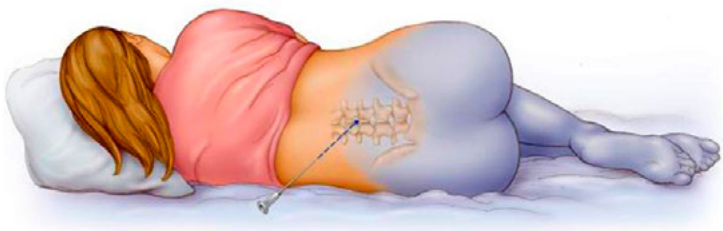


Рис. 2.

В палате интенсивной терапии медицинская сестра-анестезист продолжает неинвазивный мониторинг жизненно важных функций, наблюдение за состоянием послеоперационной повязки, цветом кожных покровов, температурой, выделениями из родовых путей, проводит лабораторный мониторинг. Результаты фиксирует в листе наблюдения.

По назначению врача медицинская сестра-анестезист проводит послеоперационное обезболивание методом продленной эпидуральной анальгезии, наркотическими анальгетиками, нестероидными противовоспалительными препаратами (парацетамол). Выполняет мероприятия по энтеральной поддержке (в первые часы после операции), ранней активизации пациентки, тромбопрофилактике (применение эластичных бинтов на нижние конечности).

Одной из важных задач в акушерской анестезиологии является безопасное и адекватное обезболивание родов.

До 25–30 % женщин характеризуют родовую боль как сильную, чрезмерную, и соответственно, боль может нанести вред как организму матери, так и плода и новорожденного.

Федерация анестезиологов-реаниматологов России и Ассоциация акушерских анестезиологов в совместном заявлении считают, что нет таких обстоятельств, когда женщина должна испытывать серьезную боль, поддающуюся безопасному лечению, в то время когда она находится под наблюдением врача. При отсутствии медицинских противопоказаний материнский запрос – достаточное медицинское показание для облегчения боли во время родов.

Для обезболивания родов используются различные методы нейроаксиальной анальгезии: эпидуральная анальгезия, спинально-эпидуральная анальгезия, каудальная анестезия, пудендальная анестезия, парацервикальная анестезия.

Спинально-эпидуральная анальгезия используется в тех случаях, когда необходимо получить быстрый эффект в сочетании с возможностью продленной анальгезии. Она обладает целым рядом преимуществ перед другими методами, а именно:

– достигается наиболее адекватное обезболивание при сохраненном сознании с высокой степенью удовлетворения женщины и обеспечения комфорта в родах;

– обеспечивает минимальную фармакологическую нагрузку на плод и на новорожденного;

– является методом лечения дискоординации родовой деятельности;

– снижает уровень катехоламинов в крови матери;

– предотвращает нарушение фетоплацентарного кровотока и нарушение транспорта кислорода при чрезмерных спастических сокращениях матки;

– снижает объем кровопотери;

– обеспечивает снижение артериального давления;

– снижает травмы родовых путей;

– достигается адекватное обезболивание при манипуляциях и операциях в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.

Специальной подготовки пациентки к спинально-эпидуральной анальгезии не требуется. Манипуляция выполняется в родильном зале, который оснащен необходимым оборудованием для оказания реанимации и интенсивной терапии.

До начала выполнения анальгезии медицинская сестра-анестезист проверяет сроки годности используемых лекарственных препаратов, наборов и изделий медицинского назначения, обеспечивает венозный доступ, инфузионную поддержку кристаллоидами, мониторинг состояния матери и плода. Для обезболивания родов используется тот же набор принадлежностей, что и для спинально-эпидуральной анестезии на операцию кесарева сечения.

Перед началом процедуры медицинская сестра-анестезист проводит идентификацию, заполняет паспортную часть карты течения анестезии, в дальнейшем фиксирует данные мониторинга и проводимых мероприятий.

Анальгетический эффект достигается путем введения через спинальную иглу спинального компонента местного анестетика (ропивакаин, бупивакаин) низкой концентрации с возможным дополнением адъюванта, после чего через эпидуральный катетер с целью пролонгирования анальгезии в эпидуральное пространство применяется постоянная инфузия местного анестетика. После выполнения манипуляции медицинская сестра-анестезист фиксирует эпидуральный катетер к коже пациентки, накладывает асептическую повязку и укладывает пациентку в положение на боку. Дальнейшее введение местного анестетика в эпидуральное пространство зависит от характера родовой деятельности и эффективности обезболивания.

При изменении плана ведения родов в сторону операции кесарева сечения эпидурально через катетер вводится тот же местный анестетик, но в концентрации и объеме для абдоминального оперативного родоразрешения.

Медицинская сестра-анестезист и врач анестезиолог-реаниматолог наблюдают за состоянием пациентки в течение всего периода нейроаксиальной анальгезии и в послеродовом периоде.

Вставать и ходить пациентке разрешается через два часа после последнего введения местного анестетика под наблюдением медицинского персонала.

Таким образом, не вызывает сомнения, что комбинированная спинально-эпидуральная анальгезия/анестезия в акушерстве в настоящее время является высокоэффективной, безопасной, позволяющая расширить возможности регионарной анестезии как во время операции кесарева сечения, так и при обезболивании родов.

Медицинская сестра-анестезист, работающая в современном акушерстве и принимающая участие в проведении спинально-эпидуральной анестезии, должна четко знать и представлять все этапы ее проведения. Учитывая применение регионарных методов анальгезии, медицинская сестра-анестезист становится участником ведения родов в родильном зале, а это требует от нее не только знания методик проведения анестезиологических пособий, но и определенных знаний ведения родов при различных акушерских физиологических и неотложных состояниях, умение оказать первую помощь.

ЧТОБЫ ВЫ СМОГЛИ БОЛЬШЕ

ЕЛАМЕД

ВАКУУМНЫЕ ПРОБИРКИ ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

Скачайте каталог

ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИОБРЕТЕНИЯ ВАКУУМНЫХ ПРОБИРОК ОТ ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

- быстрая поставка: на складе всегда есть в наличии большие партии товара
- возможность организовать регулярные бесперебойные поставки самых свежих партий и использовать пробирки в течение всего срока годности
- возможность заказать индивидуальные этикетки, в том числе для системы ЛИС

ВНИМАНИЕ! С 1 декабря 2023 г действует запрет на закупки для государственных и федеральных нужд пробирок для взятия образцов крови ИВД иностранного производства. Покупайте пробирки у проверенного Российского производителя ЕЛАМЕД.

тел.: **8 (800) 350-06-13** e-mail: **lpu@elamed.com** сайт: **lpu.elamed.com**

АО «Елатомский приборный завод», адрес: 391351, Рязанская обл., Касимовский р-н, р. п. Елатьма, ул. Янина, 25, ОГРН 1026200861620

БЕЗОПАСНОСТЬ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ И АЛГОРИТМЫ ДЕЙСТВИЙ

Людмила Юрьевна ДВОРЯШИНА
Психолог, методист ГБПОУ «ЦНМО ЛО»

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

РАЗБЕРЕМ КЕЙС ВМЕСТЕ

А теперь займемся самим кейсом и постараемся осветить общение медицинской сестры-анестезиста с предоперационным пациентом как можно ярче.

Мы не будем останавливаться на функциональных обязанностях медсестер-анестезистов, а посвятим время выстраиванию взаимодействия с пациентом, который еще находится в сознании.

Да, вы выполняете то, что обозначено в ваших инструкциях, СОП, алгоритмах (подключение пациента к аппаратуре, катетеризация, введение премедикации по назначению врача и т.д.). Согласитесь, в это время заняты ваши руки, но никак не речевой аппарат. У вас есть несколько минут перед тем, как пациент уснет, и вы можете посвятить эти несколько минут пациенту, не оставляя его наедине со своими страхами и тревогами.

Несмотря на предварительную беседу с лечащим врачом и врачом-анестезиологом, подготовка пациента

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 № 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?

В адрес РАМС первыми поступили ответы от Фанзии Гайфуллиной, Юлии Овечкиной и Натальи Швайбович.

Победа присуждается Юлии Овечкиной, постовой (палатной) медсестре онкологического отделения № 1 Клиники высоких медицинских технологий (КВМТ) им. Н. И. Пирогова СПбГУ г. Санкт-Петербурга, чей ответ оказался самым развернутым и точным. Приведем его:

В такой ситуации я бы действовала в двух направлениях.

Во-первых, я пообщалась бы с пациентом на рациональном уровне, объяснила бы ему, что во время операции его состояние находится под постоянным мониторингом с использованием специального медоборудования. Если пациент будет испытывать боль, это обязательно отразится на его показателях (повысится АД, участится пульс). Это будет сигналом того, что следует обратить внимание на его состояние.

Во-вторых, я бы обратилась к его эмоциям, например, используя технику «фокусирование». Просмотр фильма «Наркоз» стал для пациента психотравмирующим событием, что привело к возникновению психотравматической склейки. Техника «фокусирование» поможет перевести чувство страха в так называемое «ощущаемое чувство», поможет ощутить, где страх локализуется в теле. Я прошу пациента закрыть глаза, сделать несколько глубоких вдохов и выдохов, вспомнить ситуацию из фильма и сказать или показать мне, где находится в теле это чувство. Дальше, не открывая глаз, пациент описывает, какое оно (размер, форма, температура, вес, плотность, цвет), далее пациент кладет руку на это место и направляет свое внимание на этот участок, и визуализирует дыхание через это место, тем самым запуская процесс трансформации «телесной метафоры». Описанные пациентом показатели начнут меняться. Уже нескольких минут будет достаточно, чтобы пациент почувствовал психологическое и физическое облегчение, даже если процесс трансформации не будет завершен. В течение этого времени нужно обращать внимание пациента и говорить ему, чтобы он не затаивал дыхание, оно должно быть ровным, спокойным, глубоким.

Благодарим наших коллег и поздравляем Юлию с победой в первом этапе нашего марафона!

к операции не будет полной без включения в коммуникативный процесс медсестры-анестезиста за несколько минут до начала операции.

Перед операцией обостряются страхи пациента, связанные с его последующим состоянием, его будущим, самой возможностью будущего. Кроме того, возникает множество вопросов, которые не были заданы врачу, опасения, которые не были сняты во время подготовки к операции.

Доказано, что психологическое и эмоциональное состояние пациента влияет на результат лечения. Необходимо помнить о том, что доверие к медицинскому персоналу, вера в благополучный исход операции «запускают» и поддерживают психологические ресурсы выздоровления пациента.

Каким же образом вы можете снизить тревожность пациента?

В первую очередь необходимо знать об акцентах, на которые стоит обратить внимание при общении с пациентом на пороге хирургического вмешательства:

1. **Медицинскому работнику важно следить за своими интонациями,** их желательно не менять в течение всего разговора. Тон необходимо выбирать спокойный, уверенный, бескомпромиссный. Уверенная манера общения с пациентом укрепляет его веру в профессионализм медицинских работников.

2. **Важен зрительный контакт с пациентом.** После операции многие пациенты рассказывают о невероятно красивых глазах медицинских сестер-анестезистов. Не забывайте, что глаза – зеркало души, и пациенты за доброжелательным голосом медсестры готовы видеть глаза ангелов.

3. **Фразы должны быть короткими и четкими**, так как в этот период сознание пациента сужено и ему трудно воспринимать ваши длинные речи. Страхи пациента могут усилиться из-за его предположения о том, что вы просто отгораживаетесь от него стеной из ничего не значащих слов…

4. **Не пытайтесь убедить пациента словами, что ему нечего бояться и тревожиться** – необходимо ***сделать*** что-то конкретное, что заставит его успокоиться (Пример 1).

5. **Нельзя «наводить туман» и принижать тревогу и страхи пациента.** Следует ясно и четко отвечать даже на провокационные вопросы пациентов, которые на самом деле таковыми не являются, а говорят лишь о повышенной тревожности пациента (пример 2).

Пример 1

Пациент: ***«Я боюсь, а вдруг вы отрежете мне не ту ногу…»***

Медсестра: ***«Я сейчас нарисую на вашей ноге крестик, и врач точно не ошибется. Кроме того, я лично за этим прослежу…»***

Или

Пациент: ***«Мне страшно. А вдруг я не проснусь…»***

Медсестра: ***«Я всегда буду рядом. Кроме того, пока вы не уснете, я буду держать вас за руку, а когда вы проснетесь, операция будет позади…»***

Пример 2

Пациент: ***«А много людей умерло от этой операции?»***

Медсестра: ***«Очень мало, в основном это были очень-очень тяжелые пациенты. Вы к таковым не относитесь. В Вашем случае все будет хорошо…»***

Коротко о том, ЧТО необходимо пациенту:

- Задавайте **вопросы** (как настроение, самочувствие, как спали, что планируете делать после того как выздоровеете…).
- Прикосновения. Прикосновения бывают **статическими** (когда вы просто касаетесь руки или плеча пациента) и **динамическими** (поглаживания). Так вот, статический контакт вселяет чувство уверенности и спокойствия, а поглаживания способствуют проявлению эмоций. И потому, **выбирайте статические прикосновения, удерживайте свою руку на одном месте, без поглаживаний**. Можете чуть сжать руку человека, вселяя в него вашу уверенность, даже если ее нет. Легкая успокаивающая **улыбка**, она отражается в глазах и голосовых интонациях.
- Сохраняйте **зрительный** контакт.
- Используйте **короткие** фразы.
- Говорите о том, что будет, когда операция останется позади, настраивайте на **будущее** и благоприятный исход операции: ***«Когда вы проснетесь, операция уже будет позади. Вы начнете выздоравливать…»***
- Старайтесь за фразами пациента **услышать его страх** – чего он боится в действительности: ***«А вдруг я проснусь во время операции?»*** – Подумайте, чего в действительности боится пациент?

И вот мы подошли к страху пациента проснуться во время хирургического вмешательства.

А начнем мы… с вас, уважаемые читатели.

Ответьте прямо сейчас на вопрос: ***что вас будет больше всего страшить перед собственной операцией?***

Предположу, что худшим сценарием для вас была бы следующая ситуация: вы проснулись, находясь под ножом хирурга, а врачи даже не подозревают об этом.

Насколько обоснованны эти страхи? Обратимся к статистике.

Ученые провели самое крупное исследование явления, называемого **интранаркозное пробуждение**, чтобы узнать, что чувствуют люди, испытавшие его (https://www.lvrach.ru/news/15435470).

Напомню читателям, что ***интранаркозное пробуждение – это непредполагаемое восстановление сознания пациента, находящегося под общим наркозом, в ходе хирургического вмешательства.***

Мы рассмотрим тот вид интранаркозного пробуждения, которого чаще всего боятся пациенты, «благодаря» художественному фильму «Наркоз».

При этом виде интранаркозного пробуждения человек испытывает боль, но не может двигаться или говорить из-за парализующих препаратов, так как внешние клинические проявления отсутствуют. Курареподобные средства блокируют нервно-мышечную передачу, делают невозможным самостоятельное дыхание и движение. Подобные вмешательства проводятся на фоне искусственной вентиляции легких.

Единственным симптомом является реакция зрачков, возможны изменения гемодинамики, присутствующие не во всех случаях. При выходе во вторую стадию наркоза ***может отмечаться появление признаков самостоятельного дыхания, которые фиксируются аппаратом ИВЛ.***

Однако в большинстве случаев это заканчивается повторным введением медикаментов, расслабляющих мускулатуру…

В течение 2012 года анестезиологи из каждой больницы в Великобритании и Ирландии записывали случаи, когда пациент рассказывал о том, что находился в сознании во время операции. Всего было исследовано 300 случаев.

Как ни странно, но согласно результатам исследования – самой худшей частью такого опыта была не боль, а паралич. Известно, что во время некоторых операций пациенту вводят парализующие препараты для расслабления мышц и остановки рефлексов.

Участники исследования – пациенты – говорили о том, что испытывали не только паралич, но и боль, удушье, ощущение того, что их похоронили заживо.

Результаты исследования показали, что большинство эпизодов пробуждения были короткими, но в 51 % случаев эти эпизоды все равно вызывали стресс.

Исследование также показало, что случаи пробуждения во время операции встречались с частотой 1 на 19 000 операций под общим наркозом. Небольшие исследования продемонстрировали, что эта цифра может быть выше: 1 на 600 операций.

Вот как описывают пациенты свое состояние при пробуждении во время наркоза.

Кэрол Вайер перенесла операцию по удалению глаза в 1998 году, проснувшись во время процедуры. Она пыталась кричать и подать знак врачам, но не могла пошевелиться. Операция продлилась 5,5 часов, за это время она периодически теряла сознание.

Джун Карсон пережила остановку сердца во время операции. Анестезиолог не рассчитал дозу, и, хотя Джун не могла пошевелиться или издать звуки, она чувствовала каждую мучительную минуту операции.

«Чувствуя нож, разрезающий мой живот, я думала, что сразу же умру. Сложно описать боль, но было ощущение, будто меня пытают», – рассказала она. Через 15 минут после пережитого стресса ее сердце остановилось. К счастью, сердце смогли снова запустить, и она очнулась через 2 часа.

Еще одна пациентка в 16 лет пережила интранаркозное пробуждение во время операции по устранению проблем с дыханием. Она все чувствовала и слышала. ***«Я чувствовала, как хирург разрезает меня, чтобы решить проблему. Боль была такой мучительной, что я периодически теряла сознание. Это было ужасно».***

Пациент из Великобритании пережил операцию, во время которой ему рассекли ногу, чтобы просверлить кость. Ему ввели наркоз. Он попытался пошевелить пальцами ног, на что обратила внимание медсестра, но врач убедил ее, что это всего лишь рефлексы.

Таким образом, можно ли считать предоперационные страхи пациентов необоснованными? И в праве ли медицинские работники их игнорировать или обесценивать?

Поэтому если пациент выражает тревогу, необходимо предпринять действия!

«Я ужасно волнуюсь», – говорит пациент.

«Я вас понимаю, – доверительно отвечаете вы и склоняетесь к пациенту. – ***Скажу вам по секрету, что вам очень повезло! Сегодня вас оперирует один из самых сильных хирургов! Все будет хорошо. Вы в надежных руках…»***

Эмпатия и эмоциональное участие, так же как и специфика вашей деятельности требуют максимальной собранности и готовности к мгновенной реакции. Это непросто.

А вот и максимально полный ответ на предложенный кейс:

«Я наклонюсь к пациенту, положу ладонь на его плечо, улыбнусь и скажу:

– Ваши опасения можно понять. И я обещаю, что пока длится операция, я все время буду рядом. Я буду наблюдать за работой вашего сердца. За давлением. Дыханием. За вашими мышцами. И буду регулярно проверять ваши зрачки. И если что-то заподозрю, тут же вмешаюсь. Обещаю! Пока вы не заснете, я буду держать вас за руку, а когда вы проснетесь, операция будет уже позади.

Я чуть пожму его плечо и спрошу с улыбкой (пусть он ее и не видит под маской):

– Ну что? Вы готовы?»

ПРЕДЛАГАЕМ ЧИТАТЕЛЯМ ПОДУМАТЬ НАД РЕШЕНИЕМ КЕЙСА №3

Кейс: Вы – медицинская сестра приемного отделения, занимаетесь оформлением пациентов. Сегодня поступает много пациентов на плановую госпитализацию. Так получилось, что на отделении в этот день мало врачей: кто-то в отпуске, кто-то на больничном, кто-то занят экстренными пациентами, поступившими по «скорой».

Оформление пациентов идет медленно, в холле скапливаются поступившие. Люди начинают роптать, требовать руководство, писать жалобы в соцсети, звонить родственникам, которые звонят уже вам (в справочное или на отделение).

По опыту вы знаете, что оформление может занять длительное время…

Ваши действия?

Редакция ждет ваших ответов в срок до 15 апреля 2024 года по адресу: 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 журнала. А победителя ждет бесплатное обучение по теме: «Скорая помощь при стрессе на работе и дома».

Периферические катетеры B. Braun

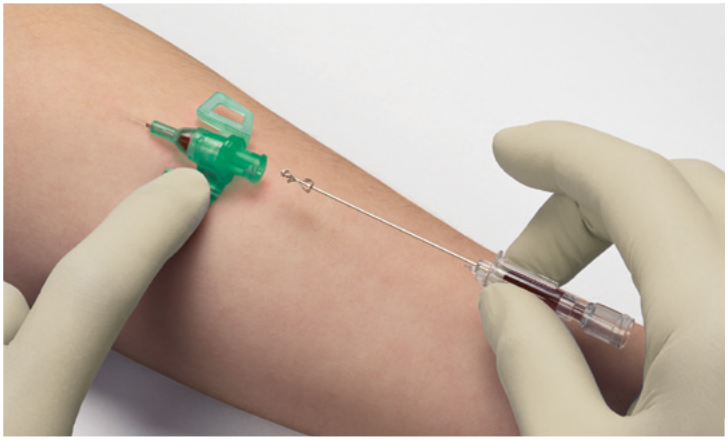
Защита персонала и пациента

B BRAUN
SHARING EXPERTISE

В 1962 году было организовано первое промышленное производство полимерных периферических катетеров под маркой Braunule.

Катетер непрерывно совершенствовался, за прошедшие годы пересмотру подвергались практически все детали конструкции. Были внесены изменения в дизайн крылышек, павильона, заточки иглы, появились защитная клипса и гемостатический клапан. Наиболее удачные решения находили свое воплощение в новых изделиях, сохраняя лучшие качества предшественников.

Флагманская линейка катетеров Интрокан Сэйфти 3 – это закрытая система, которая защищает медицинский персонал от контакта с кровью пациента благодаря встроенному гемостатическому клапану



Не содержит ПВХ, латекс и фталаты –
не оказывает вредное воздействие на организм пациента

Пассивная защитная клипса

- Автоматическое срабатывание
- Неизбежная активация
- Несъемная конструкция

Универсальный срез

- Возможность пункции под разными углами
- Снижение пункционного усилия
- Уменьшение болевых ощущений
- Легкое продвижение катетера

В катетерах с инъекционным портом представлены три линейки Вазофикс:

- Вазофикс Браунюля (тефлон),
- Вазофикс Certo (полиуретан),
- Вазофикс Сэйфти (механизм защиты от укола иглой).

Разработанная компанией Б. Браун защитная клипса является прорывом в обеспечении безопасности венепункции.
Данная клипса представлена в линейках Интрокан Сэйфти 3 и Вазофикс Сэйфти.

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 vk.com/bbraunrussia t.me/bbraun_ru

Аппарат автоматический для аэрозольной дезинфекции

АЭРО-ДЕЗ-«КРОНТ»

Инструкция по применению разработана совместно с ФБУН НИИДезинфектологии Роспотребнадзора

КРОНТ

Предприятие основано в России в 1989 году

ВРЕМЯ
3
МИНУТЫ
ОБРАБОТКИ

ОБЪЁМ
60
$М^3$
ПОМЕЩЕНИЯ

КОЛИЧЕСТВО
180
МЛ
ДЕЗСРЕДСТВА[1]

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

Аппарат создает стабильный аэрозоль (частицы 10÷30 мкм) дезсредства[1], например H_2O_2, что оказывает наибольший дезинфицирующий эффект с целью уничтожения патогенной флоры – бактерий (включая микобактерию туберкулеза), вирусов (включая КОРОНАВИРУС), грибов, плесени.

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

Варианты обработки различных помещений:

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

[1] Дезинфицирующие средства:

— перекись водорода 6% (H_2O_2) – после обработки полностью распадается на кислород O_2 и воду H_2O;

— любые дезсредства, зарегистрированные и разрешенные к применению в РФ, с подтвержденной эффективностью в режимах аэрозольной дезинфекции по воздуху и поверхностям.

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

30 ЛЕТ НА РЫНКЕ

Лидер технологий дезинфекции в России

Подробная информация на сайте:

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